

El negocio de la Industria Farmacéutica

Contenido

El negocio de la Industria Farmacéutica	1
Dos reflexiones iniciales.	1
Relevancia:	2
Metas:	2
Propósito:	2
Marco teórico.	2
Desarrollo del Tema	3
Primera parte: Agarrados a la Cronicidad	3
Segunda parte: consumo y gasto farmacéutico (España y mundial)	6
Tercera parte: La visión de algunos autores críticos	9
Marcia Angell, “La verdad acerca de la industria farmacéutica”	9
Raúl Allard Soto	10
Antonio Ugalde y Núria Homedes	10
2019, MSF	11
Ben Goldacre, libro Mala Farma (Bad Pharma)	11
Una visión “positiva”. La industria farmacéutica como motor económico.	13
Cuarta parte: Algunas iniciativas para el cambio	13
Iniciativa / ciudadana europea.	13
Artículo de opinión	14
CONCLUSIONES:	15
RECOMENDACIONES:	15
ANEXOS GRÁFICOS:	16
BIBLIOGRAFÍA:	19
CITAS y REFERENCIAS:	20

Dos reflexiones iniciales.

“En la próxima década las enfermedades¹ crónicas serán responsables del 83% de los gastos de la atención sanitaria, el 81% de las estancias hospitalarias, el 91% de las prescripciones farmacéuticas y el 98% de las visitas domiciliarias (enfermería)”.

“El gasto farmacéutico² cubre el gasto en medicamentos recetados y automedicación, a menudo denominados productos de venta libre. En algunos países, también se incluyen otros bienes médicos no duraderos... El gasto final en productos farmacéuticos incluye los márgenes mayoristas y

minoristas y el impuesto al valor agregado. El gasto farmacéutico total se refiere en la mayoría de los países al gasto “neto”, es decir, ajustado por posibles reembolsos pagaderos por fabricantes, mayoristas o farmacias. Este indicador se mide como una proporción del gasto total en salud, en USD per cápita (utilizando PPA de toda la economía) y como una proporción del PIB”.

Mi intención con este TFO es exponer algunos datos y evidencias sobre el “negocio” de la Industria Farmacéutica ... negocio necesario pero “perverso”, economicista, basado en la especulación y la ganancia a toda costa, y asimismo mi objetivo personal es intentar que la salud sea un derecho universal, que garantice el acceso a los sistemas de salud a todas las personas.

2

Relevancia:

Este documento tiene como objetivo ser una voz de queja y de concienciación contra el abuso de la posición privilegiada de la Industria Farmacéutica mundial, que ha pervertido la misión que tiene encomendada, la cual es facilitar medicamentos seguros, de calidad y a precios que guarden relación directa con el coste de producirlos y no en la pura especulación. El proceso industrial farmacéutico se debe basar en la investigación cierta y controlada. Mi TFO será relevante si más personas lo analizan, debaten y comparten objetivos.

Metas:

Los elevadísimos precios de algunos (¿algunos?) medicamentos impuestos por la industria farmacéutica y la tensión que provoca en el mercado, así como las repercusiones negativas a los Estados, a los consumidores (pacientes) y al resto de empresas de la competencia, han producido voces alternativas que piden revisar/modificar la obligatoriedad de las licencias de las patentes que protegen a los medicamentos, para que así se pudiera acceder a los mismos a precios razonables (y de paso, evitar la mala praxis de gran parte de la industria farmacéutica). ¿Está dispuesta la sociedad a afrontar este reto? ¿Puede conseguirse? ¿Quiere hacerse?

Propósito:

Mi humilde aportación pretende hacer ver a la sociedad que los altos costes de los medicamentos está provocando una serie de tensiones con resultados muy negativos: muchos usuarios particulares que no disponen de seguros (públicos y/o privados) o capital suficiente, no pueden adquirir los medicamentos que necesitan; muchos estados que deben afrontar los desmesurados gastos farmacéuticos de sus respectivos sistemas de salud pública, no pueden atenderlos en su totalidad o deben abandonar las inversiones en otros proyectos públicos para atender esos gastos sanitarios; ...

Marco teórico.

En el Módulo 3 de este curso, titulado “*Salud internacional y giro decolonial*”, y en concreto en su Clase 4 denominada “*Complejo industrial médico farmacéutico global. Políticas y Acceso a Medicamentos y Tecnología sanitaria*”, se ha abordado este importantísimo asunto dedicado a la

Industria Farmacéutica y a su poder casi omnímodo, especulativo y cuyo fin fundamental son las ganancias económicas a toda costa.

En la video/clase del profesor Oscar Feo se aborda este asunto. Dice el profesor que “*la revolución científico-técnica y su impacto sobre la salud y la vida... transformó radicalmente las ciencias de la salud... y convirtió a la salud en un espacio de acumulación de capital*”. Y sigue diciendo que “*a partir de ese hecho surge como actor fundamental en salud el complejo médico industrial, financiero y asegurador... siendo la industria farmacéutica uno de los componentes de este complejo médico industrial*”. Luego continúa tratando el tema de las patentes, la OMC – ADPIC como “*un obstáculo para el acceso a medicamentos y al derecho a la salud*”.

En uno de los textos recomendados (Basile G, et al, pp 8) se afirma: “*A pesar de los vaivenes de la economía global, el mercado farmacéutico sigue siendo un complejo entramado industrial, productivo, financiero y generador de demanda inelástica en el consumo masivo de fármacos y tecnologías sanitarias con tasas de ganancias extraordinarias y acelerados patrones de lucro para el Siglo XXI...*”

Desarrollo del Tema

Primera parte: Agarrados a la Cronicidad

La industria farmacéutica es un buen negocio, eso nadie lo duda... y también ayuda a la mejora de la salud pública, ... pero ante todo es un muy buen negocio. Podemos leer en una página Web española, denominada **Cronicidad hoy**³ (una página aparentemente dedicada a los pacientes crónicos), que:

“Los avances en salud pública y medicina han convertido enfermedades que antes eran mortales en entidades manejables mediante los cuidados y la medicación adecuada. Son las llamadas enfermedades crónicas, las protagonistas del siglo XXI, que suponen un peso cada vez mayor en todo el mundo —y en nuestro país en particular— debido al aumento de la esperanza de vida de la población y al impacto económico que tienen en el Sistema Nacional de Salud: más del 70 % del presupuesto sanitario, incluidos los costes indirectos en discapacidad y dependencia, se destina a las enfermedades crónicas. A pesar de esto, la organización sanitaria actual sigue basada en la resolución de los episodios agudos de enfermedad, dejando de lado otros aspectos sanitarios importantes, como la prevención, el empoderamiento del paciente y su calidad de vida. Asimismo, la atención médica continuada tras el episodio agudo queda relegada a un segundo plano”.

Solo cabe añadir a estas frases tan cabales e interesantes, el origen de quien las dicta y escribe, ¡¡¡que no es otro que la empresa farmacéutica “**Boehringer Ingelheim España**”!!! En resumen: una industria farmacéutica haciendo “cabildeo”.

Ciertamente la cronicidad es un asunto que preocupa y ocupa a los gestores políticos, a los gestores sanitarios, a la ciudadanía en general, y a las asociaciones en defensa del sistema sanitario público (yo formo parte en España de la denominada -FADSP- Federación de asociaciones en defensa de la sanidad pública). Dicen Ambrosio y García (2020) que:

“España se encuentra entre los países de Europa con mayores tasas de cronicidad, con una clara tendencia al alza. El 20% de las personas presenta al menos una enfermedad crónica y en el 91,3% de los casos es la principal causa de mortalidad. En términos económicos y sanitarios, esto supone la primera causa de gasto sanitario, constituyendo el 80% de las consultas en Atención Primaria (AP). No hay duda: la atención al paciente crónico, especialmente en situación de pluripatología y complejidad, sigue siendo una prioridad real y tangible en la mayoría de los sistemas sanitarios europeos”.

Pero no se puede obviar que la industria farmacéutica obtiene pingües beneficios vendiendo sus productos, fundamentalmente, en países ricos que pueden pagar el coste elevadísimo de las medicinas.

Para comprender mejor esta industria es preciso empezar por el “principio”. ¿De qué estamos tratando cuando hablamos de “medicamentos”? Según lo define el Colegio⁴ de Farmacéuticos de Barcelona, *“Un medicamento es una sustancia o preparado que tiene propiedades curativas o preventivas, se administra a las personas o a los animales y ayuda al organismo a recuperarse de los desequilibrios producidos por las enfermedades o a protegerse de ellos. El medicamento puede conocerse por el nombre científico o por el nombre registrado”.*

Según la página⁵ oficial de la “Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios”, en España hay 14.845 medicamentos autorizados, existen 2.553 principios activos, 32.345 presentaciones distintas, 373 biosimilares y 259 medicamentos huérfanos.

Por poner un ejemplo que sirva para saber “hasta dónde llega” y lo importante que es el asunto farmacéutico, en la legislación española; dentro de los Códigos de Derecho Farmacéutico, en los que existen un total de 29 Leyes y Reales Decretos, se nombran 1.087 veces farmacéutico, 426 farmacovigilancia, 407 farmacia, 358 farmacéutica, y 312 farmacéuticos (2.590 veces) y la palabra medicamento, 4.999 veces la palabra medicamentos, 1.581 medicamento, 20 medicamentosos, 19 medicamentosas y 4 medicamento (6.623 veces). En conclusión, parece una desmesura.

Es interesante el informe de IFPMA⁶ (Federación Internacional de Fabricantes y Asociaciones Farmacéuticas) en el que se presentan unos datos, y considero importante y necesario destacar los siguientes:

Sobre investigación y desarrollo:

- *En promedio, los investigadores identifican UN compuesto prometedor de entre 5.000-10.000 examinados. Luego, este compuesto se prueba de manera extensa para garantizar su seguridad y eficacia. Este proceso puede llevar entre 10 y 15 años, tanto para medicamentos como para vacunas.*
- *En 2018 se lanzaron 59 nuevos medicamentos, mientras que en la actualidad existen más de 8.000 compuestos en desarrollo en diferentes etapas.*
- *En 2020, el número de medicamentos en desarrollo para diversas enfermedades fue de:*
 - *2.740 para cáncer*
 - *1.535 para inmunología*
 - *1.498 para neurología*
 - *1.213 para enfermedades infecciosas*

- *Se estima que la industria biofarmacéutica basada en investigación invirtió 179 mil millones de dólares a nivel mundial en 2018.*

Sobre la huella económica de la industria biofarmacéutica:

- *La contribución al PIB mundial es de 1.383 mil millones de dólares por conceptos directos, indirectos e inducidos de la industria.*
- *Se emplean cerca de 5,5 millones de personas en todo el mundo.*
- *A medida que la innovación en terapias llega a más países, se obtienen ganancias significativas en la esperanza de vida media y la calidad de vida.*

Mas adelante añadiré una batería de críticas fundamentadas referidas a la industria farmacéutica. Pero es preciso conocer cómo actúa (y cómo se le permite actuar) la industria farmacéutica.

¿Qué es la “**Propiedad intelectual**”? La respuesta nos la da la OMPI⁷ y dice así:

“La propiedad intelectual (PI) se relaciona con las creaciones de la mente: invenciones, obras literarias y artísticas, así como símbolos, nombres e imágenes utilizados en el comercio. La legislación protege la PI, por ejemplo, mediante las patentes, el derecho de autor y las marcas, que permiten obtener reconocimiento o ganancias por las invenciones o creaciones. Al equilibrar el interés de los innovadores y el interés público, el sistema de PI procura fomentar un entorno propicio para que prosperen la creatividad y la innovación...”

Y para organizar todo esto, ¿quién es el encargado supervisor? Pues existe la llamada **OMC**⁸. “*La Organización Mundial del Comercio (OMC) es la única organización internacional que se ocupa de las normas que rigen el comercio entre los países. Los pilares sobre los que descansa son los Acuerdos de la OMC, que han sido negociados y firmados por la mayoría de los países que participan en el comercio mundial y ratificados por sus respectivos Parlamentos. El objetivo es garantizar que los intercambios comerciales se realicen de la forma más fluida, previsible y libre posible*”.

Y respecto a la Protección y observancia de dicha Propiedad Intelectual, dice la OMC⁹: “*El Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) de la OMC, negociado en la Ronda Uruguay (1986-94), incorporó por primera vez normas sobre la propiedad intelectual en el sistema multilateral de comercio*”.

Sobre estos “acuerdos¹⁰ **ADPIC**”, dice:

“... que entró en vigor el 1º de enero de 1995, es hasta la fecha el acuerdo multilateral más completo sobre propiedad intelectual. Las esferas de la propiedad intelectual que abarca son: derecho de autor y derechos conexos (los artistas intérpretes o ejecutantes, los productores de fonogramas y los organismos de radiodifusión); marcas incluye marcas de servicios; indicaciones geográficas incluye indicaciones de origen; dibujos y modelos industriales; patentes incluye la preservación de los vegetales; esquemas de trazado; e información no divulgada incluye secretos comerciales y datos de pruebas”.

Para concluir este apartado, creo interesante incluir parte de un documento de la OMS, titulado “*Criterios¹¹ éticos para la promoción de medicamentos*”, de 1988. En el punto 4 inicial hace un llamamiento:

“... a los fabricantes y distribuidores de productos farmacéuticos, a las agencias publicitarias, al personal de salud que prescribe, despacha, suministra y distribuye medicamentos, a las universidades y otras instituciones docentes, a las asociaciones profesionales, a los grupos de pacientes y de consumidores, a los medios informativos profesionales y generales (en particular, directores y editores de revistas médicas y publicaciones afines) y al público en general, para que: 1) apliquen esos criterios de manera apropiada en sus esferas de competencia, actividad y responsabilidad; 2) adopten las medidas pertinentes basadas en esos criterios y vigilen e impongan sus propias normas...”

Y sigue diciendo:

“... la interpretación de lo que es ético varía según las regiones y las sociedades. En todas éstas la cuestión está en saber lo que constituye un comportamiento adecuado. Los criterios éticos para la promoción de los medicamentos deben ofrecer una base indicativa del comportamiento adecuado en esa materia que sea compatible con la búsqueda de la verdad y la rectitud. Los criterios deben contribuir a decidir si las prácticas publicitarias relacionadas con los medicamentos son compatibles con normas éticas aceptables...”

Segunda parte: consumo y gasto farmacéutico (España y mundial)

En este largo año transcurrido desde la declaración del Estado de Alarma (en España y en el resto de los países del mundo), con motivo de la Pandemia provocada por el virus Sars-Cov-2, hemos vivido circunstancias muy adversas. Muchas personas han muerto, otras muchas han enfermado y han padecido (y siguen padeciendo) importantes secuelas. La situación económica ha sufrido un cataclismo en el que aún estamos inmersos. En este documento quiero aportar la visión del fenómeno pandémico desde varios ángulos, en concreto desde el sector de la industria farmacéutica, con la intención de enriquecer el análisis que, como sociedad, necesitamos realizar.

Porque en este periodo tan corto hemos podido ver las “costuras” de los *sistemas sanitarios*, sistemas que pueden romperse (más, si cabe) si no se emprenden urgentemente diversas y excepcionales medidas de apoyo y mejora. Para el caso español, ... no, no es verdad que nuestro sistema sanitario fuese “*el mejor sistema sanitario del mundo*”, frase de nuestra “conciencia colectiva” que ha sido utilizada por todos los políticos de nuestro país. Esto nos debe hacer recapacitar y actuar en consecuencia cuanto antes. Es cierto que el Sistema Sanitario español es muy bueno, pero necesita muchas mejoras.

Por otra parte, lanzo esta reflexión: ¿Alguna vez se pregunta la ciudadanía cuanto gastamos en nuestros respectivos sistemas sanitarios? ¿Gastamos mucho o poco? ¿Nuestro país es rico? ¿Cuántos impuestos recaudamos? Y nuestros salarios, ¿sirven para tener una vida desahogada? ¿Cuánta deuda, pública y privada, tiene nuestro país? ¿Hay bolsas de pobreza? Nuestro sistema de protección social, ¿cubre las carencias de los más necesitados? Responder a estas preguntas es fundamental para tener una visión de conjunto del estado real de la economía y de la vida de la ciudadanía de nuestros países, ya que estoy convencido de que la salud depende de estos factores y de cómo se desempeñen nuestras administraciones públicas en sus diversas funciones, ya que la salud depende (y está condicionada) de las políticas que implementen los países. Sabemos que la salud depende de “Todas” las políticas y

también sabemos que es necesario un mínimo nivel de gasto, a partir del cual se garantiza un nivel de vida saludable a la ciudadanía.

En la *Ilustración 1* (Indicadores de gasto en protección social, ver pág. 19) se exponen los datos comparativos sobre protección social¹² de varios países europeos, así como el promedio que representa la UE-27, junto con los resultados de España y de la CC.AA. del País Vasco (lugar en el que vivo). España gasta 4,4 puntos menos de su PIB en protección social que el promedio de la UE-27 y Euskadi 3,9 puntos menos que la UE, aunque en euros por habitante el gasto de Euskadi es equivalente al promedio de la UE, no así el gasto de España, que es de 2.383 euros menos, por habitante, que la media.

Nota: La protección social abarca una variedad de políticas y acciones en diversos ámbitos que deben promover el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) en el mercado laboral, la alimentación, la salud, las pensiones y el cuidado; también debe buscarse el logro de ciertos niveles dignos de ingreso.

El **Sistema Nacional de Salud** (SNS) de España desde **1986**, fecha de publicación de la *Ley General de Sanidad*, está compuesto por un conjunto de medios y de prestaciones sanitarias. Este sistema está inspirado en el **Nacional Health System** (británico), y el objetivo es el de proporcionar aseguramiento sanitario público a todos los habitantes del territorio español.

El “**Informe**¹³ **del sistema sanitario 2018**”, editado por el Ministerio de Sanidad, dice:

“El sistema sanitario español se caracteriza por tres subsistemas legales que coexisten: el sistema sanitario nacional universal (Sistema Nacional de Salud, SNS); las mutualidades de funcionarios civiles, miembros de las Fuerzas Armadas y el Poder Judicial (MUFACE, ISFAS y MUGEJU); y las mutuas centradas en la asistencia en casos de accidente y enfermedad profesionales, denominadas “Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social”. “El SNS es un sistema nacional de salud basado en los principios de universalidad, libre acceso, equidad y solidaridad financiera, y financiado principalmente mediante impuestos. Está organizado en dos niveles –nacional y regional– que reflejan la división administrativa del país. Las competencias sanitarias se encuentran transferidas a las 17 Comunidades Autónomas (CC.AA.), quedando la escala nacional a cargo, bajo la dirección del Consejo Interterritorial del SNS, de determinados ámbitos estratégicos, así como de la coordinación general del sistema de salud y de la supervisión nacional del desempeño del sistema sanitario”.

En las páginas **16, 17 y 18** se exponen varios cuadros con diversos datos sobre el consumo farmacéutico en España y sus CCAA, y de los países de la OCDE, así como producción mundial de fármacos, etc.

Primer punto que destacar: El incremento del coste en recetas en 2020 respecto al año anterior ha sido del 4,74%. Pero el incremento del coste en medicamentos en la red pública hospitalaria española en 2020 con respecto a 2019 ha sido del 5,97%. **En total durante 2020 en España hemos gastado 19.417,80 millones de euros en consumo farmacéutico** (18.323,80 millones € en 2019).

En 2020 en España hemos ***gastado en recursos sanitarios públicos un total de 71.650,24 millones de euros***, desglosados así:

- Entes locales: 793,66 M€
- CCAA: 65.493,38 M€
- Administración Central del Estado y Seguridad Social: 5.363,2 M€
- Promedio de gasto sanitario público por habitante en 2020: **1.388,60 euros**

Por tanto, el gasto farmacéutico ha supuesto el 27,10% del total del gasto sanitario público en 2020.

Segundo punto para destacar: gasto del consumo en recetas, comparado con los países de la OCDE. La comparación se realiza armonizando el *gasto anual en recetas de cada país en PPC* (paridad de poder de compra), y comprobamos que **el gasto en España es de los más elevados** de la lista de 31 países comparados (ver cuadro en pág. 17)

Tercer punto para destacar: **Consumo de antidepresivos.** En este caso, *los datos de consumo en España también son de los más elevados* de la lista de países comparados (ver cuadro página 17)

En definitiva, en España tenemos un consumo en productos farmacéuticos y un gasto relativo muy elevado (creo que es exagerado). Este asunto merece un análisis sosegado y un acuerdo para intentar reducir, tanto el consumo como el gasto. *Creo que es un mal camino “medicalizar” la vida de las personas.*

En un reciente informe titulado “**Política Farmacéutica Situación actual y propuestas**”, la **FASDP**¹⁴ (Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública) dice:

“La industria del medicamento es uno de los sectores del mercado de mayor peso en la economía, con intereses comerciales y financieros de primer orden y gran capacidad de influencia en las decisiones de regulación que toman los gobiernos y la administración. Es necesario definir y reforzar las actuaciones de política farmacéutica a fin de garantizar una sanidad pública universal y de máxima calidad. Es de vital importancia para la sostenibilidad del sistema público de salud y para asegurar el acceso de los medicamentos necesarios a los pacientes como derecho humano”.

Mucho más complicado es conocer (con exactitud, o indicios de credibilidad del dato) las cifras de la Industria farmacéutica mundial. Por ejemplo, la **IFPMA**¹⁵ (International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations) dice:

“... Nuestra industria hace importantes contribuciones a la prosperidad de la economía mundial. Es un sector robusto que ha sido uno de los pilares de las economías industrializadas y también es cada vez más reconocido como un sector importante en el mundo en desarrollo. Contribuye al empleo (directo, indirecto e inducido), al comercio, a las inversiones en investigación y desarrollo (I+D) y al desarrollo de capacidades tecnológicas. También es una base necesaria para la existencia de la industria genérica”.

En su informe de 2021¹⁶, afirma que los efectos combinados directos, indirectos e inducidos del total de la industria biofarmacéutica contribuyen al PIB mundial con **1,83 billones USD**.

Según la plataforma **Statista**¹⁷ es **1,27 billones de USD** el gasto farmacéutico mundial en 2020, llegando a pronosticar para 2025 1,6 billones de USD. Y la plataforma **LEEM**¹⁸ (*les entreprises du médicament*) en el “Bilan économique 2020 des entreprises du médicament - Edition 2021” asigna la cifra de **1,203 billones de euros** del negocio del mercado mundial del medicamento en 2020.

Por su parte, la OMS¹⁹ en su informe titulado “*El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicas y de alto costo*” (2016, pp 4) dice:

“Las dificultades en el acceso a los medicamentos han representado un problema para los países de todo el mundo. En 2004 la OMS indicó que 2.000 millones de personas carecían de acceso a medicamentos esenciales. En ese mismo año, los países en desarrollo destinaban el 30% o más del gasto de salud a productos farmacéuticos. A pesar de ello, el 30% de la población mundial carecía de acceso regular a medicamentos esenciales. En 2010, los países de América Latina y el Caribe gastaron en promedio 7,65% del producto interno bruto (PIB) en salud y, de esa suma, 1,7% correspondió a medicamentos. Del gasto total en medicamentos, 70% provino de fuentes que no eran el gasto público”.

En definitiva, cifras dispares no coincidentes respecto al importe total de gasto mundial en fármacos, aunque todos los datos aportados son cifras elevadísimas. Además, y muy importante, la cifra de personas que no tienen acceso a medicamentos esenciales por no poder pagarlos (ellos o sus países).

Tercera parte: La visión de algunos autores críticos

Marcia Angell, “La verdad acerca de la industria farmacéutica”, autora (y editora durante casi dos décadas de la revista especializada *The New England Journal of Medicine*), plasma en su libro innumerables deficiencias, incluso “*trampas*” efectuadas por la industria farmacéutica. Es un auténtico libro-denuncia con el que pretendió romper lo que ella denomina los tres mitos de esa Industria. A continuación, resumo lo que considero más destacado, basándome en lo que ella misma cree como fundamental en cada punto (colocado en cursiva y negrita) y a continuación mis comentarios:

1. Las compañías farmacéuticas producen demasiados medicamentos "me-too-drugs" y muy pocos innovadores. Para ello Angell propone que se modifique la Ley de patentes de los EEUU para recuperar su fin inicial, y que como resultado se fomente que se patenten nuevos productos realmente útiles y nuevos, y que no sean copias burdas y superfluas que no aportan valor farmacológico alguno. También plantea que los requisitos imprescindibles que debe imponer la FDA para aprobar un nuevo medicamento deberían incluir la obligación de realizar ensayos clínicos en los que el nuevo medicamento se comparase no sólo con placebo sino con otros medicamentos existentes para la misma indicación (parece una obviedad, pero es el punto fuerza).

2. La Administración de Alimentos y Drogas (FDA) se ha puesto demasiado al servicio de la industria que regula. Angell exige que la FDA sea lo que debe ser: Una AGENCIA INDEPENDIENTE. Dice también que la FDA no puede recibir fondos de la Industria (también es una obviedad), y que su financiación únicamente provenga de fondos públicos controlados y presupuestados. También exige que los expertos y revisores que participen en la FDA no tengan ningún vínculo financiero con la I.F.

3. Las compañías farmacéuticas tienen demasiado control sobre la investigación clínica que evalúa sus propios productos. Angell propone que: “*Para asegurarnos de que los ensayos clínicos cumplan con una necesidad médica legítima y para procurar que sean diseñados, dirigidos y presentados de modo apropiado, propongo que se constituya un instituto de ensayos clínicos para medicamentos por prescripción dentro de los institutos nacionales de salud (NIH), a fin*

de que se haga cargo de los ensayos clínicos para medicamentos por prescripción” (otra “obviedad” imprescindible).

4. Las patentes y otros derechos de comercialización exclusiva son largos, lo que es poco recomendable, y demasiado flexibles. Angell cree que hay que suprimir la *Ley Hatch-Waxman* para que no se puedan prolongar los periodos de protección de patentes. Además, propone que la patente empiece a contar cuando el producto realmente llegue al mercado (y no antes, para fomentar así que los ensayos clínicos no se hagan mal y con prisas).

5. Las compañías farmacéuticas tienen demasiada influencia en la instrucción médica sobre sus propios productos. Angell afirma que la industria debe dedicarse, “únicamente”, al negocio de vender medicamentos. También hace una crítica a la profesión médica, exigiendo que se responsabilice de su propia formación, y que no entren al “juego” de dejarse proveer de favores desde la industria.

6. Información importante sobre investigación y desarrollo, mercadeo y fijación de precios es mantenida en secreto. Angell exige que la actividad de la industria farmacéutica debe considerarse de interés público, es decir, que sus cuentas deben ser accesibles, controlables y evaluables.

7. Los precios son demasiado altos y variables. Angell cree que el precio de las medicinas debe ser controlable, accesible para todos los compradores, equilibrado, razonable, etc.

Raúl Allard Soto, Director del Departamento de Ciencias Jurídicas, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile, en un artículo titulado “*Medicamentos esenciales y Acuerdo sobre los ADPIC*”, dice (como resumen) lo siguiente (pp. 9):

“el fortalecimiento mundial de la patente farmacéutica tensiona el acceso a los medicamentos esenciales. De acuerdo a este trabajo ello ha derivado en la colisión del derecho de propiedad intelectual que impulsa el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad intelectual relacionados con el comercio (ADPIC) de la Organización Mundial del comercio (OMC), con el derecho a la salud previsto en el Pacto internacional de Derechos económicos, Sociales y culturales (PiDeSc). Diversas controversias ventiladas en la OMC ilustran el enfrentamiento entre países con una poderosa industria farmacéutica y los intereses de países en desarrollo. Se concluye que las normas ADPIC -plus suscritas en tratados de libre comercio por países en desarrollo, que confieren al titular de la patente farmacéutica más derechos que los previstos en el propio Acuerdo sobre los ADPIC, son incompatibles con las obligaciones que asumen respecto del acceso a medicamentos esenciales en el marco del derecho a la salud del PiDeSc”.

A mi entender, Allard destaca algo que es evidente, la contradicción entre lo justo y lo legal, entre el necesario acceso universal a los medicamentos y el poder omnímodo de ciertos tratados internacionales realizados “en claro beneficio” de la industria (en este caso de la Industria Farmacéutica).

Antonio Ugalde y Núria Homedes, el, Profesor Emeritus de Sociología, University of Texas at Austin. EE.UU. y ella, Profesora, School of Public Health, University of Texas- Houston. EE.UU., en el artículo titulado “*Medicamentos para lucrar. La transformación de la industria farmacéutica*”, entre otras cosas, dicen lo siguiente (pp 311-312):

“... **La transformación de científicos a mercaderes.** Un editorial de *The Lancet* denunció que Big Pharma no estaba sacando al mercado productos verdaderamente innovadores y recomendó que la industria “...invirtiera prioritariamente en apoyar las mentes creativas de sus científicos”. Unos meses antes el Instituto Nacional de Gestión de Salud (National Institute for Health Care Management) había publicado un informe documentando que de los 1.035 medicamentos que había aprobado la FDA entre 1989 y 2000, solo 153 eran realmente innovadores, es decir unos 13 medicamentos al año; y entre 1999 y el 2002, el promedio anual de productos innovadores se había reducido a ocho. Simultáneamente, el gasto de Big Pharma en Investigación y Desarrollo (I&D) se dobló entre 1993 y 2003. Lo que el editor de *The Lancet* no había llegado a entender fue la transformación que había tenido lugar en la industria: había pasado de focalizarse en la innovación clínica para concentrarse en la innovación mercantil...”

Según mi opinión, que coincide plenamente con la de los autores, muchos (la gran mayoría) de los nuevos medicamentos patentados no añaden apenas (ningún) valor añadido al “montón” terapéutico existente en el mercado (y que va creciendo sin pausa). ¿Debería este proceder ser considerado “un delito”?

2019, MSF²⁰ celebra 20º aniversario de la Campaña de Acceso. Con esta campaña se ha estado trabajando para garantizar el acceso a medicamentos, diagnósticos y vacunas asequibles, incluida la promoción de su investigación y desarrollo, para las personas bajo el cuidado de MSF y en otros casos. MSF, en el texto conmemorativo de este aniversario, entre otras cosas, dice lo siguiente:

"La innovación médica y la crisis de acceso se están volviendo cada vez más globales, y las personas en los países en desarrollo y desarrollados por igual experimentan algunos de los mismos desafíos de acceso que hemos visto durante décadas en nuestro trabajo en más de 70 países. Es hora de reconocer que la forma en que se desarrollan y venden los medicamentos hoy en día no está brindando los tratamientos que las personas de todo el mundo necesitan a precios que pueden pagar. Necesitamos ver a los gobiernos y a la comunidad de investigación ponerse de pie y proponer soluciones audaces a un problema que es verdaderamente global; en pocas palabras, los negocios como de costumbre serán mortales... Hoy en día, muchos nuevos medicamentos, vacunas y diagnósticos permanecen fuera de su alcance debido a los altos precios, mientras que los monopolios están más arraigados y los poderes corporativos farmacéuticos más globalizados. Estos obstáculos están Re movilizándolo el movimiento de "Acceso a los Medicamentos" en todo el mundo para exigir cambios transformadores centrados en la salud de las personas en lugar de las ganancias, como una cuestión de justicia, no de caridad".

Mi comentario: el acceso a los medicamentos es un derecho humano que debe situarse por encima del derecho de ventas, enriquecimiento (¿legítimo?, ...) y la especulación. No se pide “gratuidad” de los medicamentos, se exige que puedan ser asequibles para todos.

Ben Goldacre, libro Mala Farma (Bad Pharma), es doctor en medicina y psiquiatra. Es colaborador habitual de *The Guardian*. Ha publicado también otro libro titulado *Bad Science*, y mantiene un sitio web con este mismo nombre. Es un libro amplio y complejo, y tras su publicación la Asociación de la Industria Farmacéutica Británica emitió una declaración en la que argumentaba que los ejemplos que presentaba el libro eran casos antiguos, y que ya se habían tomado las medidas oportunas para corregir cualquiera de los déficits indicados en dicho libro. Podríamos decir que este libro “impulsó” al Parlamento del Reino Unido a emprender algunas reformas en el ámbito médico y farmacéutico. Ideas clave que he resumido:

- ✓ *La industria farmacéutica patrocina una gran parte de la investigación médica, para poder “garantizar” que se obtengan resultados positivos en dichos estudios.*
- ✓ *Los ensayos que aportan resultados negativos no se suelen publicar, lo que impide tener una imagen real y no sesgada de dichos estudios.*
- ✓ *Las revistas médicas de prestigio, en general, tienen procesos de revisión por pares, pero la mayor parte de su publicidad proviene de la industria farmacéutica.*
- ✓ *Mucho personal técnico con función de regulador es financiado por la industria y “suele” obstruir el acceso de los profesionales interesados a la información completa y detallada.*
- ✓ *Muchas revisiones sistemáticas [Cochrane] han demostrado que muchos medicamentos nuevos (por ejemplo, el Tamiflu), tienen poco beneficio objetivo.*
- ✓ *El desarrollo de nuevos medicamentos es muy caro. Queda demostrado que las empresas farmacéuticas recortan sus costes y sólo les motiva que lleguen más medicamentos al mercado.*
- ✓ *Los reguladores; se prima la rapidez con la que se aprueban nuevos medicamentos. Por contra, suelen pasar por alto muchos informes que certifiquen ciertos efectos secundarios.*
- ✓ *Cuando se ponen en marcha ensayos clínicos, la industria selecciona pacientes atípicos, y finaliza los ensayos antes de tiempo si aparecen incongruencias. Solo comparan sus datos con las alternativas deficientes y, en general, no son rigurosos con los detalles científicos.*
- ✓ *La práctica médica se beneficiaría de ensayos más amplios, simples, efectivos y no sesgados que demostraran (o no) el potencial de un nuevo medicamento.*
- ✓ *Los presupuestos de marketing superan los presupuestos de I+D en las industrias farmacéuticas. Además, en muchos mercados se pretende desregular la industria para permitir la publicidad **B2C** (**business to consumer** es la transacción directa entre una empresa y un consumidor individual).*
- ✓ *En países donde existe regulación, las compañías farmacéuticas quieren influir a los profesionales con publicidad **B2B** (**business to business** es la transacción que se produce entre dos empresas) consistente en relaciones públicas que deliberadamente tergiversan la efectividad y eficiencia de sus productos.*
- ✓ *Desde la publicación del libro ha habido una oleada de apoyo a la reforma, pero también una oposición constante y un cabildeo en cada paso para mantener el “perverso” sistema actual.*

Opino que, tal como está montado este “tinglado”, son las compañías farmacéuticas las responsables de probar sus propios medicamentos (por lo que, si quieren, pueden “manipular” los resultados de los ensayos y los datos del proceso de investigación de ese nuevo fármaco). Está claro que tienen un gran interés en publicar solo los estudios con resultados positivos (incluso si esos estudios no son completamente precisos o están sesgados). Los médicos confían en la información de los representantes de ventas, lo que les cuentan sus colegas y de lo que puedan leer en revistas especializadas, pero todo ello probablemente esté sesgado hacia los intereses de las industrias farmacéuticas.

Estaría bien poder creer que los ensayos clínicos que se realizan con los medicamentos se desarrollan mediante una correcta y adecuada práctica científica, y que cualquier ciudadano del mundo pudiera confiar en la efectividad de la pastilla o del inyectable que le han prescrito. Surgen constantes dudas respecto a las prácticas utilizadas por las Industrias Farmacéuticas, a su fiabilidad y honestidad. De hecho, la industria farmacéutica no tiene gran interés (interés empresarial) en desarrollar fármacos eficaces, lo que realmente le interesa es lograr mayores ventas y, para conseguir mejores resultados en sus ventas, gasta verdaderas fortunas en marketing y en “allanar” voluntades.

Una visión “positiva”. La industria farmacéutica como motor económico.

Entrevista²¹ al presidente de **Farmaindustria**, Juan López-Belmonte en el periódico “elEconomista”. En resumen, dice lo siguiente:

“... el sector farmacéutico es un importante motor de la economía de un país, gracias al alto valor agregado que produce, la generación de empleos de alta cualificación y el elevado grado de inversión en investigación y desarrollo que realizan las empresas para ofrecer tratamientos cada vez más eficaces y que mejoran la esperanza y calidad de vida de los pacientes. “Constituimos, por tanto, un sector de vanguardia, vinculado a la innovación y al conocimiento y con potente efecto tractor sobre el resto de la economía: cada empleo directo genera hasta cuatro indirectos o inducidos, y cada euro que invertimos genera entre uno y dos en otros sectores”... Los medicamentos son esenciales para la salud y la calidad de vida de las personas, ya que curan enfermedades, las controlan o reducen los síntomas y mejoran las condiciones de vida de los pacientes. Sin embargo, también benefician a la sociedad en su conjunto, porque potencian la eficacia y eficiencia del sistema sanitario, permiten una mayor productividad laboral y generan una importante contribución a la economía nacional. Ésta es la principal conclusión del informe El valor del medicamento desde una perspectiva social 2021 (realizado por la Fundación Weber)... Asimismo, distintos estudios estiman que “cada unidad adicional de gasto farmacéutico ha generado un ahorro neto de gasto directo sanitario entre 2,3 y 7,2 veces mayor. En general, los medicamentos son terapias coste-efectivas, por lo que se trataría de intervenciones eficientes en las que merece la pena invertir”, (afirmaciones del presidente de la Fundación Weber, Álvaro Hidalgo)... ”

Mis comentarios: nada que objetar a que la Industria Farmacéutica es un potente motor económico, sobre todo de los países más avanzados, que son los que disponen de las mayores empresas farmacéuticas, y que es un sector de vanguardia e innovador; ... pero nada se dice en estas declaraciones de los millones de “pacientes cautivos” de ciertos medicamentos de “por vida”, no se habla de los costes de los medicamentos “punteros”, no habla de la casi imposibilidad de compra de muchos medicamentos en los países menos desarrollados, no habla de los precios desmesurados de algunos medicamentos “vitales e imprescindibles” (Sovaldi (*sofosbuvir*)), ...

Cuarta parte: Algunas iniciativas para el cambio

Iniciativa²² /²³ ciudadana europea.

Derecho a una cura. Esta es una iniciativa ciudadana que sostiene que las pandemias no deberían generar beneficios. Los ciudadanos queremos una vacuna y un tratamiento para todos, ya que, ante una pandemia, toda persona tiene derecho a la cura. Una amenaza colectiva requiere una respuesta colectiva. *Los Objetivos son:* Visto el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea y, en particular, sus artículos 114, 118 y 168, pedimos a la Comisión Europea que proponga cuanta legislación sea necesaria para:

- velar por que los derechos de propiedad intelectual, incluidas las patentes, no dificulten la accesibilidad o la disponibilidad de cualquier futura vacuna o tratamiento para la COVID-19;
- velar por que la legislación de la UE sobre los datos y la exclusividad comercial no limite la eficacia inmediata de las licencias obligatorias expedidas por los Estados miembros;

- introducir la obligación jurídica de los beneficiarios de fondos de la UE de compartir conocimientos en materia de tecnología sanitaria, la propiedad intelectual o los datos de un consorcio de tecnología o patentes en relación con la COVID-19;

- introducir obligaciones jurídicas para los beneficiarios de los fondos de la UE en materia de transparencia de las contribuciones públicas y los costes de producción, así como cláusulas de accesibilidad y asequibilidad combinadas con licencias no exclusivas.

Comentario: Esta iniciativa está en plena recogida de firmas. Los firmantes deseamos que llegue a buen puerto. Se precisa un millón de firmas de los ciudadanos de los veintisiete estados miembros.

Artículo de opinión²⁴: La OMC sigue dilatando la exención de las patentes para la COVID; de Jomo Kwame Sundaram y Anis Chowdhury. Kwame Sundaram fue profesor de economía y secretario general adjunto de la ONU para el Desarrollo Económico. Chowdhury fue profesor de economía de la Universidad Occidental de Sídney y ocupó altos cargos en la ONU entre 2008 y 2015. Resumen de dicho artículo:

La Organización Mundial del Comercio (OMC) decidirá en unos días sobre una exención temporal y condicional de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (Adpic). La exención fue una propuesta de Sudáfrica e India, del 2/10/2020. Dos tercios de los 164 miembros de la OMC la apoyan. Pero Suiza, R. Unido, y los países de la UE han bloqueado los avances antes de la 12 Conferencia Ministerial de la OMC, que se realizará en Ginebra entre el 30/11y el 3/12 ... La dirección general de la OMS ha señalado que 4/5 partes de las dosis de vacunas se destinaron a los países de ingresos altos o medios. Los países ricos, con 1/7 parte de la población mundial, habían comprado más de la mitad de los primeros 7500 millones de dosis de vacunas hasta noviembre de 2020. Mientras tanto, solo 1,5 % de la población de los países de renta baja estaban vacunados en agosto de 2021. El mecanismo público-privado Covax había prometido suministrar 2000 millones de dosis de vacunas para finales de 2021, y llegar a una quinta parte de la población de 92 países de renta baja. Pero hasta ahora se han suministrado menos de 500 millones de dosis ... La exención de los Adpic es urgente. La exención temporal permitiría a las empresas de todo el mundo producir los artículos necesarios y utilizar tecnologías patentadas sin infringir la propiedad intelectual ... El borrador revisado del texto con la propuesta sobre los Adpic, del 21 de mayo, aclara que la exención propuesta es para al menos tres años a partir de la fecha de la decisión, sujeta a una revisión anual. Abarcaría los productos y tecnologías, incluidas las vacunas, las terapias, los diagnósticos, los dispositivos, los equipos de protección, los materiales, los componentes, los métodos y los medios de fabricación ... A diferencia de los acuerdos más flexibles del Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT), el órgano predecesor de la OMC, el marco y las prioridades de negociación de la OMC han socavado las aspiraciones de desarrollo. El Sur se ha visto perjudicado por la traición de los países ricos al compromiso de Doha de 2001, adoptado en la Cuarta Conferencia Ministerial de la OMC. Después de haber matado suavemente la Ronda de Desarrollo prometida entonces, los países ricos pueden ahora redimirse apoyando la exención.

Comentario: ha llegado el momento de la verdad, y de ver si los llamados “países ricos” quieren redimirse de tantos años de especulación, de visión economicista del mundo y realizan un necesario cambio de postura que facilite la fabricación de productos sanitarios imprescindibles a precios de coste. Se puede dar inicio a una nueva etapa de entendimiento.

CONCLUSIONES:

Las desigualdades son manifiestas (a nivel mundial, entre unas y otras naciones, dentro de cada país, incluso dentro de cada comunidad y de cada barrio), y eso pasa unas extraordinarias “facturas” a la salud de las personas. Según la OMS²⁵ “*La COVID-19 no será la última emergencia sanitaria que padecerá el mundo, por lo que existe una necesidad urgente de preparación sostenible ante emergencias sanitarias para hacer frente a la próxima pandemia*”.

15

Una buena “preparación” (entre otras muchas) sería que todos los habitantes del mundo tuvieran acceso fácil y económico a las medicinas que puedan necesitar. Pero la realidad es tozuda, y la Industria Farmacéutica es un extraordinario negocio especulativo, que además de mover ingentes cantidades de dinero, mueve voluntades (políticas, económicas, ¿mafiosas?, ...) gracias al poder omnímodo que posee.

La manera más rápida (pero no la más fácil, como se ha podido comprobar) sería modificar la estructura misma de la OMC y del ADPIC (*Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio*). En breve se tomará una decisión en la OMC que puede ser trascendental para el futuro sanitario mundial.

RECOMENDACIONES:

Ahondar en la cooperación internacional solidaria frente a las epidemias y las llamadas “enfermedades de la pobreza”, priorizando siempre el bienestar de las personas.

Fortalecer la coordinación y la cooperación internacional para lograr una gobernanza mundial basada en los principios de equidad y justicia.

Las vacunas contra la Covid (y todas las consideradas básicas e imprescindibles) tienen que ser puestas al alcance de todos los países en el más corto espacio de tiempo posible.

Los gobiernos, con el apoyo de entidades internacionales, deben aumentar los subsidios y la capacidad de organismos tales como: CDC, USAID, OMS y otros organismos técnicos internacionales para una mayor colaboración con los países en el fortalecimiento de los sistemas nacionales de control y vigilancia de enfermedades.

ANEXOS GRÁFICOS:

Indicadores de gasto en protección social									
	Gasto en protección social					Gasto en prestaciones en la función Vejez		Gasto en la función Enfermedad/Atención	
	Total	Por habitante	Porcentaje del PIB			Total	Por habitante de 65 años o más	Total	Por habitante
	(millones euros)	(euros)	PPC (1)	%	PPC (1)	(millones euros)	PPC (1)	(millones euros)	PPC (1)
UE-27	3.765.742	8.435	8.709	27,9	100	1.451.849	16.698	1.054.610	2.439
Alemania	995.168	12.004	11.602	29,6	106	307.808	16.717	337.198	3.931
Bélgica	132.328	11.580	10.234	28,7	103	50.807	20.904	33.956	2.626
España	283.207	6.052	6.457	23,5	84	117.880	13.924	74.243	1.693
Francia	795.962	11.886	11.093	33,7	121	300.518	21.041	213.076	2.970
Grecia	45.446	4.234	5.193	25,3	91	24.513	12.783	8.731	998
Italia	510.857	8.455	8.357	28,8	103	241.837	17.431	113.639	1.859
Países Bajos	223.400	12.965	11.305	28,9	104	80.066	21.308	72.064	3.647
Portugal	49.256	4.790	5.680	24,0	86	23.742	12.632	12.396	1.429
Suecia	133.001	13.071	10.125	28,3	101	57.367	21.987	35.141	2.675
País Vasco	18.470	8.456	9.022	24,0	86	8.123	17.942	4.740	2.315

Elaboración propia. Fuente EUSTAT y EUROSTAT.

Ilustración 1 INDICADORES DE GASTO EN PROTECCIÓN SOCIAL²⁶

AÑO 2020/ GASTO FARMACÉUTICO EN ESPAÑA	COSTE REAL CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN LOS HOSPITALES DE LA RED PÚBLICA DEL SNS (en euros)	TOTAL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y MUTUALIDADES (GASTO FARMACÉUTICO RECETAS)	GASTO TOTAL 2020
ANDALUCÍA	1.197.543.600	2.092.145.238	3.289.688.838
ARAGÓN	244.998.104	355.230.812	600.228.916
ASTURIAS	192.409.708	298.824.433	491.234.141
BALEARES	197.386.345	241.535.613	438.921.958
CANARIAS	318.347.562	176.461.533	494.809.095
CANTABRIA	117.179.104	547.580.057	664.759.161
CASTILLA LEÓN	417.629.713	691.614.792	1.109.244.505
C. LA MANCHA	294.104.748	1.549.948.522	1.844.053.270
CATALUÑA	1.498.208.170	584.151.465	2.082.359.635
C. VALENCIANA	833.432.341	372.092.057	1.205.524.398
EXTREMADURA	178.609.443	755.351.835	933.961.278
GALICIA	520.593.800	1.337.089.581	1.857.683.381
MADRID	1.134.080.198	458.949.706	1.593.029.904
MURCIA	239.685.277	157.624.456	397.309.733
NAVARRA	113.773.915	1.301.177.241	1.414.951.156
PAÍS VASCO	325.955.627	493.288.597	819.244.224
LA RIOJA	51.081.529	76.617.550	127.699.079
CEUTA	8.516.703	18.520.211	27.036.914
MELILLA	9.025.740	17.053.693	26.079.433
NACIONAL	7.892.561.630	11.525.257.393	19.417.819.023

Elaboración propia. Fuente: Ministerio de Sanidad; Gob. De España

Ilustración 2 Gasto Farmacia en España 2020
Fuente Ilustración 2: del Min. de Sanidad ²⁷e ídem²⁸ dic-2020

España: Gasto en Farmacia/año	Gasto en recetas (millones €)	Gasto F. Hosp (millones €)	Total (millones €)	Gasto en medicamentos /PIB	Nº de Recetas per cápita	Gasto per cápita en recetas (euros)
2011	11.144,10	4.253,90	15.398,00	1,44	20,60	236,20
2012	9.773,40	4.317,70	14.091,10	1,36	19,30	206,80
2013	9.183,30	4.425,40	13.608,70	1,33	18,20	194,90
2014	9.362,20	5.200,10	14.562,30	1,40	18,60	200,10
2015	9.535,10	6.561,90	16.097,00	1,49	18,90	204,50
2016	9.912,80	6.150,60	16.063,40	1,44	19,40	212,90
2017	10.170,80	6.354,20	16.525,00	1,42	19,50	218,40
2018	10.476,10	6.808,10	17.284,20	1,45	20,20	224,30
2019	11.002,90	7.320,90	18.323,80	1,47	21,20	235,50
2020	11.525,25	7.892,56	19.417,81	1,73		246,64
% incremento 2011 / 2020	3,42	85,54	26,11			

Elaboración propia. Fuente: Diariofarma, datos INE y Min. Sanidad

Nota: el dato del gasto en medicamentos respecto al PIB del años 2020 (marcado en marrón) es mucho más elevado que lo que realmente correspondería, ya que el PIB de España en 2020 ha caído aproximadamente el 10% respecto al de 2019.

Ilustración 3 Gasto en Farmacia, varios años
Fuente ²⁹

Ventas farmacéuticas totales per cápita en US\$ en Paridad de poder de compra	2011	2014	2018
Belgique	652,7	663,1	759,6
République tchèque	577,9	606,4	740,0
Allemagne	469,3	539,0	697,5
Canada	562,4	585,2	689,1
Suisse	522,4	565,1	664,4
Corée	516,8	535,0	642,6
Espagne	370,2	367,1	639,6
France	503,7	502,0	
République slovaque	412,8	500,8	592,3
Danemark	485,6	507,1	591,8
Irlande	513,8	501,7	590,3
Islande	605,0	522,3	580,4
Italie	433,1	442,3	542,1
Finlande	400,9	427,6	536,5
Suède	440,1	446,6	528,2
Norvège	404,6	442,2	526,7
Japon	508,7	502,6	522,2
Autriche	365,4	408,3	473,8
Estonie	301,0	360,1	454,4
Hongrie	415,8	346,9	448,1
Royaume-Uni	290,7	354,5	447,7
Portugal	447,3	398,2	441,7
Slovénie	367,0	354,6	437,6
Lettonie	282,3	318,5	433,8
Luxembourg	436,5	423,6	430,2
Australie	304,0	348,6	411,2
Pays-Bas	373,3	317,3	345,3
Chili	196,4	236,8	297,1
Turquie	197,6	184,2	244,8
Nouvelle-Zélande	125,4	147,8	188,2
Mexique	97,2	91,4	91,3

Elaboración propia. Fuente OCDE; Mercado farmacéutico

Ilustración 3 Ventas farmacéuticas per cápita en PPC

Dosis cotidiana de Antidepresivos por 1000 habitantes y por día	2010	2015	2018
Islande	101,3	126,5	143,7
Canada	78,8	90,1	114,4
Australie	80,4	104,1	112,2
Portugal	78,7	95,1	109,3
Royaume-Uni	65,9	94,2	107,9
Suède	75,8	92,5	98,7
Espagne	61,2	73,1	80,4
Belgique	68,7	77,5	79,7
Danemark	84,0	77,0	75,7
Finlande	68,8	68,2	74,8
Slovénie	44,1	56,8	61,5
République tchèque	41,6	55,0	61,4
Autriche	54,2	60,3	61,3
Grèce	...	48,1	58,0
Allemagne	46,7	56,4	56,6
Norvège	56,4	57,8	55,9
Luxembourg	50,1	53,7	54,0
Israël	...	44,4	51,1
Pays-Bas	40,4	45,5	47,4
Turquie	32,7	40,7	44,1
Italie	...	39,6	41,6
République slovaque	29,0	40,0	41,1
Chili	...	46,5	40,1
Estonie	15,9	24,8	31,9
Lituanie	19,2	27,9	31,3
Hongrie	26,4	28,3	29,3
Corée	11,3	20,3	21,0
Lettonie	...	12,3	16,1

Elaboración propia. Fuente: OCDE; Mercado farmacéutico

Ilustración 4 Dosis de antidepresivos

Ambos cuadros están elaborados con datos de la OCDE³⁰

Export. mercancías por productos - anual (Millones dólares EE.UU.)	Producto/Sector	2015	2017	2019
Mundo	Total de mercancías	16.560.762	17.746.583	19.019.026
Mundo	Manufacturas	11.219.359	11.998.513	12.746.656
Mundo	Maquinaria y equipo de transporte totales	5.675.044	6.159.867	6.480.346
Mundo	Combustibles	1.808.353	1.948.122	2.364.828
Mundo	Productos químicos	1.840.768	1.985.273	2.193.554
Mundo	Equipos de transporte	2.018.474	2.150.157	2.190.556
Mundo	Equipo para oficina y de telecomunicaciones	1.730.939	1.910.937	1.998.066
Mundo	Productos alimenticios	1.330.132	1.468.413	1.528.267
Mundo	Productos de la industria del automóvil	1.333.402	1.465.240	1.502.163
Mundo	Equipo para telecomunicaciones	705.630	644.317	700.245
Mundo	Circuitos electrónicos integrados	526.806	643.029	698.093
Mundo	Productos farmacéuticos	531.103	566.102	668.988
Mundo	Máquinas de procesamiento de datos	498.503	623.591	599.727
Mundo	Prendas de vestir	453.017	464.805	493.386
Mundo	Hierro y acero	378.955	415.609	417.796
Mundo	Textiles	288.369	294.977	305.394
Unión Europea	Productos farmacéuticos	302.349	336.054	410.068
Alemania	Productos farmacéuticos	76.230	84.861	91.494
Suiza	Productos farmacéuticos	64.882	71.706	84.876
EE.UU.	Productos farmacéuticos	52.384	46.937	55.780
Belgica	Productos farmacéuticos	45.570	44.741	55.705
Irlanda	Productos farmacéuticos	33.542	40.049	55.424
Países Bajos	Productos farmacéuticos	30.441	35.844	49.679
Francia	Productos farmacéuticos	31.378	32.370	36.391
Italia	Productos farmacéuticos	21.139	26.950	35.310
Reino Unido	Productos farmacéuticos	36.749	33.297	28.498
Dinamarca	Productos farmacéuticos	12.800	14.119	19.077
India	Productos farmacéuticos	13.903	14.276	17.859
China	Productos farmacéuticos	13.481	14.986	17.267
España	Productos farmacéuticos	12.132	12.133	13.379
Austria	Productos farmacéuticos	9.400	11.231	12.483
Suecia	Productos farmacéuticos	8.433	8.535	11.103
Singapur	Productos farmacéuticos	7.606	6.990	9.074
Canadá	Productos farmacéuticos	7.776	6.314	8.499
Japón	Productos farmacéuticos	3.819	4.955	6.688
Hungría	Productos farmacéuticos	4.935	5.666	6.623
Eslovenia	Productos farmacéuticos	2.677	3.082	5.581
Australia	Productos farmacéuticos	1.856	2.663	4.340
Corea	Productos farmacéuticos	2.313	3.210	4.232
Polonia	Productos farmacéuticos	3.152	4.537	4.109
Rep. Checa	Productos farmacéuticos	2.384	2.588	3.193
Israel	Productos farmacéuticos	6.579	7.323	3.002

Elaboración propia. Fuente: World Trade Organization; en <https://timeseries.wto.org/>

Ilustración 5 Exportaciones³¹ mundiales anuales

Ranking de las 100 mayores empresas del mundo por su capitalización bursátil a 1 de marzo de 2021 (sólo se muestran, ordenadas, las empresas farmacéuticas, sanitarias y las de biotecnología)

Nº orden	Empresa	País	Sector	Cap. Bursátil
15	Johnson&Johnson	Estados Unidos	Farmacéutica	416,54
22	Unitedhealth Grp	Estados Unidos	Salud	315,22
27	Roche	Suiza	Farmacéutica	281,77
41	Abbott Labs	Estados Unidos	Salud	212,19
43	Novartis	Suiza	Farmacéutica	210,73
50	Eli Lilly & Co	Estados Unidos	Farmacéutica	196,37
55	Abbvie Inc	Estados Unidos	Biotecnología	190,26
59	Pfizer Inc	Estados Unidos	Farmacéutica	186,79
60	Merck & Co	Estados Unidos	Farmacéutica	183,75
63	Thermo Fisher	Estados Unidos	Salud	177,24
66	Novo Nordisk	Dinamarca	Farmacéutica	166,59
71	Medtronic Plc	Irlanda	Salud	157,61
72	Danaher Corp	Estados Unidos	Salud	156,45
92	Bristol-Myer Squibb	Estados Unidos	Farmacéutica	137,41
99	Amgen Inc	Estados Unidos	Biotecnología	129,91

Elab. propia. Fuente: 100 Empresas más grandes del mundo 2021 por capitalización bursátil; ECONOMIPEDIA
Datos a 1 de marzo de 2021. En miles de millones de dólares de Estados Unidos (USD)

Ilustración 6 Ranking³² bursátil empresarial mundial

Gasto Público Salud Per Capita 2018	G. Público Salud %G.Salud Total	Gasto Salud (Millones €)	G. Salud (%G. Público Total)	G. Salud %PIB	G. Público Salud Per Capita	Variación % respecto al año anterior
Estados Unidos	84,54%	2.484.593	22,55%	14,32%	7.577 €	3,73%
Cuba	89,44%	8.980	15,87%	10,47%	782 €	1,33%
Alemania	84,46%	321.134	19,88%	9,48%	3.879 €	17,19%
Francia	83,41%	219.386	15,47%	9,32%	3.278 €	14,66%
Suecia	83,89%	43.241	18,69%	9,26%	4.273 €	3,83%
Japón	84,09%	386.454	23,64%	9,18%	3.063 €	-0,08%
Dinamarca	84,40%	26.301	16,60%	8,84%	4.549 €	4,09%
Noruega	85,48%	32.063	17,88%	8,70%	6.055 €	5,98%
Países Bajos	82,12%	63.134	15,30%	8,16%	3.675 €	37,21%
Bélgica	77,27%	36.107	15,31%	8,02%	3.168 €	7,49%
Suiza	63,70%	46.353	11,02%	7,76%	5.464 €	3,91%
Austria	74,75%	29.810	15,31%	7,72%	3.379 €	11,59%
Reino Unido	77,12%	180.324	18,74%	7,53%	2.721 €	-3,02%
Canadá	69,68%	108.515	19,33%	7,48%	2.938 €	4,99%
Nueva Zelanda	79,22%	12.849	19,29%	7,40%	2.641 €	6,40%
Finlandia	75,32%	15.963	13,04%	6,84%	2.896 €	5,95%
Argentina	72,43%	37.537	16,05%	6,61%	849 €	34,95%
Uruguay	70,83%	3.471	19,78%	6,58%	998 €	15,37%
Italia	74,23%	114.940	13,42%	6,54%	1.900 €	6,93%
Australia	69,27%	78.648	17,80%	6,41%	3.144 €	7,13%
España	70,47%	75.435	15,28%	6,24%	1.617 €	7,88%
Portugal	66,46%	12.193	13,01%	6,05%	1.185 €	10,68%
Irlanda	74,23%	16.773	20,04%	5,27%	3.472 €	12,42%
Chile	58,31%	13.107	17,73%	5,20%	707 €	20,61%
Andorra	49,03%	135	14,02%	5,06%	1.754 €	5,16%
Corea del Sur	59,77%	66.433	13,42%	4,84%	1.287 €	11,51%
Serbia	56,71%	1.874	11,92%	4,78%	265 €	4,61%
Israel	63,79%	14.895	11,93%	4,76%	1.679 €	10,25%
Grecia	60,27%	8.734	10,23%	4,73%	813 €	5,22%
Polonia	71,78%	22.408	10,94%	4,51%	590 €	11,73%
Irán	51,25%	16.920	22,94%	4,44%	216 €	6,01%
Bolivia	68,53%	1.477	11,52%	4,42%	134 €	9,32%
Panamá	59,92%	2.418	20,08%	4,39%	590 €	-2,34%
Ecuador	52,82%	4.027	11,92%	4,36%	242 €	5,89%
Sudáfrica	53,65%	13.460	13,34%	4,35%	237 €	16,21%
Albania	41,36%	494	14,68%	4,28%	168 €	6,95%
Bulgaria	51,86%	2.197	11,99%	4,20%	305 €	11,17%
Argelia	65,95%	6.233	10,73%	4,20%	151 €	-3,28%
Bielorrusia	69,96%	2.008	10,62%	4,15%	212 €	13,52%
Túnez	57,12%	1.456	13,63%	4,13%	127 €	-1,48%
Brasil	41,88%	72.398	10,26%	3,96%	344 €	13,80%

Elaboración propia. Fuente: Datos Macro

Ilustración 7 Gasto³³ público per cápita 2018

Comparativa de varios países europeos

Gasto sanitario privado en 2017	Euros por habitante	Millones de euros	%PIB
Irlanda	1.174	5.643	1,9
Austria	1.136	9.998	2,7
Polonia	1.045	9.073	2
Finlandia	930	5.122	2,3
Bélgica	908	10.332	2,4
Suecia	849	8.538	1,8
Dinamarca	820	4.729	1,6
Países Bajos	802	13.738	1,9
Luxemburgo	743	443	0,8
Reino Unido	723	47.737	2
Alemania	697	57.637	1,8
España	662	30.779	2,6
Italia	658	39.860	2,3
España	653	30.409	2,6
Francia	645	43.156	1,9
Portugal	571	5.880	3
Grecia	525	5.651	3,1

Elaboración propia. Fuente: MSCBS España

En este cuadro se ordenan varios países europeos en función de su gasto sanitario privado en 2017 (Fuente: Ministerio de Sanidad).

Ilustración 8 Gasto³⁴ sanitario privado

BIBLIOGRAFÍA:

Allard Soto, Raúl; Medicamentos esenciales y Acuerdo sobre los ADPIC: colisión entre el derecho a la salud y el derecho de propiedad intelectual. Salud Colectiva, Buenos Aires, 11(1):9-21, enero - marzo, 2015; ver en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/412/428>

Ambrosio L., García-Vivar. C. Sist. Sanit. Navarra vol. 43 nº 1 Pamplona ene/abr 2020 Epub 17/08/2020; Horizonte 2025 para la atención a la cronicidad. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272020000100001

Angell, Marcia; La verdad acerca de la industria farmacéutica; Bogotá : Grupo Editorial Norma, 2006.

Avanzando hacia la equidad; Informes, estudios e investigación 2015; ministerio de sanidad; https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicar_Reducir_Desigualdades.pdf

Benach J; y Muntaner C.; Aprender a mirar la Salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud. El viejo topo; 2005.

Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva J, Sánchez Martínez FI, Repullo JR, Peña-Longobardo LM, Ridao-López M, Hernández-Quevedo C. España: Informe del sistema sanitario. Sistemas sanitarios en transición, 2018;20

https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/pdf/REVISION_SISTEMA_SANITARIO_ESPANOL_2018.pdf

Basile, G; Peidro, R; Rodríguez, E. Angriman, A. "Caracterización del Complejo Médico Industrial Farmacéutico Financiero en siglo XXI: concentración de mercado, fusiones nacional-multinacional y su impacto en el acceso a medicamentos y en las fuentes de trabajo del Sector". Ediciones GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO, Abril, 2019. En: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20191219033726/Estudio-1-OMySC.pdf>

Goldacre, Ben; *Bad Pharma* (Mala farma): Cómo las empresas farmacéuticas engañan a los médicos y perjudican a los pacientes. 2012, Epub libre. En: <https://www.holaebook.com/book/ben-goldacre-mala-farma.html> La edición oficial española es la siguiente: Ben Goldacre: Mala farma. Madrid, Paidós Ibérica, 2013. Traducción de Francisco Martín Arribas. Isbn: 9788449328435

Informe 2020 medicusmundi Médicos del Mundo; https://medicusmundi.es/storage/resources/attachments/5fd1ffc2dd76_informe-medicus-mundi-2020.pdf

La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria informe 2020; https://medicusmundi.es/storage/resources/attachments/5fd20126bb301_informemedetacados-2020-esp.pdf

Lister J.; Hellowell M. ; Pollock A.; ¿Por nuestra salud? La privatización de los servicios sanitarios. Traficantes de sueños, Madrid, 2010.

Padilla, Javier. ¿A quién vamos a dejar morir? Sanidad pública y la importancia de lo político; 2019; Editorial Capitán Swing.

Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud, 2019 Informe monográfico. https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe_PrestacionFarmaceutica_2019.pdf

THE PHARMACEUTICAL INDUSTRY AND GLOBAL HEALTH. INTERNATIONAL FEDERATION OF PHARMACEUTICAL MANUFACTURERS & ASSOCIATIONS. FACTS AND FIGURES 2021; consultado el 08/11/2021 en: <https://www.ifpma.org/wp-content/uploads/2021/04/IFPMA-Facts-And-Figures-2021.pdf>

Ugalde A. y Homedes N.; Medicamentos para lucrar. La transformación de la industria farmacéutica; Salud Colectiva, Buenos Aires, 5(3):305-322, Septiembre - Diciembre, 2009 en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/237/226>

CITAS y REFERENCIAS:

- ¹ Basado en el documento “Chronic Conditions: Making the Case for Ongoing Care”, elaborado conjuntamente por Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health y Robert Wood Johnson Foundation (en: <http://www.partnershipforsolutions.org/DMS/files/chronicbook2004.pdf>). La cita textual se extrae del documento 100 MEDIDAS QUE MEJORAN EL SECTOR SALUD EN ESPAÑA”; © 2017 Economía y Salud Fundación; (en su página 12) <http://www.fundacioneconomiasalud.org/wp-content/uploads/100-Medidas-que-Mejoran-el-Sector-de-la-Salud.pdf> y de la cita del Documento “Gestión de la Cronicidad”, de Joan Altimiras i Ruiz, de un curso de la UOC, pp 19-20, disponible en: http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/75965/1/Financiaci%C3%B3n%2C%20aseguramiento%2C%20compra%20y%20provisi%C3%B3n%20de%20S.S.M%C3%B3dulo%201_Gesti%C3%B3n%20de%20la%20cronicidad.pdf
- ² Página de datos de la OCDE, en: <https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm>
- ³ <https://www.cronicidadhoy.es/compromiso-cronicidad>
- ⁴ <https://www.farmaceuticonline.com/es/medicamento-que-es/>
- ⁵ <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>
- ⁶ <https://www.ifpma.org/wp-content/uploads/2021/04/IFPMA-Facts-And-Figures-2021.pdf>
- ⁷ OMPI, Organización mundial de la propiedad intelectual: <https://www.wipo.int/about-ip/es/>
- ⁸ OMC, ¿qué es la OMC? https://www.wto.org/spanish/thewto_s/thewto_s.htm
- ⁹ OMC, protección y observancia https://www.wto.org/spanish/thewto_s/whatis_s/tif_s/agrm7_s.htm
- ¹⁰ Visión general acuerdos ADPIC, https://www.wto.org/spanish/tratop_s/trips_s/intel2_s.htm
- ¹¹ Criterios éticos para la promoción de medicamentos; OMS 1988, en: <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/criterios%20eticos%20para%20la%20promocion.pdf>
- ¹² https://www.eustat.eus/elementos/ele0003500/indicadores-de-gasto-en-proteccion-social-por-pais/tbl0003523_c.html
- ¹³ https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/pdf/REVISION_SISTEMA_SANITARIO_ESPANOL_2018.pdf
- ¹⁴ <https://fadsp.es/wp-content/uploads/2021/05/PoliticaFarma.pdf>
- ¹⁵ <https://www.ifpma.org/subtopics/economic-footprint/>
- ¹⁶ <https://www.ifpma.org/wp-content/uploads/2021/04/IFPMA-Facts-And-Figures-2021.pdf>
- ¹⁷ <https://www.statista.com/topics/1764/global-pharmaceutical-industry/#dossierKeyfigures>
- ¹⁸ <https://www.leem.org/publication/bilan-economique-2020-des-entreprises-du-medicament-edition-2021>
- ¹⁹ <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-10-s.pdf>
- ²⁰ <https://20years.msfsaccess.org/msfs-access-campaign-turns-20-2019>
- ²¹ <https://www.economista.es/salud-innovacion/noticias/11171603/04/21/La-industria-farmaceutica-como-motor-economico.html>
- ²² https://europa.eu/citizens-initiative/initiatives/details/2020/000005_es
- ²³ <https://noprofitonpandemic.eu/es/>
- ²⁴ <https://cambiopolitico.com/la-omc-sigue-dilatando-la-exencion-de-las-patentes-para-la-covid/174381/>
- ²⁵ OMS Prensa <https://www.who.int/es/news/item/01-10-2020-the-best-time-to-prevent-the-next-pandemic-is-now-countries-join-voices-for-better-emergency-preparedness>
- ²⁶ https://www.eustat.eus/elementos/ele0003500/indicadores-de-gasto-en-proteccion-social-por-pais/tbl0003523_c.html
- ²⁷ <https://www.msbs.gob.es/profesionales/farmacia/DatosGlobal/GlobalDiciembre2020.htm>
- ²⁸ <https://www.msbs.gob.es/profesionales/farmacia/ConsumoHospitalario/CHDiciembre2020.htm>
- ²⁹ https://www.diariofarma.com/gasto-farmaceutico?utm_source=diariofarma&utm_medium=web&utm_campaign=smartlink
- ³⁰ <https://stats.oecd.org/Index.aspx?lang=fr&SubSessionId=70eb8b00-a959-419a-996e-e9df2945d232&themereid=9>
- ³¹ <https://timeseries.wto.org/>
- ³² https://economipedia.com/ranking/empresas-mas-grandes-del-mundo-2021.html?utm_source=Web&utm_medium=Sidebar&utm_campaign=Sugeridos Home&utm_term=Definiciones Destacadas
- ³³ <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud>
- ³⁴ https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla30_2.htm