

CONSEJO GENERAL DE MÉDICOS

MEDICINA RURAL

MÁS ALLÁ DE LA PROFESIÓN



OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA ESPAÑOLA
DE FARMACIA

CONSEJO GENERAL
DE COLABORADORES
DE FARMACIA

Seleccionar idioma | ▼

Lunes, 1 Agosto 2022

Inscríbete

jte

MÉDICOS Y PACIENTES .COM

OMC

FUNDACIONES OMC

ACTUALIDAD

ORGANIZACIONES

PACIENTES

INVESTIGACIÓN

MULTIMEDIA

Opinión

Firmas Editorial Artículos Análisis Posts Destacados

¿Por qué el Gobierno paga tan caros los nuevos medicamentos? (II)

Ronda artículos de opinión

El Dr. Fernando Lamata, presidente de honor de la Asociación por el Acceso Justo al Medicamento; el Dr. Juan José Rodríguez Sendín, expresidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM); y el Dr. Luis Ángel Oteo Ochoa, profesor Emérito de la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III; exponen en esta nueva entrega de la ronda de artículos de opinión conjuntos, el tercer argumento como continuación de por qué el Gobierno "paga tan caros los nuevos medicamentos"

Share 8

[Twitter](#)

[Madrid](#) | [26/07/2022](#) | [medicosypacientes.com](#)


La semana pasada comentamos dos argumentos de la industria farmacéutica que tratan de justificar los elevadísimos precios de los nuevos medicamentos. Aquí presentamos el tercer argumento y planteamos la necesidad de cambiar el sistema de fijación de precios para hacer viable la sanidad pública.

Tercer argumento:ç

Los derechos de propiedad intelectual han servido para impulsar los avances en medicina; sin patentes no habría

investigación. Tanto es así que un directivo farmacéutico decía que las patentes son la sangre de la investigación. En realidad, las patentes son la sangre de sus enormes ganancias. Pero no es cierto que sean la base de la investigación.

Antes de que se generalizaran las patentes de medicamento con el acuerdo ADPIC, en 1994, las empresas farmacéuticas investigaban y hacían más investigación innovadora que ahora. Y ganaban dinero: en promedio, el doble de beneficios sobre ventas que el resto de la industria. A partir de 1994, con las patentes de medicamento y los monopolios, lo que ocurrió es que el beneficio sobre ventas aumentó hasta seis veces los del resto de la industria, y la investigación innovadora que hacían estas empresas disminuyó.

Actualmente, la mitad del gasto total en I+D en medicamentos se hace con financiación pública directa: proyectos de investigación, becas, subvenciones, centros públicos de investigación, premios, etc. Sobre todo la investigación básica y en las primeras fases de investigación clínica, que son las de mayor incertidumbre. La otra mitad del gasto total en I+D lo hacen las empresas privadas. Pero ya vimos que ese gasto también lo pagamos los sistemas públicos de salud y los pacientes, a través de los sobre-precios. El problema es que, como vimos antes, no pagamos solo ese gasto: con los sobre-precios pagamos cuatro veces todo lo que dicen las empresas que se gastan en I+D (incluyendo investigaciones fallidas, etc.). Cada vez más las empresas no hacen la investigación en sus laboratorios, sino que compran la investigación realizada en otros centros, que en su mayoría han tenido financiación pública.

Compran aquellos productos que han demostrado eficacia, y luego, si es necesario, completan el desarrollo del producto con ensayos clínicos fase III y documentación para la autorización del medicamento por las Agencias. Cada vez desarrollan menos investigación innovadora. Parte de lo que dicen que gastan en investigación es simplemente marketing. Por otra parte, la investigación que hacen las empresas no se comparte entre centros de investigación (tratándolos como secretos comerciales) retrasando así los avances. De la misma forma, las prioridades de investigación se fijan según los intereses comerciales, demorando el desarrollo de productos que beneficiarían a millones de personas. En salud no debería haber secretos comerciales, ni deberían primar los intereses comerciales sobre la vida de las personas: no debería haber monopolio.

Veamos dos ejemplos. El zolgensma y las vacunas para la COVID-19.

En el caso del zolgensma la investigación fue realizada por un laboratorio francés sin ánimo de lucro (Généthon), con financiación de la asociación de pacientes (que a su vez recibió financiación pública y donaciones de miles de personas) y ayudas públicas, de Francia y de la UE. La investigación costó 15 millones de euros. Faltaba la última parte del desarrollo y la documentación para solicitar la autorización. Entonces llegó AveXis y compró la patente por 13,3 millones de euros y entre 4-5% de royalties. Un mes más tarde AveXis vende a Novartis por 7.700 millones de euros. Suponiendo que la inversión de Novartis para completar la investigación haya alcanzado 500 millones de euros, el precio por tratamiento debería rondar los 25.000 euros. Pero el precio fijado es de casi dos millones de euros.

En el caso de las vacunas para la COVID-19 la mayor parte de la investigación básica se había financiado con fondos públicos (la de AstraZeneca en la Universidad de Oxford, la de Pfizer en BioNtech, la de Moderna en el NIH, etc.). Después, para acelerar la investigación clínica y el desarrollo de los productos, tanto la Unión Europea como EEUU crearon fondos especiales que, en su mayor parte, fueron a empresas privadas con vacunas candidatas. Además, con estas empresas se firmaron contratos de compra anticipada, por el que se añadió más financiación para la investigación en las fases finales y el desarrollo de las vacunas.

Es decir, el 90% de los gastos de investigación y desarrollo de las vacunas COVID, como mínimo, han sido financiados públicamente. Pero los gobiernos no establecieron condiciones para que las vacunas se comercializaran libres de monopolio, con licencias no exclusivas y con la obligación de ceder la tecnología y el know how (que se había pagado con dinero público). Las empresas pudieron poner así los precios que quisieron, 10, 20 veces por encima de los costes de fabricación e I+D, obteniendo beneficios abusivos de más de 60.000 millones de euros hasta finales de 2021, y limitaron la capacidad de producción mundial, retrasando el acceso a las vacunas a millones de personas.

No es verdad que las patentes y los monopolios sean necesarios para que se desarrollen nuevos medicamentos o vacunas. Todo lo contrario. Esa investigación se financia con dinero público, directa o indirectamente a través de los sobre-precios, y se apropia por las empresas para lograr enormes beneficios. Sin embargo, gracias al marketing que pagan con esos beneficios, pueden repetir una, y cien, y mil, y cien mil veces que "sin patentes no hay investigación"... y acaba pareciendo verdad.

Lo cierto es que en sanidad las patentes y los monopolios matan. Quizá para otros sectores, para otros bienes y servicios, las patentes sean una buena forma de financiación indirecta y descentralizada de la investigación. Pero en sanidad no es así, porque al tratarse de la salud de las personas, de la vida y la muerte de tu hijo, de tu familiar más querido, estarás dispuesto a pagar lo que sea, todo lo que tengas. Por eso, si no hay cobertura pública, estarás dispuesto a endeudarte (como ocurre en EE.UU., donde las familias deben 228.000 millones de dólares por esta causa). Si una empresa tiene el monopolio de un buen medicamento, podrá pedir precios muy altos (10, 100, 1000 veces por encima de los costes), y si puede hacerlo lo hará, como se ha demostrado en los últimos 30 años. En otros sectores puede que no sea así. Que yo no quiera pagar más por una lavadora, o por un coche, o por un viaje turístico. Pero por un medicamento para alguien querido, pago lo que sea.

El problema es que muchas personas, o muchos sistemas públicos de salud no pueden pagar y entonces no tienen acceso al medicamento. Así pasó y pasa con medicamentos para el cáncer, o para la hepatitis C o con la insulina para la diabetes, y así ha pasado con las vacunas para la COVID-19. La codicia de los monopolios mata. Y en sanidad, los monopolios desatan y permiten la codicia.

¿Es posible un modelo alternativo para financiar la I+D de los medicamentos y fijar los precios?

Sí. Lo hemos visto, parcialmente, en la COVID-19. Los países han creado fondos públicos para financiar la investigación, y han realizado compras conjuntas anticipadas para financiar el desarrollo y fabricación de los medicamentos. Se trataría de crear un fondo global (mundial) para la financiación de la I+D, en el que cada país aportara en proporción a su PIB (unas cantidades similares a las que hoy destinan directamente a I+D público, más las cantidades que destinan las empresas privadas a I+D).

Las prioridades de investigación se fijarían en relación con las necesidades de salud y no con las prioridades comerciales. La investigación sería abierta y cooperativa. Los productos se comercializarían con licencias no exclusivas, sin monopolios, a precio de coste de fabricación más un beneficio industrial moderado. Los centros de investigación facilitarían la transferencia de las tecnologías y el know how. Los medicamentos se distribuirían a todos los países de forma equitativa. El ahorro para los países, respecto al sistema actual, sería de más de 400.000 millones de dólares anuales. Y más de 2.000 millones de personas que hoy no pueden acceder a los medicamentos por culpa de los altos precios, podrían, y más de 10 millones de personas que pierden su vida cada año por falta de acceso a medicamentos y vacunas salvarían sus vidas.

Estos cambios deberían recogerse en una Convención Internacional (acuerdo vinculante basado en el artículo 19 de la Constitución de la OMS), similar a la Convención sobre el control del tabaco, tal y como propuso el Grupo de Trabajo sobre Investigación y Desarrollo de la OMS (CEWE) en la Asamblea Mundial de la Salud de 2012. Además, sería preciso excluir a los medicamentos del acuerdo sobre los Aspectos de la Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), reconociendo que la salud de las personas no puede estar sometida a los intereses comerciales. Se trata de aplicar el mismo principio recogido en el código ético de los profesionales sanitarios, que obliga a compartir el conocimiento para salvar vidas.

El cambio de modelo no será fácil. Pero es necesario, porque en caso contrario el sistema sanitario público colapsará. Por eso es importante tomar conciencia del problema y exigir a los gobiernos que se coordinen para impulsar ese cambio. Así lo pedía el Panel de Alto Nivel sobre Acceso a Medicamentos de la Secretaría General de Naciones Unidas, en su Informe de 2016, instando a que se empezara a trabajar ya en la Convención. Cuanto antes empecemos, mejor.

**Las tribunas y artículos publicados en medicosypacientes.com no representan posturas o posicionamientos oficiales del CGCOM*

OPINIÓN

Firmas

Editorial

Artículos

Análisis

Post Destacados

5ª Edición Libro Responsabilidad de los residentes en Ciencias de la Salud, tutores y especialistas



Catálogo de Prestaciones FPSOMC



VPC Validación
Periódica
de la
Colegiación

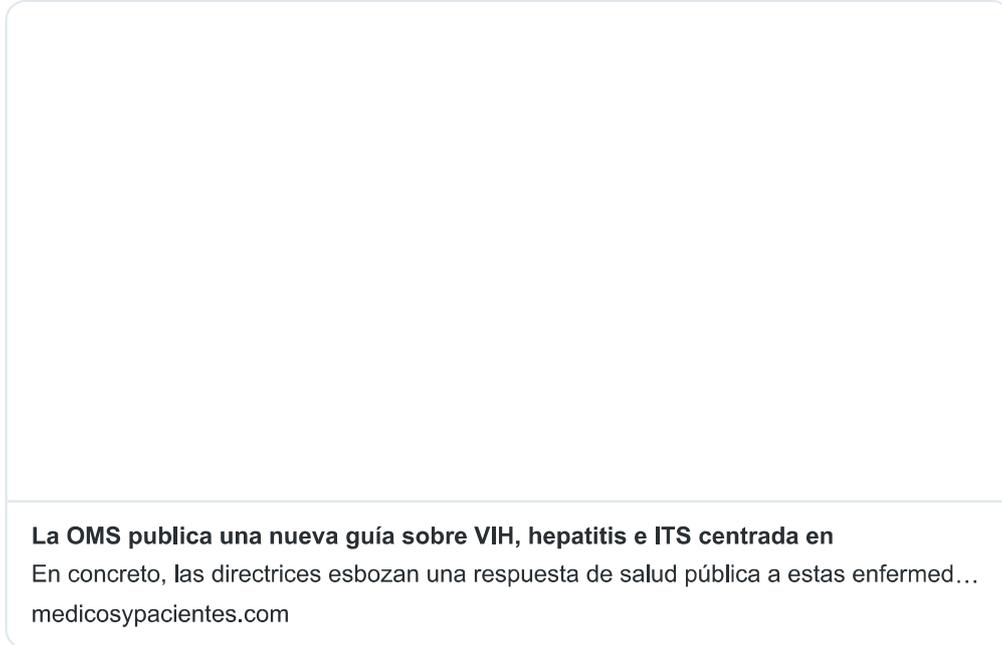
Tweets por @CGCOM_Esp



Consejo General de Médicos

@CGCOM_Esp

La OMS publica una nueva guía sobre VIH, hepatitis e ITS centrada en las poblaciones de riesgo @WHO @opsoms #hepatitis #VIHmedicosypacientes.com/articulo/la-om...



La OMS publica una nueva guía sobre VIH, hepatitis e ITS centrada en

En concreto, las directrices esbozan una respuesta de salud pública a estas enfermed...
medicosypacientes.com