

Dentro de la Comisión para la Reconstrucción Social y Sanitaria constituida en el Congreso de los Diputados, el documento del Grupo de Trabajo que se va a utilizar para configurar un acuerdo es el que han elaborado PSOE y Unidas Podemos. *A nuestro entender las propuestas del documento en materia de medicamentos son claramente insuficientes y no conseguirán los objetivos necesarios para una verdadera reconstrucción del sistema sanitario público y para afrontar los problemas sanitarios, sociales y económicos desencadenados por nuevas oleadas de la COVID19 o de futuras pandemias.*

**El capítulo 5 sobre Investigación** adolece de concreción y desarrollo de propuestas efectivas y reales de cambio en la situación actual. Así el apartado 29, sobre investigación, y en otros relacionados, se habla de reforzar la colaboración público-privada con la industria farmacéutica. Tal como está formulado anima a seguir en la línea actual, en que las administraciones (regional, nacional, europea) pagan, y la industria obtiene la patente y los beneficios de explotación.

Es importante señalar que el objetivo no debe ser hacer más ensayos dirigidos por la industria planteados desde su propia estrategia de búsqueda de nichos de negocio. Se trata de generar plataformas públicas, que permitan evitar los sesgos del patrocinio privado, que realicen investigación abierta y que garanticen licencias no-exclusivas para la fabricación. Al mismo tiempo, en la financiación pública a iniciativas privadas, se debe incluir la condición de que la investigación que se realice sea abierta y los resultados, si se comercializan, sean bajo licencia no-exclusiva.

**El capítulo 8** del documento, **política farmacéutica**, comienza con una llamativa estimación equivocada del peso del gasto farmacéutico. Habla de 11.506 millones de euros y un 16,2% del gasto sanitario público, en 2018. En esa estimación no incluye el gasto farmacéutico hospitalario, que, según el Ministerio de Hacienda, ascendió a 6.885,6 millones de euros, sumando un total de gasto farmacéutico público de 17.947,3 y suponiendo un 25,2% del gasto sanitario público total. Este dato es aún más impactante cuando se añade que en 2019 el gasto farmacéutico público siguió subiendo otro 4,24% hasta 18.709 millones. Pero continuando con esta línea de incremento progresivo en 2020, hasta abril, el aumento había sido del 7,71%. De acuerdo con estos datos parece claro que si no establecen estrategias para frenar y reducir drásticamente ese gasto, hasta bajarlo desde el 25% al 15% del gasto sanitario público total, no valdrá de nada que el gobierno y el parlamento aumenten el presupuesto de la sanidad. Este aumento servirá para pagar los precios abusivos de los nuevos medicamentos y no a la atención primaria, la atención en hospitales, la salud pública, etc. La introducción a este capítulo no subraya la gravedad y urgencia de este problema. A continuación las propuestas contenidas en el texto no apuntan a corregir la causa principal el abuso en los precios, por los monopolios de las patentes, sino que consolida esta tendencia.

Evidentemente hay algunos aspectos positivos bien conocidos que se incluyen en el texto, como el fomento del uso racional de los medicamentos, el fomento de medicamentos genéricos, la compra coordinada, la formación continuada con fondos públicos y llamadas a la transparencia, entre otros.

*Sin embargo cuando se refiere a la fijación de precios las propuestas no abordan la cuestión clave.*

**El punto 48.1** propone incorporar las innovaciones que denomina con el término acuñado por la BigPharma de “**alta efectividad y alto coste**”, cuando en realidad son de “**bajo coste y alto precio**”. El problema con la incorporación de nuevos medicamentos es que las empresas, usando el monopolio que proporciona la patente, han logrado fijar precios abusivos (10, 100, 1000 veces por encima de los costes de fabricación e I+D), para medicamentos que, a veces son efectivos y a veces ni siquiera lo son. Además relacionar su incorporación, como se señala en el documento, únicamente con “la capacidad financiera a corto plazo de las CCAA y la sostenibilidad a medio plazo del SNS”, sin proponer medidas para evitar precios abusivos sólo conduce a políticas de racionamiento y de establecimiento de Fondos específicos. Ambas estrategias como se ha demostrado en el contexto del NHS son gravemente lesivas para los enfermos y para el sistema sanitario.

**En el punto 48.2** se indica la importancia de la evaluación económica, que sin duda lo es, para la decisión sobre financiación pública y su incorporación al SNS o no, pero se añade también para control de precios. **Este posicionamiento es un error. No se puede caer en la estrategia de la industria del pago “por valor”**, pagando un precio de 20.000 euros por un medicamento que cuesta 300. Si se paga por valor un tratamiento, ¿se debería pagar también así a los profesionales, a 20.000 o 50.000 euros por cada servicio prestado, por cada vida salvada? (el salario de todo un año).

En el mismo sentido, el punto 63 habla de crear un nuevo fondo de innovación sanitaria, para financiar medicamentos de “alto coste”. Hemos de insistir en que no son de alto coste, sino de alto precio. Pero el precio lo fija el Gobierno. Y lo que debe hacer es empezar a fijarlo en relación al coste, más un beneficio prudente. Entonces se podrían comprar sin problemas. Lo que no se debe hacer es crear un fondo específico de presupuesto sanitario público, aceptando precios abusivos para estos medicamentos, y detrayendo esas cantidades de otras necesidades sanitarias, en salud pública, atención primaria, listas de espera, etc.

En la situación actual de pandemia, estamos viendo cómo los países, la UE, y la OMS están dando mucho dinero a las empresas para que investiguen vacunas y medicamentos para la COVID19, pero no están exigiendo condiciones de interés público (transparencia en la investigación, licencias no exclusivas, renuncia a los derechos de monopolio de la patente, etc.), lo que permitiría que pudiera avanzarse más rápido en la investigación, y que cuando se encuentre un producto eficaz y seguro puedan fabricarse genéricos en todo el mundo, a precio de coste.

Por eso, el gobierno de España y la Unión Europea tendrían que asegurar el acceso a cualquier medicamento o vacuna para la COVID19 mediante el uso de **Licencias Obligatorias, retirando el monopolio a las empresas, y permitiendo la fabricación de**

**genéricos.** Así, debería incluirse entre las propuestas la actualización legal necesaria para ejercitar esta medida. Al mismo tiempo, el gobierno debería promover en la UE la revisión del modelo de patentes para medicamentos, que se han demostrado una amenaza para la estabilidad de los sistemas sanitarios públicos y una barrera para el descubrimiento de vacunas y medicamentos eficaces y seguros.

En cuanto a la negociación y fijación de precios de los nuevos medicamentos, debería concretarse que se hará según los costes de fabricación e investigación debidamente auditados. También sería importante una propuesta para crear una plataforma o empresa pública para la fabricación de medicamentos esenciales, que permita la tramitación de la autorización y comercialización de medicamentos y tratamientos investigados en el sector público, y, también, la importación de genéricos y otros productos sanitarios con agilidad y eficiencia.

En cuanto a fomentar la producción privada en territorio nacional (puntos 54-57 y 59-60), no debería ser con el recurso a desgravaciones fiscales, sino a acuerdos de cofinanciación con participación activa del gobierno en todo el proceso y, por supuesto, con condiciones de retornos económicos al sector público y asegurando que los precios de venta serán según costes.

Finalmente, **para financiar la formación y la investigación independiente**, y mientras los precios vigentes sigan siendo excesivos (permitiendo un beneficio por encima de los costes de fabricación e investigación del 50% sobre ventas), se debería fijar un descuento sobre ventas en torno al 15%.