

AP4905 ES PRECISO, Y ES POSIBLE, UN NUEVO ENFOQUE EN LA POLÍTICA FARMACÉUTICA

 argumentosprogresistas.org/AP4905/

ARGUMENTOS PROGRESISTAS N.º 49, dic. 2022- enero 2023

ES PRECISO, Y ES POSIBLE, UN NUEVO ENFOQUE EN LA POLÍTICA FARMACÉUTICA



Wikimedia Commons



Fernando Lamata

Médico

Aspectos importantes de la política farmacéutica (como la investigación, la formación de los profesionales, los precios, etc.) son controlados por la industria gracias a los beneficios abusivos y la capacidad de presión que les otorgan los monopolios de las patentes concedidas por los gobiernos. Es preciso y es posible

cambiar de modelo, suspendiendo las patentes de medicamentos, promoviendo una investigación y formación independiente y garantizando precios justos en todo el mundo

La política farmacéutica de un país trata de garantizar el acceso a los medicamentos necesarios para la población y los pacientes. Medicamentos que sean eficaces, seguros y que se puedan adquirir a un precio justo y eficiente.

La política farmacéutica se ocupará, pues, de la investigación de nuevos medicamentos, la autorización de su comercialización teniendo en cuenta la eficacia y la seguridad, la inclusión o no en la cartera de financiación pública, el precio, la producción o la importación de los medicamentos y su distribución, la prescripción adecuada por unos profesionales bien formados y no condicionados por sesgos de patrocinio, la dispensación, y finalmente la evaluación de los resultados.

Estos aspectos, que deberían ser dirigidos por el gobierno y las autoridades sanitarias, han sido puestos en manos de la industria farmacéutica, de forma directa o indirecta. La clave de esta delegación de poder es la cesión a la industria de los derechos de propiedad intelectual (DPI), entre ellos la concesión de patentes de producto para los medicamentos. Las patentes aseguran un monopolio de 20 años, prohibiendo la fabricación de genéricos. En ese tiempo, las empresas pueden poner un sobreprecio, es decir, un precio por encima del coste de fabricación, con la justificación de financiar la I+D, y pueden decidir, además, cuánto producen, dónde producen, y a quién venden.

Las empresas farmacéuticas lograron o impusieron que los gobiernos les concedieran patentes de medicamento, de forma generalizada, con el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de la Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio: el acuerdo ADPIC, de 1994. A partir de ese momento, estas empresas aumentaron los precios de manera progresiva, hasta el máximo posible, el llamado precio por valor, y multiplicaron el beneficio sobre ventas hasta situarlo entre 6 y 8 veces más que el resto de empresas no farmacéuticas.

Se supone que esa enorme inyección de fondos debería ir a la investigación, pero no fue así. Según los datos de las propias empresas, gastan en I+D una cuarta parte de lo que los gobiernos y los pacientes pagamos en sobreprecios. El resto (75.000 millones € en la UE en 2019), son beneficios abusivos, que se destinan a dividendos, a recompra de acciones, a bonus para sus ejecutivos, y a marketing y lobby para consolidar el modelo.

La pandemia de la COVID-19 ha mostrado un nuevo ejemplo de cómo la política farmacéutica está controlada por las compañías farmacéuticas. Cuando India y Sudáfrica propusieron suspender las patentes y otros DPI de las tecnologías COVID, mientras durara la pandemia, muchos países se posicionaron a favor, entendiendo que las patentes suponían una barrera al desarrollo y acceso a esas tecnologías. También el DG de la OMS, el SG de la ONU, decenas de premios Nobel y exmandatarios. Incluso el Parlamento Europeo. Pero la Industria lanzó su arsenal de lobistas, y la Comisión Europea se plegó una vez más, asumiendo el mantra de que "los DPI son los incentivos

necesarios para la investigación". Esto es falso. Antes de las patentes de medicamentos había investigación innovadora. Y ahora, con las patentes, el 70% de la investigación biomédica innovadora se hace con fondos públicos directos en universidades y centros de investigación. Las empresas "compran" luego esa investigación y los DPI. El 30% de investigación innovadora restante, el que hacen las empresas, lo pagamos no una, sino varias veces con los sobrepagos, como ya hemos comentado.



Flickr

En el caso de la COVID es aún más evidente. Se ha financiado toda la I+D y la producción mediante subvenciones y compra anticipada de candidatas de vacuna. Y, sin embargo, se han cedido a las empresas los DPI y el monopolio, se ha permitido precio abusivo (10-20 veces por encima de coste), limitación de producción, y selección y priorización de a quién y cuánto se distribuía. La UE sometió su política farmacéutica a los intereses de la industria, y con la UE, también España. El SNS pagó más de 2.000 millones por lo que costaba menos de 40. Y, al ceder los DPI a la industria, contribuimos a impedir el acceso a las vacunas a millones de personas en países de bajos ingresos. Se estima que la COVID ha provocado 9 millones de muertes evitables en el mundo. Y, al mismo tiempo, se ha producido una ganancia abusiva para la industria por la venta de vacunas y revalorización de acciones de más de 180.000 M€.

El exceso de dinero que damos a la industria con el modelo de patentes le da la fuerza para decidir en qué se investiga, controlar la información, controlar las publicaciones, controlar la elaboración de las guías clínicas, controlar la producción, controlar la formación de los profesionales, influir sobre muchas asociaciones de pacientes y sociedades científicas, financiar formación y "sensibilización" de los cuadros directivos de las Administraciones Sanitarias, patrocinar expertos que colaboran con las agencias de evaluación, controlar los estudios de evaluación post comercialización... Y, por supuesto, le da fuerza para imponer los precios.

Este modelo tiene consecuencias negativas sobre la calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). Entre 1986 y 2021, el gasto en medicamentos sobre el total de gasto sanitario público aumentó un 32%. Mientras tanto, el gasto destinado a personal en relación con el gasto sanitario público total se redujo un 16%: menos personal, peores condiciones de trabajo, menos estabilidad, falta de horizonte profesional, desmotivación, que se traducen en peor calidad de servicio, más listas de espera con tiempos que se

multiplican por dos, por tres, o más. Como consecuencia, la valoración de la población sobre el SNS ha empeorado: si entre los problemas que preocupaban personalmente a la población en 2010 la sanidad ocupaba el puesto décimo segundo, en 2022 ocupa el segundo puesto. Ese deterioro de la sanidad pública se traduce en un aumento de la utilización de la sanidad privada para quien pueda pagársela.

En 2022 el gasto público en medicamentos superará los 22.000 M€. A precios justos y con uso racional del medicamento debía ser la mitad. El resto debería ir a dotación de personal y mejora de las condiciones de formación y de trabajo. El modelo actual es ineficiente. Y el deterioro de la calidad del SNS, al que contribuye la ineficiencia del gasto farmacéutico, permite su desprestigio y su descalificación, promoviendo su desmontaje desde políticas privatizadoras, como la de la Comunidad de Madrid.

Entonces ¿no hay nada que hacer? Desde luego que sí. Ahora tenemos una nueva oportunidad en el ámbito europeo, con la discusión de la estrategia farmacéutica, y en el ámbito español, con la revisión de la ley del medicamento. El cambio no es imposible, pero requiere tener claras algunas cosas. Lo primero es saber que el objetivo de la industria y de sus accionistas es ganar dinero, cuanto más mejor, y que con la concesión de los monopolios permitimos ganancias abusivas en ventas y revalorización de acciones, al tiempo que 10 millones de personas mueren cada año por falta de acceso al medicamento necesario. Lo segundo es comprender que no es verdad que los DPI sean necesarios para generar I+D, sino más bien lo contrario. Lo tercero es actuar en ámbito nacional; por ejemplo: fijar el precio por coste de fabricación e investigación, y, si no se consigue, denunciar a la opinión pública el abuso de precio; facilitar el uso de licencias obligatorias; fijar una aportación sobre ventas del 15% y revertir así la cesión a la industria de la formación y de la investigación; apoyar una producción pública, de carácter estratégico, coordinada con la UE; exigir transparencia en todo el proceso (investigación, producción, precios, etc.). Y, en cuarto lugar, se debe hacer una estrategia de intervención en la Unión Europea y en la ONU para promover un cambio de política europea y mundial, cuyo objetivo final sea la exclusión de los medicamentos del acuerdo ADPIC. Para ello será preciso recuperar el peso de las decisiones políticas en instituciones multilaterales reforzadas, como proponen Mayor Zaragoza o Luigi Ferrajoli, y alcanzar así un equilibrio frente a las grandes corporaciones, poniendo por delante los intereses de la ciudadanía y no los de los ejecutivos de las grandes corporaciones.