

Nº. 30
MAYO 2024

✕ @AsocAJM
✕ @AjmRevi

Asociación Acceso
Justo al Medicamento.
Pza de las Cortes 11. 4º.
28014 Madrid

ACCESO JUSTO REVISTA AL MEDICAMENTO

AAJM

<http://accesojustomedicamento.org>

ISSN 2697-1712

MONOGRÁFICO DEDICADO A LOS PAGOS DE LA INDUSTRIA
FARMACÉUTICA A LOS PROFESIONALES SANITARIOS



“Multinacionales
farmacéuticas
introducen sus
medicamentos en
el SNS a golpe de
talonario”

Ángel María Martín Fernández-Gallardo

SUMARIO

EDITORIAL

- (3) La ética (bioética) y la prescripción médica en el Sistema Nacional de Salud: referencia especial al principio de justicia. Javier Sánchez Caro.
- (11) Los monográficos de la revista AJM, una nueva etapa en el desarrollo.... Comisión de Redacción.



MONOGRÁFICO rAJM

- (14) La red oscura que las multinacionales farmacéuticas ocultan tras los pagos a profesionales sanitarios: sus líderes de opinión en el SNS y su red de intereses al descubierto. Ángel María Martín Fernández-Gallardo.

OTRAS FUENTES

- (85) ¿Por qué nuestros medicamentos son tan caros? Spoiler: No por las razones que te dicen... - PMC. Els Torreele.

ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO, revista editada por la Asociación Acceso Justo al Medicamento (AAJM). **Publicación digital mensual.** Plaza de las Cortes 11. 4º. 28014 Madrid.

Comisión Editorial: Fernando Lamata Cotanda, (presidente), María Julia Bertomeu, Manuel Cabrero, Soledad Cabezón Ruiz, Alicia Delgado Gómez, Carmen Esbrí, Ramón Gálvez Zaloña, Eva Iraízoz, Joan-Ramón Laporte, David Larios Risco, Vanesa López, Juan Manuel Martínez Melero, Pablo Martínez Segura, Jesús-Martino Sánchez Martínez, Abel Novoa Jurado, Francisco Puigventos, Pedro Rey, Juan José Rodríguez Sendín, Roberto Sabrido Bermúdez, Javier Sánchez Caro y Jaime Vidal.

Comisión de Redacción: Ramón Gálvez Zaloña (coordinador), Soledad Cabezón Ruiz, Gerardo Colás Madrid, Alicia Delgado Gómez, José Manuel Estrada Lorenzo, Ángel María Martín Fernández-Gallardo, Pablo Martínez Segura, Jesús-Martino Sánchez Martínez y Serapio Severiano Peña. Edición, diseño y maquetación: Pablo Martínez Segura.

ISSN: 2697 - 1712

Normas para autores: ([PINCHE AQUÍ](#)).

Correspondencia: comisionredaccionaajm@gmail.com

Las opiniones expresadas en los artículos firmados son de exclusiva competencia y responsabilidad de sus autores. El punto de vista de la AAJM queda reflejado en el editorial.

Textos originales: **Licencia Creative Commons Atribución-No-Comercial—SinDerivadas 3.0 Unported.**

Suscripciones ([PINCHE AQUÍ](#)). Al enviar sus datos personales se está dando de alta como suscriptor de la Revista ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO. La finalidad de los datos que le solicitamos es enviarle nuestra publicación por correo electrónico. Al enviarnos su solicitud da su consentimiento expreso para utilizar sus datos con esta finalidad. En todos los envíos de la publicación de nuevos números se dará la opción de darse de baja y que estos datos sean eliminados de nuestra base. Bajo ningún concepto estos datos serán compartidos con terceros. En todo momento, podrá ejercer sus derechos de rectificación, acceso, limitación o supresión mediante el Buzón accesojustomedicamentos@gmail.com. Los datos de carácter personal que nos aporte mediante este formulario serán protegidos por AAJM, con domicilio en Plaza de las Cortes, 11 4º, 28014 Madrid, como responsable de su manejo.

Nº 30. NAYO 2024. **[Histórico de revistas](#)**

Web amigas: [NO ES SANO](#), [SALUD POR DERECHO](#), [NO PROFIT ON PANDEMIC.EU](#), [THE PEOPLE'S VACCINE](#), [OMC](#).



EDITORIAL

La ética (bioética) y la prescripción médica en el Sistema Nacional de Salud: referencia especial al principio de justicia



Javier Sánchez Caro.

Abogado. Vocal de la Junta Directiva de la AAJM. Presidente del Comité de Bioética de Castilla La Mancha.

1.-Introducción

En el presente trabajo abordamos algunas cuestiones referentes a la ética de las prescripciones médicas en el Sistema Nacional de Salud (SNS), aunque pudieran extenderse, con algunas matizaciones también al ámbito privado. La razón de tal abordaje radica, fundamentalmente, en la especial importancia que tiene en el SNS la universalización de la asistencia, a lo que habría que añadir la limitación de los recursos, pues ambos principios caracterizan, como es conocido, los servicios públicos de salud en el contexto del llamado estado de bienestar, de cuyo contenido constituyen uno de sus pilares fundamentales, junto con la educación y los servicios sociales en su sentido más amplio (incluida la atención a la dependencia).

Se trata de asuntos que hay que situar en el marco de lo que se conoce como éticas aplicadas, aquí situados en el plano de la micro ética y en su versión de ética clínica, obviando, ahora, la mayor parte de los problemas que surgen de la ética de la gestión o meso ética y los resultantes de las políticas sanitarias, que pueden configurarse en el nivel de la macro gestión. En este último e importante plano, de acuerdo con los poderes que emanan de nuestra Constitución, se delimita el esfuerzo presupuestario y la consiguiente línea de prioridades en las que se articulan de manera normativa, a través de las leyes, las tensiones sociales sanitarias.

Reiteradamente, a través de numerosos artículos y reseñas de esta Revista, venimos sosteniendo la conveniencia y la necesidad de articular nuevas y distintas políticas sanitarias, adoptadas mediante cambios normativos de orden internacional, afianzadas en la Unión Europea y reforzadas en el ámbito nacional, a través de las cuales se modifique el sistema actual de patentes y se ponga fin a los precios abusivos de los precios de los medicamentos y al abuso de posición dominante actualmente existente, como única forma de afianzar la sostenibilidad a medio plazo de los sistemas públicos de salud.

En el presente caso, como ya se advertía, se tratan, únicamente, algunos problemas éticos que surgen en el seno de la relación clínica. Sin embargo, conviene ya advertirlo, la correcta forma de actuar en lo referente a la prescripción médica de medicamentos contribuye también, en gran medida y sin ninguna duda, a la sostenibilidad antes referida, por lo que el establecimiento de buenas prácticas en este campo se debe perseguir como un medio adecuado y conducente a dicho fin.

2.- Principialismo, casuismo y prescripción médica

Para adentrarnos en las cuestiones éticas relativas a la prescripción médica de medicamentos partimos de la teoría principialista, la más conocida en el ámbito sanitario, y que se traduce, como es conocido, en la formulación de cuatro principios:

autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, que no son otra cosa que el resultado de la creación por parte del Congreso de Estados Unidos de una Comisión Nacional encargada de identificar los principios éticos básicos que deberían guiar la investigación con seres humanos en las ciencias del comportamiento y en biomedicina (1978). Su formulación canónica arranca del libro escrito (1979) por Beauchamp y Chidress, dándoles a todos ellos una formulación suficientemente amplia para que pudieran regir no solo en la experimentación con seres humanos, sino también en la práctica clínica y asistencial.

Sin entrar ahora en los pormenores de dicha teoría, conviene recordar que se trata de principios que obligan siempre y cuando no entren en conflicto entre sí, en cuyo caso se jerarquizan de acuerdo con la situación concreta, esto es, no hay reglas previas que den prioridad a un principio sobre otro, y de ahí la necesidad de llegar a un consenso entre todos los implicados, lo que constituye el objetivo fundamental de los comités de ética.

La teoría Casuística entiende que el principialismo no funciona en la práctica clínica, en la que el profesional lo que sabe hacer es analizar cada caso con el fin de hacer un diagnóstico y prescribir un tratamiento. Si el problema, dicen sus seguidores, no es meramente clínico porque en él están integrados aspectos éticos, solo hace falta ensanchar la perspectiva y atender a estas nuevas circunstancias sin variar el método Jonsen, Siegler y Winslade.

En consecuencia, su propuesta es que cada caso clínico, sobre todo los que plantean un problema ético, sea analizado a la luz de cuatro parámetros: las indicaciones médicas, las preferencias del paciente, la calidad de vida y los aspectos contextuales, definidos estos como el contexto social, el económico, el jurídico y el administrativo en que se enmarca el caso.

Se comprende el punto de vista de esta teoría en la medida en que es muy difícil, en

ocasiones, descender a las cuestiones concretas desde principios cuya validez deriva en gran parte de su abstracción. Sin embargo, sin mucho esfuerzo, los criterios particulares utilizados pueden reconducirse a los cuatro principios clásicos enumerados, aunque es cierto que desde una perspectiva no tan general: la no maleficencia equivale a hacer un diagnóstico y proponer un tratamiento; la beneficencia equivale a considerar qué calidad de vida tiene y le espera al paciente; la autonomía significa tener en cuenta las preferencias del paciente y la justicia implica pensar en el contexto social y cultural que rodea al paciente (Victoria Camps)

3.- La prescripción médica de medicamentos y los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia

La prescripción médica en el SNS es un acto complejo en el que es posible distinguir diferentes actores que, de una u otra manera, influyen o pueden influir en la decisión médica: la Administración sanitaria, el paciente, la industria farmacéutica y los especialistas hospitalarios respecto del médico de atención primaria. Todos ellos, en mayor o menor medida, pueden plantear problemas éticos en la prescripción. (Para un examen de la influencia de la industria en la prescripción de medicamentos, nos remitimos al trabajo publicado en esta revista por Ángel María Martín Fernández “Los pagos a profesionales y organizaciones sanitarias: el mercado de las pulgas de las multinacionales farmacéuticas”, (rAJM n° 25, noviembre-diciembre de 2023).

A lo dicho hay que añadir la necesidad de disponer de una actualización de los conocimientos (“estar al día”) y de habilidades de escucha y comunicación con el paciente.

Por lo demás, es conocido que una buena prescripción debe perseguir una serie de objetivos: máxima efectividad, mínimos riesgos, menor coste posible y respeto a la autonomía del paciente (Martín Moreno, 2001). Todos estos valores pueden entrar en conflicto en un caso concreto, por lo que el facultativo tiene que disponer de

herramientas éticas para, en un plazo de tiempo medido, encontrar la solución más equilibrada y respetuosa con ellos.

3.1.- La prescripción médica y el principio de no maleficencia

El principio de no maleficencia, relacionado con la máxima hipocrática del *Primum non nocere*, conlleva la obligación de no hacer daño intencionalmente o por negligencia, constituye el fundamento o principio básico de todo sistema moral (hacer el bien y evitar el mal) y se traduce en las obligaciones de no matar, no causar dolor o sufrimiento o discapacidad, no ofender y no privar a otras personas de los bienes de la vida.

En consecuencia, la prescripción está sujeta a las limitaciones resultantes de dicho principio en una cadena en la que el primer eslabón corresponde a los poderes públicos, que solo deben autorizar medicamentos seguros y eficaces y cuya prescripción supere sin duda alguna el balance riesgo-beneficio, pues es sabido que, en general, los medicamentos, aunque estén indicados en el caso concreto, pueden producir también efectos negativos para la salud del paciente.

Más aún, el médico debe poner en conocimiento de las autoridades sanitarias los efectos adversos de los medicamentos no previstos en el momento de la autorización, lo que supone para el facultativo conocer las interacciones y contraindicaciones de los fármacos y actuar con prudencia en la utilización de nuevos fármacos, que suelen generar un mayor gasto y cuya prescripción puede estar inducida por el fabricante, además de que su eficacia ha sido probada

en los ensayos clínicos sin demostrar todavía su efectividad en las condiciones de uso habituales (Ruiz Ortega y Lucena León, 2020).

3.2.-La prescripción médica y principio de beneficencia

La beneficencia no es otra cosa que la virtud de hacer el bien. Las personas son tratadas de una forma ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo un esfuerzo para asegurar su bienestar. Sin embargo, el término “beneficencia” es a menudo entendido como un acto de bondad o caridad, que va más allá de la estricta obligación.

Los autores del principialismo sostienen que, aunque muchos actos de beneficencia son voluntarios, existe una obligación general de ayudar a los demás a promover sus intereses legítimos e importantes. Es decir, en algunos casos es obligatoria: proteger y defender los derechos ajenos, prevenir los daños que podrían afectar a terceras personas, eliminar las condiciones o situaciones que pudiesen dañar a otros, ayudar a las personas discapaces o con deficiencias o rescatar a las personas que están en peligro. Es evidente, además, que las intervenciones médicas, la prescripción entre ellas, conllevan, por lo general, riesgos y complicaciones, por lo que hay que tener en cuenta el principio de proporcionalidad, esto es, tal y como afirmábamos antes, que los beneficios superen los riesgos o daños que pudiesen seguirse de las distintas actuaciones. Por lo demás, una prescripción correcta debe reducir al máximo la incertidumbre que planea muchas

veces en la relación clínica, armonizando la eficacia con la efectividad.

La prescripción médica, por tanto, debe estar en relación directa con la indicación adecuada, lo que supone actuar dentro de la medicina basada en pruebas, siendo incompatible usar como principal fuente de información la suministrada por la industria farmacéutica (Carmona de la Morena, 2012).

En nuestro Derecho Penal (consultado en mayo de 2024), la diferencia entre la beneficencia obligatoria y el ideal moral, no obligatorio, la encontramos establecida con claridad en la definición del delito de omisión del deber de socorro (artículo 195):

1.- El que no socorriere a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiese hacerlo sin riesgo propio ni de terceros, será castigado con la pena de multa de tres a doce meses.

2.- En las mismas penas incurrirá el que impedido de prestar socorro, no demande con urgencia auxilio ajeno.

3.- Si la víctima lo fuere por accidente ocasionado fortuitamente por el que omitió el auxilio, la pena será de prisión de seis meses a un año y multa de seis a doce meses, y si el accidente se debiera a imprudencia, la de prisión de seis meses a dos años y multa de seis a veinticuatro meses.

También establece la obligatoriedad el Código de deontología médica (2022, artículo 5.1):

Todo médico, cualquiera que fuese su especialidad o la modalidad de su ejercicio, debe prestar ayuda de urgencia al enfermo o accidentado.

3.3.- La prescripción médica y el principio de autonomía

Las personas deben ser tratadas como entes autónomos y, en segundo lugar, aquellas cuya autonomía está disminuida deben ser objeto de protección. Una persona autónoma es aquella capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación. Respetar la autonomía es dar valor a sus opiniones y elecciones así consideradas y abstenerse de obstruir sus acciones a menos que produzcan un claro perjuicio a otros. Por el contrario, mostrar falta de respeto por un agente autónomo es repudiar los criterios de estas personas, negar a un individuo la libertad de actuar según tales criterios o hurtar la información necesaria para que pueda emitir un juicio, cuando no hay razones convincentes para hacerlo (Informe Belmont, 1978).

En relación con la prescripción, hay que partir de la presunción de capacidad de los pacientes (sin entrar ahora en los problemas concretos que se plantean en el caso de los menores de edad o personas discapacitadas necesitadas de apoyo). En consecuencia, previa la información adecuada, pueden consentir o rechazar el tratamiento.

Naturalmente, el principio de autonomía (y los demás principios también, como ya se advirtió) no es un principio absoluto y puede ceder en la ponderación o balance que se haga en determinadas circunstancias. Por lo que ahora interesa, conviene dejar claro que en el curso de la relación clínica hay que distinguir dos esferas diferentes, aunque el objetivo de

ambas esté dirigido al mismo fin: la curación o alivio del paciente en la medida de lo posible.

La esfera médica está delimitada por su plena autonomía técnica y científica (en España, así lo establece el Código Deontológico y la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, 2003) y se traduce en su deber de actuar conforme a las reglas del arte médico (*lex artis*), esto es, conforme a los conocimientos actualizados que técnicamente estén indicados en el caso. Solo el facultativo puede determinarlos y nadie puede pedirle que no los utilice o que los limite o los ejerza, por ejemplo, en la forma que determine el paciente. Claro está que, siempre que existan alternativas, asesoradas por el médico, la decisión corresponde al paciente, pero lo que se afirma es que la esfera técnica es un dominio exclusivo del médico.

La esfera del paciente, como señalábamos, requiere con carácter previo a su toma de decisión la información adecuada, leal e inteligible que le permita con libertad manifestar su voluntad. Es un encuentro entre una confianza y una confianza. Una alianza terapéutica que se debe forjar en un clima adecuado en el que no hay espacio para vencedores y vencidos. Camina desde la asimetría original (el médico “sabe” y el paciente “no sabe y sufre”) hasta la horizontalidad mayor posible en su desenlace.

La soberanía del paciente se traduce en solicitar cuanta información precise, pues en el encuentro oral no hay límite, a diferencia del consentimiento

escrito, pudiendo dar o no dar su consentimiento o rechazar las pruebas o el tratamiento. En todo caso, el facultativo debe informarle de las posibles consecuencias, sin que el paciente pueda decirle cómo tiene que actuar.

Ya se ha comentado que la ética, la deontología y la ley ratifican lo dicho. En el caso español, ha sido declarado, además, por el Tribunal Constitucional (1996) al afirmar que los pacientes no pueden interferir en las reglas del arte de la profesión sanitaria, con independencia de que el paciente pueda o no aceptar el tratamiento que se le proponga, pues dichas reglas solo pueden decidirse por quienes las ejercen y de acuerdo con las exigencias técnicas que en cada caso se presenten y se consideren. Más aún, las causas ajenas a la medicina, por respetables que sean, no pueden interferir o condicionar las exigencias técnicas de la actuación médica, por lo que el médico no puede realizar prescripciones inútiles inadecuadas o de complacencia.

Expuesto lo anterior, se puede decir sin ambages que la participación de los pacientes resulta crucial para una buena comunicación clínica. Deben, en consecuencia, recibir información y conocimiento adecuados que les libere de la lógica preocupación que supone siempre un tratamiento, máxime cuando se trata de un nuevo medicamento.

4.- La prescripción de medicamentos y el principio de justicia

La justicia consiste en dar a cada uno lo suyo, aquello que de alguna manera le pertenece o le corresponde. Ahora bien, en el ámbito bioético la clase de justicia que

más interesa es la justicia distributiva que se refiere, en sentido amplio, a la distribución equitativa de los beneficios o de las cargas, esto es, a la imparcialidad en la distribución, dándose lugar a una injusticia cuando algún beneficio (por ejemplo, al que una persona tiene derecho, como el caso de la prescripción) es denegado sin una buena razón para ello o cuando algunas cargas se imponen indebidamente. Claro está que los problemas de distribución surgen porque los bienes son escasos y las necesidades múltiples.

El principio de justicia es el más reciente y desconocido en la conciencia médica y en la conciencia colectiva. Sin embargo, es sabido que en el SNS los recursos son escasos en relación con las necesidades, que cada vez se muestran más amplias, variadas y emergentes (como ocurre con los medicamentos), por lo que es necesario establecer criterios adecuados para su administración, con el objetivo último de impedir que su utilización innecesaria impida que lleguen a donde son absolutamente necesarios. En otro caso, esto es, su inútil despilfarro, conlleva el peligro de daño, enfermedad o muerte cuando se contempla el fenómeno desde una perspectiva global o macroeconómica, que permite calificar tales situaciones de inequitativas o injustas.

Todo médico, por tanto, debe tener en cuenta en la prescripción la eficiencia como una obligación moral, sin romper la equidad del sistema, de manera que los recursos se utilicen en beneficio de todos los pacientes que los necesiten, lo que, como es obvio, no impide utilizar un medicamento más caro si se demuestra su absoluta efectividad en el caso concreto.

Debe dejarse constancia de que la utilización de los medicamentos genéricos contribuye a maximizar la eficiencia de la prescripción desde el momento en que, una vez autorizados, tienen la misma calidad, eficacia y seguridad que los medicamentos originales. Sin embargo, a pesar de su

aumento, se constata que no alcanzan el ritmo deseable, debiendo estudiarse las causas de su bajo uso, con la finalidad de dotar al sistema de un elemento de importancia de cara a su sostenibilidad.

Todo médico debe incorporar el principio de justicia a los valores que inspiran la atención a la salud de las personas, pues debe asumir la responsabilidad que le corresponde en la sostenibilidad del SNS, siendo éste el caso de la prescripción de medicamentos. Conviene no olvidar que en la medida en que toma a diario decisiones con significativas consecuencias sobre la distribución de recursos se convierte en gestor del Sistema.

Más aún, la prescripción de medicamentos es el paradigma en la toma de decisiones con amplias repercusiones económicas. Se afirma, en consecuencia, que debe practicar la llamada “ética negativa” ante conductas insolidarias, demandas caprichosas o solicitudes de cuidados inapropiados o innecesarios de los pacientes, pues, si es verdad que el médico ha de actuar como un agente del paciente, no lo es menos que debe hacerlo defendiendo el pensamiento científico y el interés general de la sociedad.

Se deduce de lo anterior que en la educación para la salud de los usuarios o pacientes es conveniente introducir la reflexión acerca del coste-oportunidad que está estrechamente vinculado a la justicia distributiva, pues conviene repetir de nuevo que las decisiones individuales tienen un impacto directo en la sociedad: el destino a una finalidad supone siempre detraerlo de otras.

Para llevar a cabo su labor, el médico debe tener en cuenta los posibles conflictos de interés (por ejemplo, cuando se compatibiliza el ejercicio en el sistema público y en el privado), así como los vínculos económicos que se establecen en el marco de la formación y de la investigación, de manera que sean resueltos con transparencia, sin que su independencia de criterio ofrezca dudas. Por otro lado, cuando realice tareas de asesoramiento, debe dejar aparte su propio

interés y sus propios valores para dar una opinión imparcial basada en datos objetivos. Es verdad que se trata de una cuestión difícil pero no hay excusa cuando no se separa lo personal, por un lado y lo profesional por otro.

Lo expuesto hasta el momento desemboca fácilmente en una serie de consideraciones concretas:

a) Se debe abandonar el modelo clásico o el modelo profesional y abrazar el modelo de responsabilidad

El modelo clásico supone que el médico solo debe lealtad a su paciente por lo que no debe tener en cuenta los costes económicos, sociales o institucionales que, por tanto, deben quedar al margen de la relación clínica y de las preferencias personales de los pacientes.

En cambio, el modelo de responsabilidad profesional se preocupa por la eficiencia, eficacia, efectividad y equidad de las actuaciones asistenciales, resuelve adecuadamente las necesidades de los pacientes y se integra de manera responsable en un clima ético global, que permite la subsistencia del Sistema en un ejercicio de responsabilidad individual y colectiva del que dimanen necesariamente la sensibilidad por la necesaria concepción de la ética de los costes que se manejan.

b) El principio de justicia es compatible con la calidad asistencial

La ética clínica (micro gestión sanitaria) no puede ni debe entrar en conflicto con los principios que rigen la profesión sanitaria ni, por supuesto, con la asignación de recursos llevada a cabo por las políticas públicas (macro gestión sanitaria). O, dicho con otras palabras, la actuación médica, para ser ética en el SNS, debe comprender que está modulada, armonizada o integrada por factores que están más allá de la pura

relación clínica: especialmente, la utilización adecuada de los recursos limitados (eficiencia, sobre todo), el estado actual de la ciencia, o sea, el conocimiento basado en la evidencia (pruebas) y la asignación de recursos derivada de la decisión de los poderes públicos.

La calidad asistencial no solo alude a una atención correcta sino a una atención adecuada: la que se presta cuando la atención médica no está ni por debajo ni por encima de lo que se considera conveniente en términos razonables a la vista del problema clínico concreto (Jonsen et al.).

c) Son, por tanto, conceptos básicos desde el punto de vista de la ética de los costes, los de eficacia, efectividad y eficiencia, sin que hagamos referencia ahora al relativo a la equidad, que se predica del Sistema

De todos los conceptos enumerados en lo referente a la correcta distribución de los recursos y a la ética de los costes, los más importantes son los que hacen referencia a la efectividad y a la eficiencia. A la efectividad, en cuanto que se desconoce la misma en muchas de las actuaciones diarias sin que se disponga de la adecuada información, y a la eficiencia, como se viene exponiendo, porque tiene gran importancia para la obtención de un resultado al menor coste posible (eficiencia en la producción de resultados) y para la distribución óptima de los recursos en el conjunto de las actuaciones (eficiencia en la distribución). Menos problemas plantea la valoración de la eficacia desde el momento en que se comprueba de una forma experimental (ensayos clínicos).

5.- Referencia al Código Deontológico de la OMC (2022)

Parte dicho código, como es lógico, de la libertad de prescripción, “respetando la evidencia científica, las indicaciones

autorizadas y la eficiencia”, pero a continuación dispone que “es contrario a la Deontología Médica solicitar o aceptar contraprestaciones a cambio de prescribir un medicamento o de utilizar un producto sanitario”, aunque “la colaboración con la industria farmacéutica puede ser conveniente en la investigación, el desarrollo y la seguridad de los medicamentos”.

La preocupación por el principio de justicia se recoge de forma sumaria:

“La prescripción que tiene en cuenta aliviar el gasto sanitario es conforme a la Deontología Médica siempre que salvaguarde la calidad asistencial y la libertad de prescripción”.

Mucho más explícito es el comunicado de la OMC sobre la libertad de prescripción (12-01-2022), que contiene, después de advertir que tiene por causa las medidas emprendidas por diversas Comunidades Autónomas tendentes a racionalizar el gasto farmacéutico, una serie de conclusiones de las que se obtiene los siguientes pronunciamientos:

- Los medicamentos que se pueden intercambiar o sustituir tienen similar eficacia, seguridad y calidad entre sí.
- Es necesario en el momento presente emplear la prudencia y la corresponsabilidad ante la incertidumbre por la sostenibilidad del sistema sanitario público.
- La optimización del gasto farmacéutico genera un ahorro económico que debe permitir atender otras necesidades asistenciales.

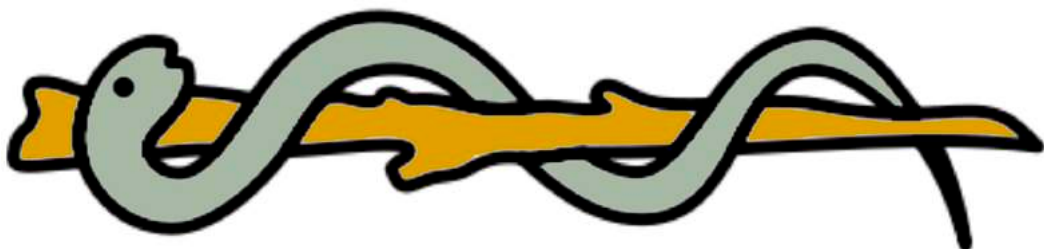
Se trata de afirmaciones a las que no cabe sino adherirse.

Por último, traemos colación por su expresividad el criterio expuesto por Ben Goldacre (Mala farma) recogido en el N° 19 de esta Revista por Vicente Andrés Luis (“¿Podemos aspirar a realizar una prescripción farmacéutica correcta?”):

Nos gusta creer que las entidades reguladoras únicamente autorizan la salida al mercado de fármacos eficaces, cuando, en realidad, aprueban fármacos inútiles y ocultan a médicos y pacientes datos sobre sus efectos secundarios, sin darle ninguna importancia.

Apuntes bibliográficos

- Alabert R. Jonsen et al., *Ética clínica*. Ariel, 2005.
- Victoria Camps, *Breve historia de la ética*. RBA, Barcelona, 2013.
- Javier Sánchez Caro y Fernando Abellán, *Enfermería y paciente*. Editorial Comares, Granada, 2007.
- Tom L. Beauchamp y James Childress, *Principios de ética biomédica*. Masson, 1999.
- P. Ruiz Ortega y M. Lucena León, “Ética de la prescripción”. *Med Fam Andal*, Vol 21.
- Moya Bernal, “Ética de la prescripción”, *IT Sistema Nacional de Salud Volumen 35*.
- J. Carmona de la Morena, “Ética de la prescripción”. *Revista clínica de Medicina de Familia*, vol. 5



EDITORIAL

Los monográficos de la revista AJM



Una nueva etapa en el desarrollo de la revista AJM con el objetivo de proporcionar, a lectoras y lectores, un análisis riguroso de la situación del acceso a fármacos y vacunas en nuestro país en sus diversos aspectos.

Comisión de Redacción.

Con este número iniciamos un área nueva de trabajo, los monográficos de la rAJM, dedicada a la investigación propia sobre diferentes temas relacionados con el objetivo fundamental de nuestra revista: un acceso justo a los medicamentos.

Queremos con este enfoque de producción propia introducir, de forma periódica, un análisis detallado, basado en datos objetivos, de la situación en nuestro país de los diferentes temas que se entroncan con el sistema actual de desarrollo e investigación, producción, *marketing* y distribución de fármacos y vacunas.

Consideramos que será útil para las y los lectores disponer de una aproximación específica en nuestro medio a los temas que habitualmente recogemos en investigaciones del ámbito internacional.

Iniciamos el camino con un trabajo notable de Ángel María Martín, donde analiza los pagos de las multinacionales farmacéuticas a los profesionales sanitarios.

La descripción exhaustiva que realiza Ángel María Martín nos permite comprobar la red intrincada y poderosa, donde se establecen los criterios que van a constituir el elemento fundamental a la hora de la prescripción de los diferentes medicamentos. Conocer con detalle la magnitud e importancia de los pagos y su distribución permite comprender

uno de los eslabones principales que consolidan el modelo actual de monopolio de patentes y precios elevados.

Precisamente, cuando estábamos en el proceso de composición editorial del trabajo de investigación realizado por Ángel María Martín, pudimos leer un artículo de los habituales de Vinay Prasad y sus colegas Timothée Olivier y Alyson Haslam, donde realizan la evaluación y análisis de la metodología y resultados de diferentes estudios clínicos. En esta ocasión, su revisión y análisis se dedica a un ensayo DESTINY~Breast06 que consideran sus autores que muestra claros errores. Pues bien, al final del texto se incluye un párrafo que nos parece completa bien, por la imagen que describe, los resultados que expone nuestro investigador, Ángel María Martín. Veamos: “Las ovaciones en pie son una tendencia creciente en las principales reuniones de oncología. Estas pueden ser el resultado del entusiasmo genuino de los oncólogos e investigadores. Sin embargo, también pueden ser provocados por patrocinadores con intenciones puramente de *marketing*. Como comunidad, debemos ser conscientes de este riesgo y hacer todo lo posible para evitar ser manipulados por intereses industriales, centrándonos en lo que realmente importa a los pacientes. Dadas las limitaciones del diseño del ensayo que describo, espero que no haya una gran ovación después de la presentación del ensayo DESTINY- Breast06.”

Efectivamente, las compañías farmacéuticas intentan conseguir lo que se denominan *blockbuster* (cuya traducción al castellano habitualmente se convierte en los medios de información farmacéuticos en

“éxito de taquilla” o “pelotazo”). Con este término se describen aquellos fármacos que generan grandes beneficios con ventas superiores a los 1.000 millones de euros al año.

“Existen alternativas al modelo actual que permitirían que tanto la investigación, como la formación continuada y el desarrollo profesional de los profesionales sanitarios se llevara adelante con una financiación predominantemente pública, obtenida por ese volumen de ahorro enorme que supone el sobrepeso que pagamos por los medicamentos. De esta manera conseguiríamos evitar la presión sobre los profesionales médicos y las consecuencias indeseables que originan para la salud de los ciudadanos”.



Veamos a continuación un ejemplo. Clarivate, una consultoría de inteligencia empresarial, en su informe *Drugs To Watch* de 2024, identifica 13 nuevas terapias y medicamentos a punto de lanzarse en 2024 que, según sus estimaciones, prevé alcanzarán estatus de éxito de taquilla definido como ventas de mil millones de dólares, o más, para 2029. El análisis incluye candidatos en ensayos de Fase II o Fase III, en fase de preinscripción o registro, o bien ya lanzados en 2023, y también medicamentos ya comercializados con nuevas indicaciones que podrían ser económicamente rentables.

En los últimos años, las grandes biofarmacéuticas han añadido una nueva estrategia de negocio extraordinariamente rentable con el desarrollo de tratamientos para enfermedades huérfanas o raras, cuyo volumen de ventas es bajo, pero sus precios extraordinariamente altos (desde 300.000\$ hasta 2 millones de dólares) los convierten en notablemente rentables.

De acuerdo con las estrategias anteriormente descritas, las prioridades de investigación y desarrollo y la puesta en marcha de proyectos de investigación se han desplazado desde las necesidades de salud a fundamentalmente aquellos nuevos fármacos que puedan conseguir el mayor valor de rentabilidad para inversores y accionistas.

Pero claro, para conseguir este “éxito” se necesita ineludiblemente un *marketing* potente y ahí es donde aparecen las presiones sobre los profesionales médicos que describe Ángel María Martín.

Es necesario, sin embargo, exponer y subrayar de forma clara que la situación, que él describe, se explica por el modelo en el que trabajan los profesionales sanitarios. Efectivamente, el sistema de propiedad intelectual, las patentes, determina el modelo actual de monopolio de mercado para los nuevos medicamentos, el cual permite una fijación de precios discrecional, excesiva y abusiva por las grandes empresas farmacéuticas.

Como señala Els Torreele en un excelente artículo de obligada lectura que incluimos en este número: “los precios altos no son inevitables, sino el resultado de una decisión social y política al confiar en un modelo de negocio con fines de lucro para la innovación médica, vendiendo los medicamentos al precio más alto posible”.

Como venimos recogiendo en diversos artículos de Dean Baker en la revista, el modelo actual de patentes y precios es un grave problema para la salud, ya que “la protección de la patente puede hacer que los medicamentos necesarios para la salud y la vida de las personas sean inasequibles”. Pero también, continúa Baker, refiriéndose a EE.UU, es un serio problema desde una perspectiva económica: “Este año gastaremos más de 600 mil millones de dólares en medicamentos que probablemente se venderían por menos de 100 mil millones de dólares en un mercado libre sin monopolios de patentes o protecciones relacionadas. La brecha de 500.000 millones de dólares equivale a aproximadamente el 2,2 por ciento del PIB. Es más de la mitad del tamaño del presupuesto militar. Es casi nueve veces más grande que el reciente paquete de ayuda para Ucrania. En resumen, es dinero real”

Es evidente, por tanto, que existen alternativas al modelo actual que permitirían que, tanto la investigación como la formación continuada y el desarrollo profesional de los profesionales sanitarios, se llevaran adelante con una financiación predominantemente pública, obtenida por ese volumen de ahorro enorme que supone el sobrepago que pagamos por los medicamentos. De esta manera conseguiríamos evitar la presión sobre los profesionales médicos y las consecuencias indeseables que originan para la salud de los ciudadanos.

Son los elementos expuestos los que convierten al trabajo de Ángel María Martín en un elemento de relevancia, un factor más de importancia, para señalar la necesidad urgente de cambiar el modelo actual de patentes y precios.

MONOGRAFICO rAJM

La red oscura que las multinacionales farmacéuticas ocultan tras los pagos a profesionales sanitarios: sus líderes de opinión en el SNS y su red de intereses al descubierto



Ángel María Martín Fernández-Gallardo.

Inspector Farmacéutico del Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM). Vicepresidente de la AAJM.

Peones de los dioses

En la mitología griega Peón era el sanador de los dioses (1) y se le atribuye haber curado a Ares, dios griego de la guerra herido por Diomedes, y a Hades, dios griego del inframundo herido por Hércules, que en agradecimiento le convirtió en flor, la peonia, o rosa de Alejandría. Pero hoy en día los nuevos dioses han acumulado tanto poder que pueden permitirse disponer de un ejército de peones para ese fin, aunque su agradecimiento no es tan poético, sino económico.

¿Alguien puede creer que sea fruto del azar que el 18,5% del gasto farmacéutico hospitalario sea en Oncología y el 11,5% en Hematología, y que la inversión de las multinacionales farmacéuticas en líderes de opinión de oncología y hematología sea también del 18,6% y el 11,6%? ¿Para quién trabaja alguien que cobra 50.000€ de un pagador y más de 100.000€ de otro? ¿Trabaja en exclusividad para un pagador del que cobra 50.000€ quien recibe además 15.000€ de otro? ¿A quién asesora alguien que no cobra nada por asesorar a un pagador y sí 100.000€ de otros? Si 1 de cada 10 oncólogos médicos que trabajan en el Sistema Nacional de Salud, 1 de cada 12 reumatólogos, 1 de cada 15 dermatólogos y 1 de cada 20 hematólogos reciben más de 15.000€ de las multinacionales farmacéuticas ¿Trabajan sólo para el SNS?

Lo que para la mayoría de la gente está más claro que el agua: cuando el otro pagador son las multinacionales farmacéuticas lo convierten en un jeroglífico que cubren bajo el palio de las transferencias de valor para tratar de convencernos de que todos estamos equivocados, pero no lo estamos. En este artículo se desvela que, oculta bajo ese palio, las multinacionales farmacéuticas tejen una amplia, compleja y extensísima red social de intereses que mantienen pagando lo que llaman transferencias de valor a profesionales sanitarios, cantidades importantes en muchos casos y obscenas a 855 de ellos, los nuevos peones de los dioses, líderes de opinión a los que pagan más de 25 millones de euros anuales. Esta red abarca todas las áreas terapéuticas de su interés en gran parte del territorio nacional, de las especialidades sanitarias, de los hospitales de nuestro país, centros de salud, de las juntas de gobierno de las principales Sociedades Científicas (SSCC), de sus Grupos de Trabajo (GGTT), de los principales GGTT y asociaciones profesionales independientes, de ponentes y moderadores de los congresos científicos y llega hasta la mismísima Agencia Española del Medicamento, donde un 10% de su red de expertos para el asesoramiento científico y clínico también son peones de los dioses, y cobraron en 2022 más de un millón de euros de las multinacionales farmacéuticas. ¿Si hasta uno de los profesionales sanitarios del grupo de apoyo técnico del Comité

Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica del SNS, nombrado en 2020, también lo es!

Que sí, que conocemos el mantra, pero ya no cuela. Lo que las multinacionales farmacéuticas llaman transferencias de valores, en el caso de los peones de los dioses, sin serlo, lo más parecido que hay a lo que para los funcionarios sería cohecho; pero bajo el palio de las multinacionales farmacéuticas se obra el milagro y se convierte en valor. ¡Y tanto! Como se verá en este artículo, en materia de pagos a profesionales sanitarios las multinacionales farmacéuticas no dan una sola puntada sin hilo. Y el hilo en el lugar exacto y del grosor que haga falta para sus intereses.

Material, métodos y estructura del trabajo

Para elaborar este artículo se han revisado todas las transferencias de valor por pagos directos o indirectos, en efectivo o en especie, a los profesionales de la salud en España en 2022, efectuadas y publicadas (2) en los informes de transparencia de las 18 primeras multinacionales farmacéuticas mundiales por volumen de ventas por los siguientes conceptos: actividades formativas, reuniones científico-profesionales o prestación de servicios (en adelante ToV).

Se han identificado todos los pagos individuales de cada multinacional a cada profesional, se han estratificado por su importe, se han seleccionado los pagos individuales a profesionales por valor igual o superior a 5.000€ de cada multinacional y se han agrupado por profesional.

De los 855 profesionales sanitarios que han recibido un pago agregado superior a 15.000€ se ha obtenido, de fuentes de información públicas en Internet, si trabaja en un centro sanitario público, su categoría profesional, su especialidad sanitaria, cargos en las Sociedades Científicas y Grupos de Trabajo incluidos en el artículo, así como el resto de la información. Todos los datos de estos profesionales con los que está

elaborado este trabajo se han obtenido íntegramente de fuentes de acceso público en Internet.

De las juntas directivas de las sociedades científicas, de los grupos de trabajo y del resto de las organizaciones, organismos, comités y miembros de congresos sanitarios incluidos en el artículo o mencionados en él se han revisado los pagos que han recibido sus miembros de esas 18 multinacionales farmacéuticas. Con esa información se han elaborado todas las figuras, tablas, mapas y grafos incluidos en él.

El artículo, por su extensión, está dividido en 4 partes (más un epílogo y un anexo), que son las siguientes:

- 1ª parte: La red social de intereses de las multinacionales farmacéuticas en España.
- 2ª parte: El mercado de valores de las multinacionales farmacéuticas con sus ToV.
- 3ª parte: Rentabilizando su inversión.
- 4ª parte: Los congresos sanitarios, su principal teatro de operaciones.

Primera parte: La red social de intereses de las multinacionales farmacéuticas en España

Distribución provincial de los efectivos de la red

Esta red la integran los profesionales sanitarios repartidos por todo el territorio nacional, a quienes cada año las multinacionales farmacéuticas realizan pagos, que en 2022 ascendieron a 103 millones de euros, por conceptos y cantidades muy variables: pago de la cuota de inscripción, del viaje, del alojamiento, pagos todo incluido o pagos por servicios realizados que, en función del interés terapéutico estratégico de la multinacional y el valor que tenga ese profesional para su interés terapéutico estratégico, varían desde el coste de una comida hasta decenas de miles de euros por servicios que le haya realizado. En los Mapas 1 y 2 puede verse la distribución de los efectivos de la red

por provincias, Ceuta y Melilla, así como el elevadísimo número con que cuenta en Madrid y Barcelona, más de 10.000 profesionales sanitarios en cada una.

Mapa 1: Distribución provincial de los efectivos de la red social de intereses de las 18 principales multinacionales farmacéuticas en la Península y Baleares



Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

Mapa 2: Distribución provincial de los efectivos de la red social de intereses de las 18 principales multinacionales farmacéuticas en Canarias.



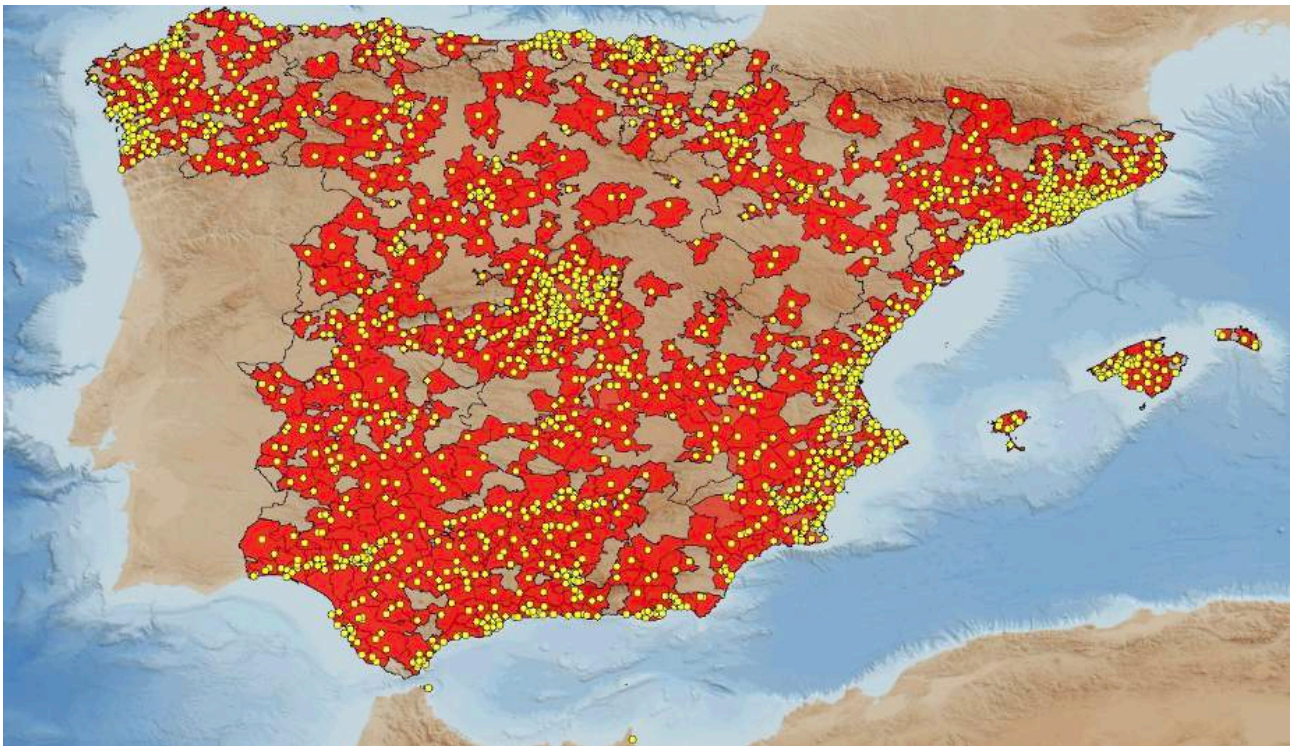
Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

Extensión territorial de la red

Analizando la información de las ToV se puede conocer el municipio donde ejerce cada profesional sanitario al que pagan. Así, es posible saber que abarca 1973 municipios que cubren 1.653 zonas básicas de salud (el 74% de las 2.236 que hay) y donde residen 40.565.715 personas (el 87% de la población española). De este modo, con ella tienen la capacidad de influir, directa o indirectamente, en la práctica totalidad de los tratamientos que se prescriben en nuestro país de sus áreas terapéuticas de interés. Y para ese fin trabajan a tiempo completo con su red social de intereses.

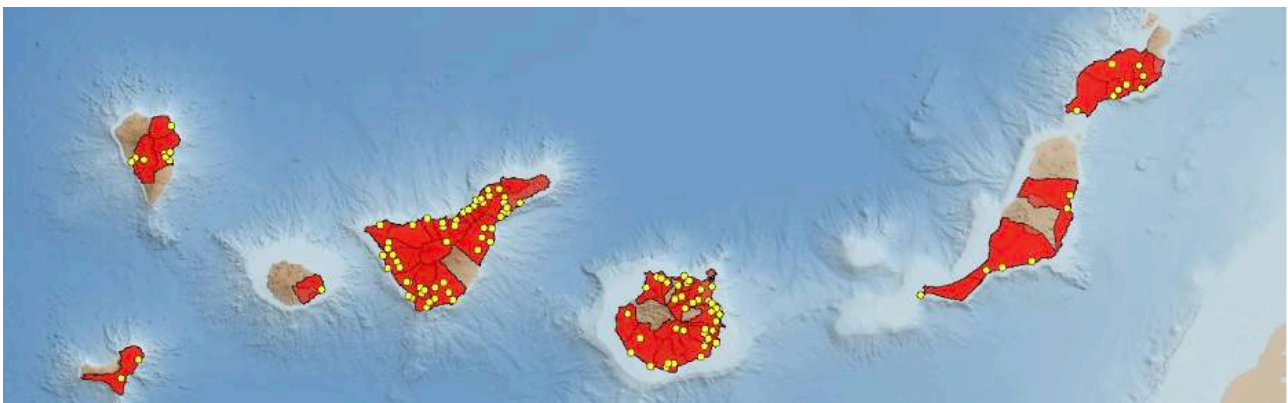
Los Mapas 3 y 4 muestran su implantación y extensión en la Península, Baleares y Canarias; se observa la nutrida implantación que tiene en las zonas más pobladas: todo el litoral mediterráneo, Madrid y su área de influencia, Galicia, Andalucía, la cornisa cantábrica y las principales islas. Los puntos amarillos indican las poblaciones con profesionales sanitarios que recibieron pagos y las áreas en rojo son las zonas básicas de salud que comprenden.

Mapa 3: Extensión territorial de la red social de intereses de las 18 principales multinacionales farmacéuticas en la Península y Baleares



Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

Mapa 4: Extensión territorial de la red social de intereses de las 18 principales multinacionales farmacéuticas en Canarias.

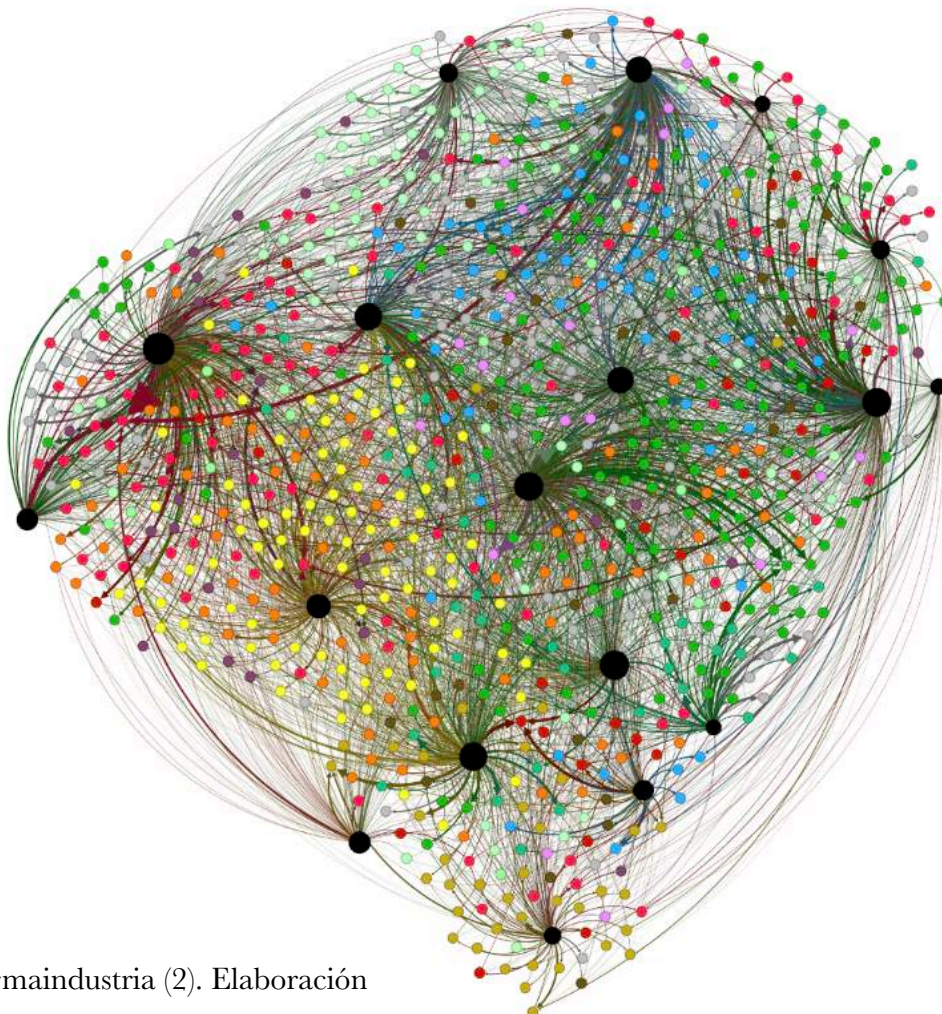


La principal red de pagos de las multinacionales farmacéuticas en España

El Grafo 1 muestra su principal red social de intereses, la de los pagos a los 855 profesionales sanitarios que recibieron más de 15.000€ anuales de estas 18 multinacionales farmacéuticas, a los que realizaron 4.575 pagos. Los nodos grandes negros corresponden a cada multinacional, los nodos pequeños son los profesionales que los recibieron, las flechas indican cada pago y de qué laboratorio lo recibieron, su grosor es proporcional a su importe y la posición, central o periférica, está en relación con el protagonismo dentro de la red. Cada color identifica la especialidad sanitaria del profesional y con ellos ya se aprecian diferencias en los perfiles profesionales en los que invierte sus ToV cada multinacional: endocrinología (dorado) Novonordisk, medicina Interna (verde claro) Gilead, dermatología (amarillo) Lilly, Abvie y Sanofi,

por neumólogos (azul) GSK y AstraZeneca, por hematólogos (rojo) Janssen o por los oncólogos (verde oscuro) Pfizer, si bien estos últimos son objeto de deseo de varias multinacionales que tienen importantes intereses terapéuticos en este campo, que conocen sin duda lo que publica un reciente estudio en EEUU (3) sobre el pago a los oncólogos: *“la prescripción del fármaco asociado aumenta un 4% en los doce meses después de recibir el pago, y el aumento comienza bruscamente en el mes del pago y desaparece al cabo de un año. Un pago de marketing también lleva a los médicos a comenzar a tratar a pacientes con cáncer con una mortalidad esperada más baja. Si bien los pagos resultan en un mayor gasto en medicamentos contra el cáncer, no hay mejoras asociadas en la mortalidad de los pacientes.”* ¿Se puede decir más claro?

Grafo 1: Red social de intereses de las multinacionales farmacéuticas y sus pagos a profesionales sanitarios que reciben más de 15.000€ anuales.



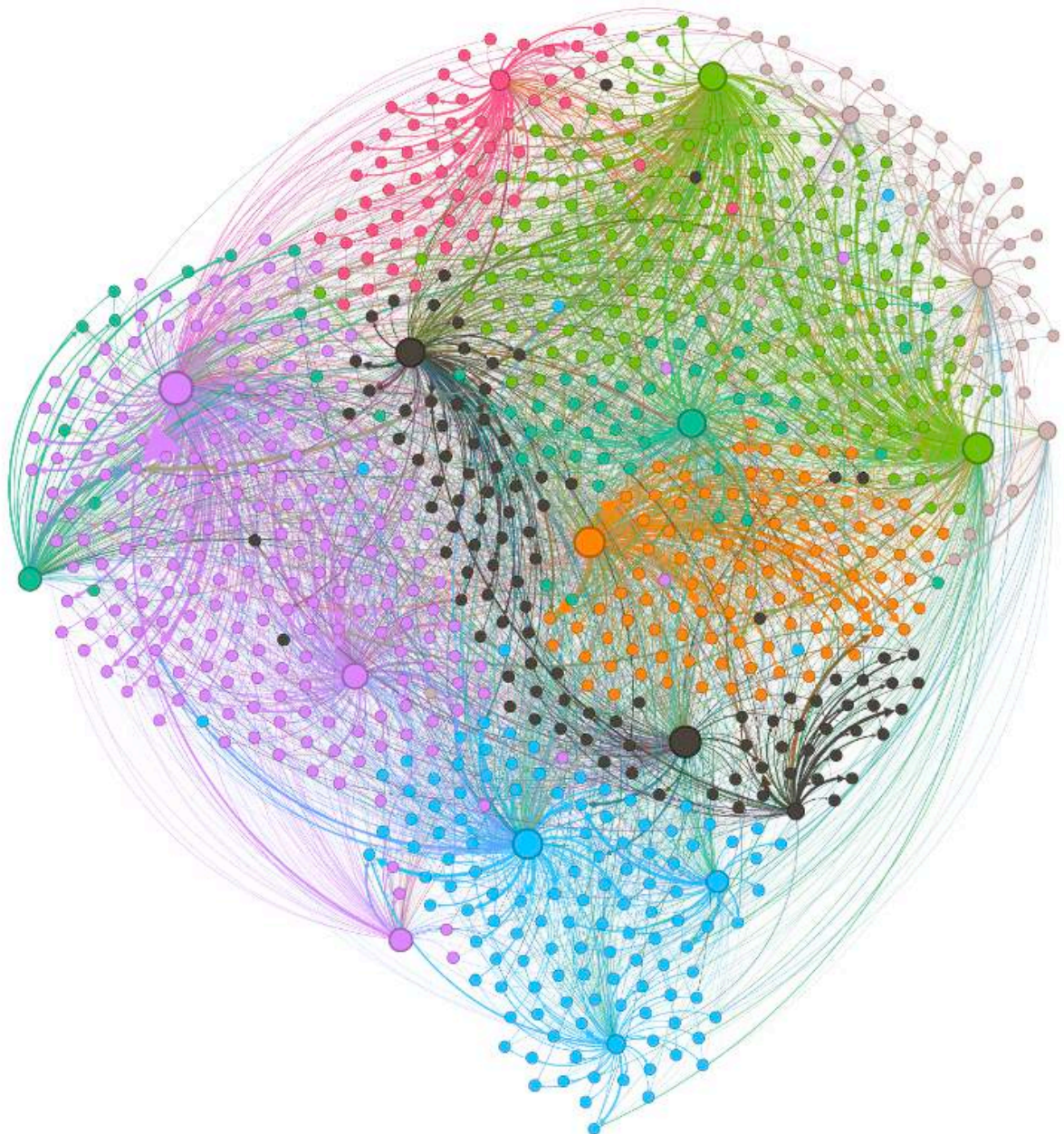
Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

La red oscura que las multinacionales farmacéuticas ocultan tras los pagos a profesionales...

El análisis técnico de modularidad de la red detecta 8 comunidades, identificadas con colores diferentes en el Grafo 2, en las que se interrelacionan de manera más intensa algún laboratorio o grupos de ellos con determinados profesionales sanitarios, y que es coherente con la relación que se observa en el Grafo 1 entre las diferentes áreas terapéuticas de interés de los pagadores y las diferentes especialidades sanitarias o áreas clínicas en las que trabajan esos profesionales. Según este análisis, sólo 2 multinacionales forman grupo propio: Pfizer y Gilead. El resto comparte intereses

comunes con otros: Novonordisk con Lilly y Boehringer; Janssen con Abvie y Amgen; Roche con Bayer y Takeda; Novartis con Sanofi y Merck; MSD con BMS y GSK con AstraZeneca. Y como se verá en la segunda parte de este artículo, este análisis técnico coincide también con sus pagos a los líderes de opinión.

Grafo 2: Red social de intereses de las multinacionales farmacéuticas y sus pagos a los profesionales sanitarios que reciben más de 15.000€ anuales.



Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

Ángel María Martín Fernández-Gallardo

Trabajando su red social de intereses: transferencias de valor y líderes de opinión

En España, el salario medio mensual de los profesionales, científicos e intelectuales fue de 3.122€, según el INE (4) en 2022. Así se puede calcular que, con los 103 millones de euros (5) que las 18 principales multinacionales farmacéuticas dedican anualmente para pagar ToV a profesionales sanitarios, les están retribuyendo con el equivalente a 33.333 pagas anuales, equivalentes al salario anual de 2.750 profesionales sanitarios que, como se verá, reparten de manera muy selectiva. Para determinar el valor que esas cantidades tienen para los profesionales, la mejor unidad de medida es la que emplean sus SSCC cuando determinan el que tienen para ellas los patrocinios de la industria farmacéutica. Así, la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH) considera Patrocinador Oro al que le paga 15.000€, Plata al de 9.000€ y Bronce al de 5.000€ (6), cantidades que se usarán como referencia en este artículo para identificar a los líderes de opinión.

¿Qué es un líder de opinión (KOL) para la industria farmacéutica? Así lo explica una empresa que lleva años trabajando en ese campo (7): “Un KOL es un experto creíble y generador de confianza, con sólidos fundamentos científicos que avalan sus afirmaciones, objetivo, con prestigio y credibilidad para sus colegas. En un proyecto de salud, la presencia del KOL de prestigio contrastado, combinado proporcionalmente con KOL emergentes, se convierte en uno de sus fundamentos básicos, y constituye una garantía de credibilidad y confianza.” La industria farmacéutica utiliza el término "líder clave de opinión" (KOL es el acrónimo en inglés) para referirse a los médicos influyentes que son especialmente eficaces para transmitir mensajes a sus compañeros.

Y ya se sabe que cuando se trata de multinacionales farmacéuticas, hablar de garantía de credibilidad, confianza y eficacia

es sinónimo de hablar de aumentar las ventas de sus medicamentos, que para eso se gastan ese dineral en ellos. Como no es posible conocer el valor económico que cada KOL tiene para cada multinacional farmacéutica, evidentemente mucho y diferente según sea uno contrastado o emergente, teniendo en cuenta los dos apartados anteriores, para este trabajo se ha considerado KOL a todos los profesionales que percibieron más de 15.000€ de las 18 multinacionales farmacéuticas (el equivalente a más de 5 salarios mensuales) o que percibieron de una sola de ellas entre 5.000€ y 15.000€.

Con estas cantidades, con la clasificación de valor de la SEHH (6) y con los pagos publicados en los informes de transparencia de estas multinacionales farmacéuticas, se han clasificado los KOL en:

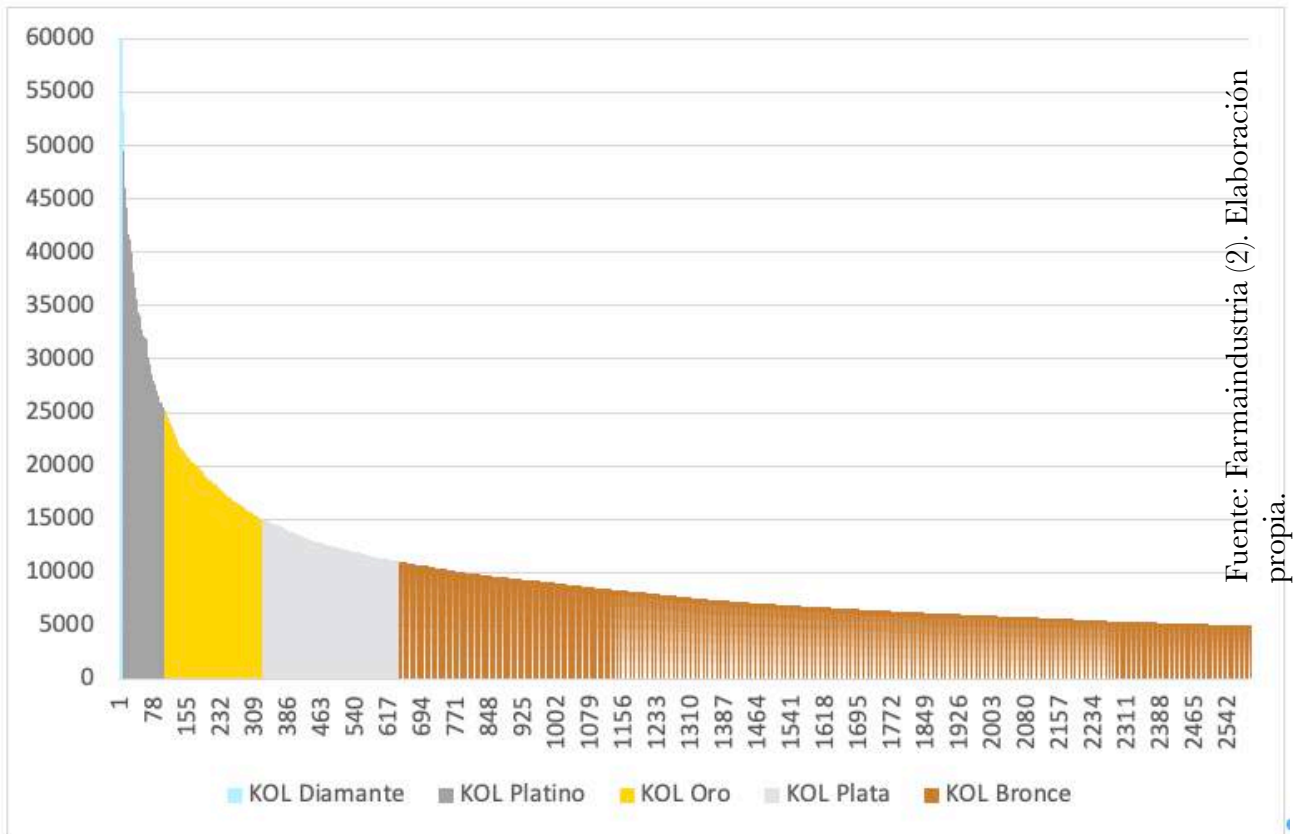
- Diamante: El que percibió >50.000€ de las 18 multinacionales farmacéuticas.
- Platino: El que percibió entre 25.001€ y 50.000€ de las 18 multinacionales farmacéuticas.
- Oro: El que percibió entre 15.001€ y 25.000€ de las 18 multinacionales farmacéuticas o que percibió >15.000 de una sola multinacional.
- Plata: profesional que percibió entre 10.001€ y 15.000€ de una multinacional farmacéutica.
- Bronce: profesional que percibió entre 5.001€ y 10.000€ de una multinacional farmacéutica.

Identificando a los líderes de opinión: las pirámides de pagos de las multinacionales farmacéuticas

Estratificando los pagos por tramos de sus importes, en la Tabla 1 se observa la pirámide de pagos agregada de las 18 multinacionales y con ella se puede identificar el valor que tienen para ellas los profesionales. En España hay 2.789 profesionales sanitarios líderes de opinión (Figura 1), que recibieron pagos superiores a 5.000€ de alguna de estas multinacionales: un 3% acumula el 26,5% del importe total

de sus pagos, mientras que 74.121 profesionales (el 80%), recibieron menos de 1.500€; para 37.935 de ellos (el 40% del total) los pagos fueron inferiores a 500€ y suponen apenas el 8% del importe de todas sus ToV.

Figura 1: Los 2.789 líderes de opinión ordenados por importe de pago y categoría.



Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

Tabla 1: Pirámide de pagos conjunta de las 18 multinacionales farmacéuticas, por tramos.

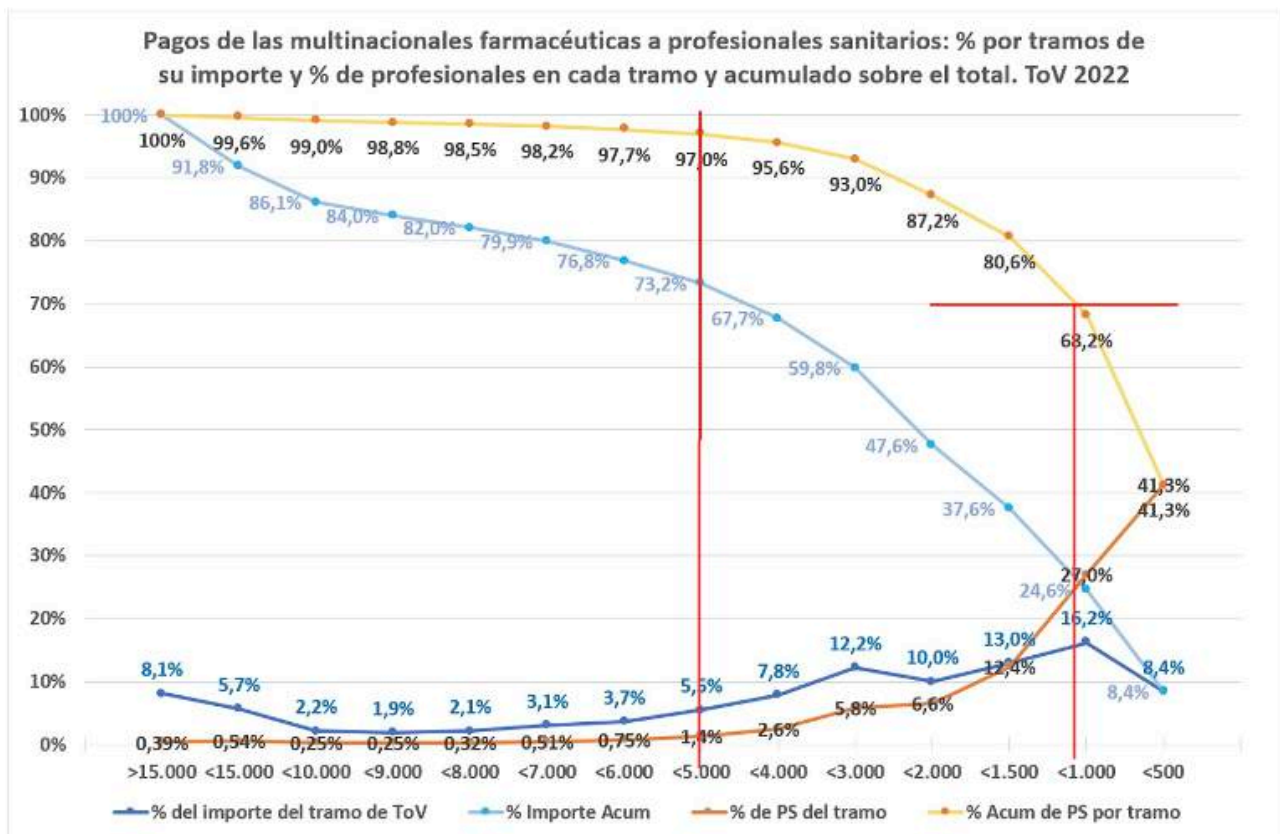
Rango	18 Multinacionales				18 Multinacionales			
	Prof. Sanit.	%	% Acum ↓	% Acum ↑	Importe	%	% Acum ↓	% Acum ↑
>100.000	1	0,00%	0,00%	100,00%	146.397	0,14%	0,14%	100,00%
≥50.000<100.000	8	0,01%	0,01%	100,00%	476.168	0,46%	0,60%	99,86%
≥40.000<50.000	18	0,02%	0,03%	99,99%	770.353	0,74%	1,34%	99,40%
≥30.000<40.000	33	0,04%	0,07%	99,97%	1.299.143	1,25%	2,59%	98,66%
≥25.000<30.000	39	0,04%	0,11%	99,93%	1.139.000	1,09%	3,68%	97,41%
≥20.000<25.000	91	0,10%	0,21%	99,89%	1.761.392	1,69%	5,38%	96,32%
≥15.000<20.000	166	0,18%	0,39%	99,79%	2.805.116	2,70%	8,07%	94,62%
≥10.000<15.000	500	0,54%	0,93%	99,61%	5.921.199	5,69%	13,76%	91,93%
≥9.000<10.000	236	0,26%	1,19%	99,07%	2.226.736	2,14%	15,90%	86,24%
≥8.000<9.000	234	0,25%	1,44%	98,81%	1.972.061	1,90%	17,80%	84,10%
≥7.000<8.000	298	0,32%	1,77%	98,56%	2.214.777	2,13%	19,93%	82,20%
≥6.000<7.000	471	0,51%	2,28%	98,23%	3.038.727	2,92%	22,85%	80,07%
≥5.000<6.000	693	0,75%	3,03%	97,72%	3.755.527	3,61%	26,46%	77,15%
≥4.000<5.000	1.275	1,39%	4,42%	96,97%	5.638.546	5,42%	31,88%	73,54%
≥3.000<4.000	2.345	2,55%	6,97%	95,58%	8.005.235	7,69%	39,57%	68,12%
≥2.000<3.000	5.353	5,82%	12,79%	93,03%	12.757.519	12,26%	51,83%	60,43%
≥1.500<2.000	6.053	6,58%	19,38%	87,21%	10.363.439	9,96%	61,79%	48,17%
≥1.000<1.500	11.382	12,38%	31,76%	80,62%	13.638.951	13,11%	74,90%	38,21%
≥500<1.000	24.804	26,98%	58,74%	68,24%	17.032.430	16,37%	91,27%	25,10%
<500	37.935	41,26%	100,00%	41,26%	9.082.858	8,73%	100,00%	8,73%
Total	91.935				104.045.573			

Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

Representando la información de la tabla 1 en una gráfica (Figura 2) puede observarse que dedican el mismo dinero, casi 28 millones de euros, para pagar a sus 2.789 KOL (ese 3% a los que pagan casi 10.000€ de media), que suelen ir de ponentes y moderadores a congresos, reuniones y comidas de trabajo, que para pagar a los otros 64.916 profesionales (el 70% del total), que reciben una media de 424€ euros de media y son los que llenan los congresos y reuniones de trabajo o llevan de comensales

a sus comidas de trabajo. Emulando a Pascual Maragall y su célebre intervención se podría afirmar que, con los pagos de las multinacionales farmacéuticas a los profesionales sanitarios (que llaman transferencias de valor), el SNS tiene un problema y se llama 3%.

Figura 2: Porcentaje de pagos a PS y porcentaje de PS, por tramos y acumulados.



Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.



La red oscura que las multinacionales farmacéuticas ocultan tras los pagos a profesionales...

En la Tabla 2 se muestra la desagregación, por multinacionales, del número de profesionales por rangos de pagos y el porcentaje que representan.

Tabla 2: Pirámides de pagos conjunta e individual de las 18 multinacionales farmacéuticas.

Rango	Total 18 Multinacionales					Abvie		Amgen		AstraZeneca	
	Número de Profesionales Sanitarios				Importe	Número y % de Profesionales Sanitarios					
	Totales	%	% Acum	% Acum							
>100.000	1	0,00%	0,00%	100,00%	0,15%						
≥50.000<100.000	8	0,01%	0,01%	100,00%	0,50%					2	0,04%
≥40.000<50.000	18	0,02%	0,03%	99,99%	0,76%	2	0,05%			3	0,06%
≥30.000<40.000	33	0,04%	0,07%	99,97%	1,31%	2	0,05%			1	0,02%
≥25.000<30.000	39	0,04%	0,11%	99,93%	1,13%	4	0,10%	1	0,04%	8	0,15%
≥20.000<25.000	91	0,10%	0,21%	99,89%	1,67%	8	0,19%	1	0,04%	10	0,19%
≥15.000<20.000	166	0,18%	0,39%	99,79%	2,62%	13	0,31%			15	0,28%
≥10.000<15.000	500	0,54%	0,93%	99,61%	5,68%	27	0,64%	4	0,14%	44	0,81%
≥9.000<10.000	236	0,26%	1,19%	99,07%	2,18%	13	0,31%	3	0,11%	17	0,31%
≥8.000<9.000	234	0,25%	1,44%	98,81%	1,93%	19	0,45%	2	0,07%	13	0,24%
≥7.000<8.000	298	0,32%	1,77%	98,56%	2,15%	24	0,57%	4	0,14%	25	0,46%
≥6.000<7.000	471	0,51%	2,28%	98,23%	3,05%	38	0,91%	9	0,32%	30	0,56%
≥5.000<6.000	693	0,75%	3,03%	97,72%	3,68%	64	1,53%	10	0,36%	58	1,07%
≥4.000<5.000	1.275	1,39%	4,42%	96,97%	5,52%	102	2,43%	36	1,30%	99	1,83%
≥3.000<4.000	2.345	2,55%	6,97%	95,58%	7,84%	171	4,08%	71	2,56%	161	2,98%
≥2.000<3.000	5.353	5,82%	12,79%	93,03%	12,24%	318	7,58%	131	4,72%	353	6,54%
≥1.500<2.000	6.053	6,58%	19,38%	87,21%	10,03%	382	9,11%	195	7,03%	346	6,41%
≥1.000<1.500	11.382	12,38%	31,76%	80,62%	12,96%	527	12,56%	324	11,68%	706	13,07%
≥500<1.000	24.804	26,98%	58,74%	68,24%	16,21%	909	21,67%	963	34,70%	2.066	38,25%
<500	37.935	41,26%	100,00%	41,26%	8,40%	1.572	37,47%	1.021	36,79%	1.444	26,74%
Total	91.935					4.195		2.775		5.401	

Rango	Bayer		BMS		Boehringer		Gilead		GSK	
	Número y % de Profesionales Sanitarios									
>100.000										
≥50.000<100.000			1	0,06%					1	0,01%
≥40.000<50.000					1	0,02%				
≥30.000<40.000	1	0,03%	1	0,06%	1	0,02%	3	0,11%	7	0,09%
≥25.000<30.000			1	0,06%			2	0,07%	5	0,06%
≥20.000<25.000			2	0,12%	2	0,04%	7	0,25%	11	0,14%
≥15.000<20.000	3	0,09%	3	0,18%	8	0,14%	8	0,29%	25	0,31%
≥10.000<15.000			13	0,79%	10	0,18%	46	1,64%	53	0,66%
≥9.000<10.000	1	0,03%	2	0,12%	4	0,07%	9	0,32%	24	0,30%
≥8.000<9.000	2	0,06%	2	0,12%	12	0,22%	16	0,57%	23	0,29%
≥7.000<8.000			6	0,36%	8	0,14%	12	0,43%	32	0,40%
≥6.000<7.000	5	0,16%	12	0,73%	13	0,23%	32	1,14%	37	0,46%
≥5.000<6.000	5	0,16%	22	1,34%	15	0,27%	32	1,14%	56	0,70%
≥4.000<5.000	17	0,53%	30	1,82%	43	0,77%	51	1,82%	99	1,23%
≥3.000<4.000	23	0,72%	64	3,89%	58	1,04%	104	3,71%	192	2,39%
≥2.000<3.000	67	2,10%	139	8,45%	171	3,07%	202	7,21%	338	4,21%
≥1.500<2.000	83	2,61%	165	10,03%	217	3,89%	227	8,10%	360	4,49%
≥1.000<1.500	185	5,81%	324	19,70%	545	9,77%	361	12,88%	598	7,46%
≥500<1.000	880	27,65%	373	22,67%	1.480	26,54%	971	34,64%	1.856	23,14%
<500	1.911	60,04%	485	29,48%	2.989	53,60%	720	25,69%	4.304	53,66%
Total	3.183		1.645		5.577		2.803		8.021	

Rango	Janssen		Lilly		Merck		MSD		Novartis	
	Número y % de Profesionales Sanitarios									
>100.000	1	0,01%								
≥50.000<100.000	1	0,01%								
≥40.000<50.000	2	0,02%	3	0,04%	3	0,15%				
≥30.000<40.000	3	0,03%	6	0,09%	1	0,05%				
≥25.000<30.000	5	0,05%	3	0,04%			1	0,02%	1	0,01%
≥20.000<25.000	20	0,21%	1	0,01%	4	0,20%	6	0,10%	2	0,03%
≥15.000<20.000	25	0,27%	7	0,10%	5	0,25%	11	0,17%	3	0,04%
≥10.000<15.000	69	0,73%	22	0,32%	22	1,12%	23	0,37%	11	0,14%
≥9.000<10.000	49	0,52%	12	0,17%	12	0,61%	10	0,16%	6	0,08%
≥8.000<9.000	38	0,40%	12	0,17%	8	0,41%	12	0,19%	8	0,10%
≥7.000<8.000	63	0,67%	18	0,26%	9	0,46%	18	0,29%	12	0,15%
≥6.000<7.000	103	1,09%	35	0,51%	14	0,71%	14	0,22%	24	0,30%
≥5.000<6.000	149	1,58%	44	0,64%	23	1,17%	30	0,48%	31	0,39%
≥4.000<5.000	263	2,80%	82	1,19%	55	2,79%	55	0,87%	67	0,84%
≥3.000<4.000	401	4,26%	140	2,03%	88	4,47%	87	1,38%	146	1,84%
≥2.000<3.000	782	8,31%	412	5,97%	182	9,24%	230	3,65%	454	5,71%
≥1.500<2.000	818	8,70%	516	7,47%	185	9,39%	248	3,94%	535	6,73%
≥1.000<1.500	1.288	13,69%	976	14,13%	303	15,38%	519	8,24%	985	12,39%
≥500<1.000	2.249	23,91%	1.581	22,89%	518	26,29%	1.439	22,84%	2.210	27,80%
<500	3.078	32,72%	3.036	43,96%	538	27,31%	3.596	57,09%	3.455	43,46%
Total	9.407		6.906		1.970		6.299		7.950	

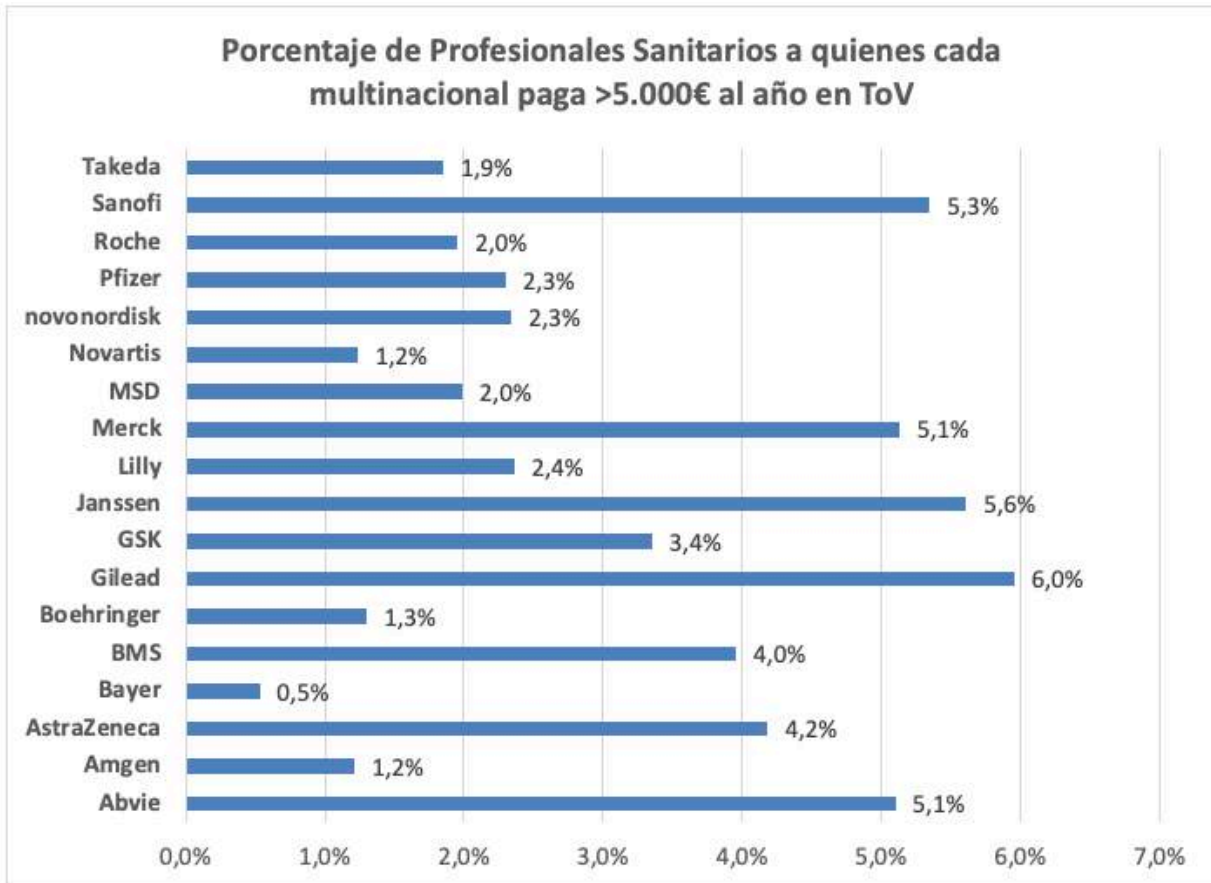
Rango	novonordisk		Pfizer		Roche		Sanofi		Takeda	
	Número y % de Profesionales Sanitarios									
>100.000										
≥50.000<100.000			3	0,03%						
≥40.000<50.000	1	0,02%	2	0,02%	1	0,03%				
≥30.000<40.000			3	0,03%	1	0,03%	3	0,07%		
≥25.000<30.000	3	0,06%	2	0,02%	1	0,03%	2	0,05%		
≥20.000<25.000	2	0,04%	5	0,05%	3	0,09%	7	0,17%		
≥15.000<20.000	4	0,07%	16	0,15%	8	0,25%	9	0,21%	3	0,12%
≥10.000<15.000	16	0,30%	73	0,70%	20	0,62%	44	1,05%	3	0,12%
≥9.000<10.000	18	0,34%	19	0,18%	5	0,16%	29	0,69%	3	0,12%
≥8.000<9.000	16	0,30%	16	0,15%	3	0,09%	27	0,64%	5	0,19%
≥7.000<8.000	7	0,13%	22	0,21%	4	0,12%	25	0,59%	9	0,35%
≥6.000<7.000	20	0,37%	38	0,36%	3	0,09%	32	0,76%	12	0,46%
≥5.000<6.000	38	0,71%	42	0,40%	14	0,43%	47	1,12%	13	0,50%
≥4.000<5.000	59	1,10%	98	0,94%	27	0,84%	62	1,47%	30	1,15%
≥3.000<4.000	118	2,21%	227	2,18%	62	1,92%	149	3,54%	83	3,19%
≥2.000<3.000	274	5,13%	615	5,90%	224	6,95%	301	7,15%	160	6,15%
≥1.500<2.000	294	5,51%	695	6,66%	210	6,52%	341	8,10%	236	9,07%
≥1.000<1.500	693	12,98%	1.462	14,02%	568	17,63%	685	16,27%	333	12,80%
≥500<1.000	1.624	30,41%	2.713	26,01%	895	27,79%	1.328	31,55%	749	28,79%
<500	2.153	40,32%	4.380	41,99%	1.172	36,39%	1.118	26,56%	963	37,01%
Total	5.340		10.431		3.221		4.209		2.602	

Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

Los datos por multinacional muestran que existen importantes diferencias entre sus pirámides de pagos, tanto en porcentaje como en número de profesionales en los rangos de pago. Como se observa en la Figura 3, que muestra el porcentaje de KOL sobre el total de profesionales a los que paga cada multinacional, hay 5 de ellas que

destacan: en Sanofi, Merck, Gilead, Abvie y Janssen suponen más del 5% del total. Por el contrario, en Bayer son menos del 1%.

Figura 3: Porcentaje de profesionales KOL de cada multinacional pagados con las ToV.

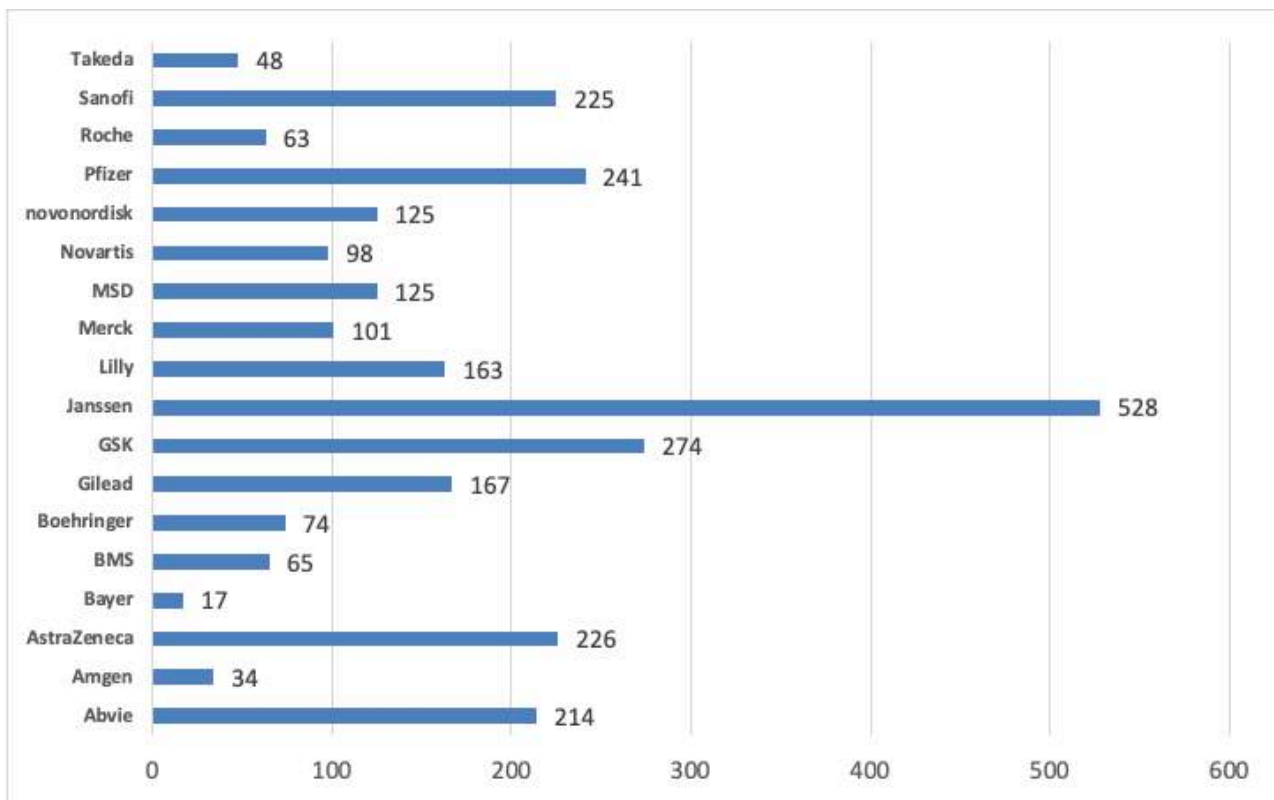


Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.



Esas son las multinacionales que destacan por el porcentaje de KOL que pagan, pero analizando el número total de KOL a los que paga cada una es donde las diferencias se revelan muy importantes. Como se muestra en la Figura 4, destaca Janssen sobre todas las demás, que con pagos a 528 KOL cuadruplica la media del resto y casi duplica a la segunda multinacional que más líderes de opinión paga, GSK. Y entre 6 multinacionales, las que pagan a más de 200 KOL, Janssen, GSK, Pfizer, AstraZeneca, Sanofi y Abvie, acumulan el 75% de todos los pagos a profesionales sanitarios líderes de opinión. Son las líderes en dinero invertido para pagarlos.

Figura 4: Total de profesionales sanitarios líderes de opinión que paga cada



Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.



Cuánto pagan las multinacionales farmacéuticas a los líderes de opinión

En la Tabla 3 se muestra el detalle por multinacional, de los pagos que efectuaron a los 2.789 líderes de opinión que los recibieron y su desagregación por categoría: les pagaron 27.755.772€ en total, con una media de 9.951€. Por categorías, fueron de media 24.125€ a los KOL Oro, 11.815€ a los KOL Plata y 6.857€ a los KOL Bronce. En esta clasificación, un mismo profesional sanitario puede figurar más de una vez ya que los líderes de opinión más cotizados suelen recibir pagos elevados de varias multinacionales: así, por ejemplo, un

profesional puede ser KOL Oro de una multinacional y KOL Bronce de otra, o ser KOL Oro de varias multinacionales.

En este análisis por categorías se observa que la mayor diferencia entre la multinacional que más pagos realiza a KOL, Janssen, y la segunda, GSK, se concentra sobre todo en los KOL Bronce (402 de Janssen frente a 172 de GSK), y que estas dos multinacionales son las únicas que superan el millón de euros en pagos a líderes de opinión de más valor (los KOL Oro).

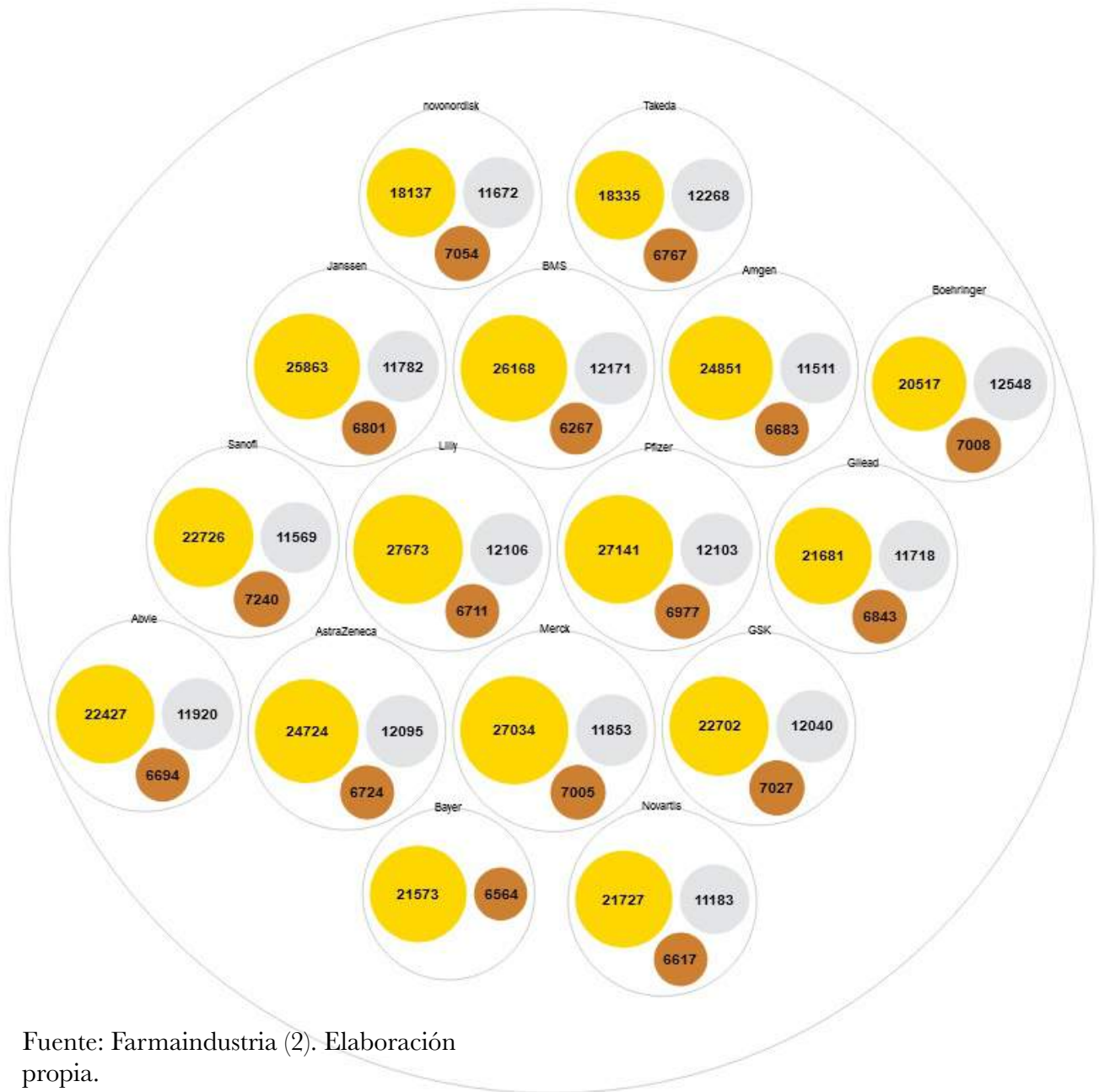
Tabla 3: Número de líderes de opinión e importes que les pagaron las multinacionales

Multinacional	Numero de KoL				Pagos a KoL			
	Totales	Oro	Plata	Bronce	Totales	KoL Oro	KoL Plata	KoL Bronce
Abvie	214	29	27	158	2.029.854	650.386	321.845	1.057.623
Amgen	34	2	4	28	282.881	49.702	46.044	187.135
AstraZeneca	226	39	44	143	2.457.879	964.250	532.163	961.466
Bayer	17	4	0	13	171.624	86.291	-	85.333
BMS	65	8	13	44	643.307	209.346	158.217	275.744
Boehringer	74	12	10	52	736.093	246.206	125.484	364.403
Gilead	167	20	46	101	1.178.639	433.611	539.010	691.118
GSK	274	49	53	172	2.959.162	1.112.403	638.103	1.208.656
Janssen	528	57	69	402	5.021.100	1.474.191	812.953	2.733.956
Lilly	163	20	22	121	1.631.800	553.467	266.328	812.005
Merck	101	13	22	66	1.074.572	351.441	260.772	462.359
MSD	125	18	23	84	1.214.253	434.258	249.990	575.976
Novartis	98	6	11	81	789.374	130.360	123.010	536.004
novonordisk	125	10	16	99	1.066.518	181.367	186.759	698.392
Pfizer	241	31	73	137	2.680.722	841.363	883.495	955.864
Roche	63	14	20	29	611.983	337.756	217.383	198.849
Sanofi	225	21	44	160	2.144.660	477.246	509.048	1.158.366
Takeda	49	3	4	42	388.276	55.006	49.070	284.200
	2789	356	501	1932	27.755.772	8.588.649	5.919.674	13.247.449

Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

En la Figura 5 se muestran los importes medios de los pagos a los KOL Oro, Plata y Bronce de cada multinacional. Se observa que las diferencias entre multinacionales en el caso de los KOL Plata y Bronce son pequeñas (un 16% y un 12% de variación entre los valores mínimos y máximos, respectivamente). Sin embargo, son mucho mayores para los KOL Oro, con diferencias del 50% entre los que pagan más, Lilly, Pfizer y Merck (con más de 27.000€ de media) y los que pagan menos, Novonordisk y Takeda (en torno a los 18.000€ de media).

Figura 5: Importe medio de los pagos de cada multinacional farmacéutica a los líderes de opinión Oro, Plata y Bronce.



Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

Segunda parte: El mercado de valores de las multinacionales farmacéuticas con sus ToV en España

En economía, los mercados de valores permiten la canalización de capital de los inversores a las empresas y en él participan 4 agentes: los demandantes, los ofertantes, los fiscalizadores y los intermediarios. En el mercado de ToV de las multinacionales farmacéuticas, los oferentes (las multinacionales farmacéuticas) disponen de un dinero (las transferencias de valor) para rentabilizar su negocio y lo invierten pagando a los demandantes (los

profesionales sanitarios), que tienen el valor que las multinacionales farmacéuticas necesitan para aumentar las ventas de sus medicamentos y rentabilizar su inversión.

En este mercado, todos los profesionales sanitarios que reciben ToV tienen valor para las multinacionales farmacéuticas, aunque, como en cualquier mercado, su cotización individual es variable y diferente para cada laboratorio dependiendo de muchos factores (especialidad, lugar de trabajo, cargo, categoría, especialización del profesional, etc.), que deciden el valor final que las multinacionales estén dispuestas a pagar a

cada uno. Pero también depende del profesional sanitario sus principios éticos, expectativas y valores, que conforman su disponibilidad para recibir y lo que están dispuestos a aceptar. Además, es un mercado en el que todo queda en casa: los fiscalizadores los pone Farmaindustria y los intermediarios (las Sociedades Científicas, asociaciones sanitarias y grupos de trabajo) también están pagados por las mismas multinacionales en base a los mismos factores (5).

Y como todos los mercados de valores, este también tiene su índice de referencia, el TOV15000, en que se integran los líderes de opinión Diamante, Platino y Oro, con sus cotizaciones individuales y por multinacional, como se irá viendo.

El índice de valores ToV15000 de profesionales sanitarios

En los apartados anteriores se han analizado los pagos individuales que reciben los profesionales sanitarios de cada laboratorio, en total 91.935. De ellos, 2.789 son pagos de un importe igual o superior a 5.000€ (356 superiores a 15.000€, 501 entre 10.001€ y 15.000€ y 1.935 entre 5.000€ y 10.000€). Se han identificado estos pagos elevados y minoritarios en número (que suponen sólo un 3% en número, pero acumulan el 27% del importe de todas las ToV) a través de los pagos individuales que realiza cada multinacional a los líderes de opinión.

Es bastante habitual que los líderes de opinión reciban pagos de más de una multinacional (en el caso más extremo los ha recibido de 16 de ellas) y que con frecuencia también sean elevados. Así, si se contabilizan los pagos acumulados que ha recibido cada profesional sanitario de las 18 principales multinacionales farmacéuticas, se identifica a los KOL15000: 856 profesionales sanitarios que, en España en 2022, recibieron más de 15.000€ de todas las multinacionales farmacéuticas. Ellos integran el que se ha denominado en este artículo “índice ToV15000” del mercado de valores en el que las multinacionales farmacéuticas

invierten los pagos a profesionales sanitarios. Como en todos los mercados de valores, las cotizaciones individuales de cada uno de ellos también son muy diferentes: en 2022, sus cotizaciones mínima y máxima fueron de 15.001€ y 318.918€. En el mercado ToV15000 de las multinacionales farmacéuticas, cotizan los KOL15000 (que son los líderes de opinión consolidados, los de más valor y en los que más invierten). Se trata de los KOL Diamante, Platino y Oro, cuyos valores individuales se muestran en la Figura 6 (se ha interrumpido el valor máximo en 150.000€ para hacer el gráfico más visible), ordenados por el importe del pago y categoría. Su número, pagos totales y pagos medios que reciben los de cada categoría se muestran en la Tabla 3.



Figura 6: Los KOL15000 ordenados por el importe del pago total recibido y por categoría.

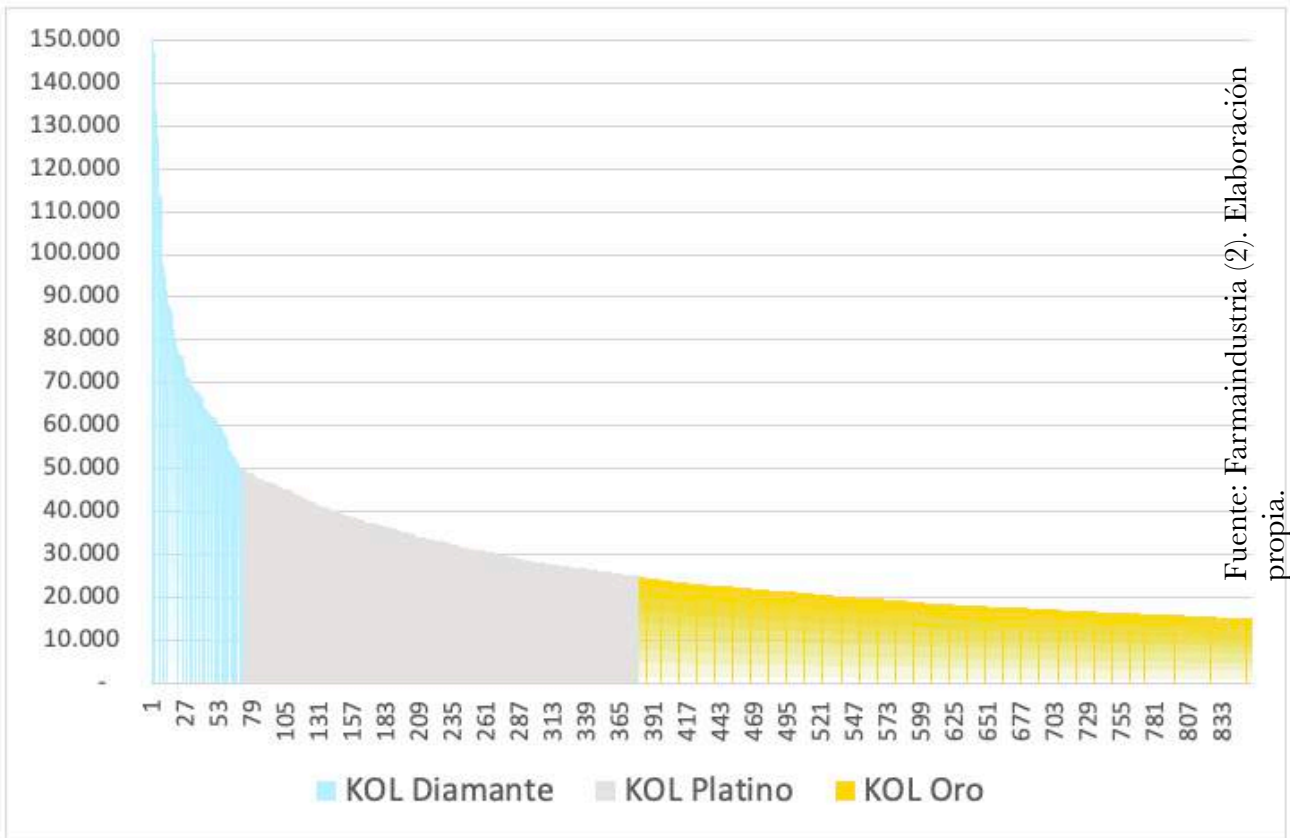


Tabla 3: Número y pagos por categoría a los integrantes del ToV15000.

Categoría KOL	Nº	Pagos Totales	Pago Medio
KoL Diamante	71	5.507.585	77.572
KoL Platino	310	10.604.229	34.207
KoL Oro	475	9.032.712	19.016
KoL15000	856	25.144.526	29.374

Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

Se observa que su cotización media se duplica según aumenta su categoría. En los KOL Diamante incluso hay 9 que cotizan por encima de los 100.000€: son las joyas de la corona del TOV15000, que reciben un pago medio de 147.614€.

En la Tabla 4 se muestra la distribución de los 856 líderes de opinión del ToV15000,

Nº KOL	14	40	100	155	194	147	86	63	24	12	3	7	6	2	2	1
Nº Multinacionales Inversoras	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

Conociendo las especialidades sanitarias de cada KOL15000 se puede conocer la media

según el número de multinacionales que invierten en ellos. Sólo 14 reciben pagos de una sola multinacional: son los lobos solitarios del mercado, líderes de un único dueño que con un sólo pago convierte a 10 en KOL Oro y a 4 en KOL Platino. Con una media de 5,34 multinacionales por KOL, lo más frecuente son los que reciben pagos de 5 multinacionales (22%), lo que demuestra que la mayoría de los KOL15000 tienen un valor colectivo para grupos de multinacionales farmacéuticas con intereses terapéuticos estratégicos similares, como ya detectaba el análisis de su red social y como se irá viendo en los siguientes apartados.

Tabla 4: Distribución de los KOL15000 según el número de multinacionales que les pagan.

de multinacionales que puján por los de cada especialidad y extrapolarlo para conocer los

grupos de multinacionales interesadas por los profesionales sanitarios de cada especialidad. En la Tabla 4 bis se muestran las especialidades y su correspondiente número de KOL, por los que se han interesado como mínimo 5 multinacionales.

Tabla 4 bis: Promedio de multinacionales interesadas por cada especialidad.

Especialidad	Nº de KOL	Media de Multinacionales/KOL	Especialidad	Nº de KOL	Media de Multinacionales/KOL
FHOSP	17	10	ALERG	10	4
CARDI	31	6	DIGES	25	4
HEMAT	99	6	MICRO/INFEC	16	4
NEFRO	12	6	MINT	70	4
ONCO	159	6	NEUMO	60	4
REUMA	84	6	PEDIA	19	4
DERMA	89	5	PSIQU	7	4
ENDOCR	40	5	UROLOG	6	3
NEURO	37	5	MPREV	5	4

Elaboración propia

Los farmacéuticos hospitalarios son los de más amplio espectro (terapéutico para el interés de las multinacionales), con una media 10 multinacionales llamando a sus puertas o dispuestas a abrirlas; en cambio, los urólogos son de espectro reducido, con una media de 3. Se puede suponer que dentro de cada especialidad los KOL más valiosos también tienen un mayor espectro: así, por ejemplo, hay un KOL15000 en farmacia hospitalaria al que llaman o llama a 16 puertas y otros dos a 15, un oncólogo a 14 y un hematólogo y un reumatólogo a 13. También hay un dermatólogo que con 10 pujas duplica la media de su especialidad.

Los líderes de opinión con dueño: multinacionales que controlan a KOL15000

Como se ha visto anteriormente, hay 14 líderes de opinión que tienen un solo pagador y sorprende que los 5 ginecólogos del ToV15000 tengan un solo pagador que se reparten dos laboratorios.. Analizando los pagos que reciben los demás, se comprueba que es muy frecuente que, aunque los

KOL15000 tengan más de un pagador, haya uno que les pague más del 50% del total que reciben de estas 18 multinacionales: es el accionista dominante de ese KOL15000. En términos bursátiles, es la multinacional que tiene la mayoría absoluta de sus acciones y, por lo tanto, la que le controla. Por decirlo llanamente, son KOL con dueño.

Hay 387 KOL15000 con dueño (el 45% de ellos) que reciben más de la mitad del importe de sus pagos de una sola multinacional, como se puede ver en la Tabla 5. Destaca que más de la mitad de los oncólogos médicos y reumatólogos del ToV15000 son KOL con dueño. Con los ingentes beneficios que obtienen las multinacionales de los precios desorbitados que imponen a sus medicamentos, especialmente los biológicos, disfrazado de valor con la bendición del Comité Asesor para la Prestación Farmacéutica del SNS (49), la demanda de KOL en esos tratamientos y especialmente de oncólogos está disparada, como se verá más adelante; de hecho, algunos tienen su especialidad casi recién acabada.

En la última columna se muestra el número de multinacionales con pagos a los KOL15000 de cada especialidad: en definitiva, los accionistas totales de esos valores del ToV15000. Puede observarse que sólo en tres de ellas invierten sus ToV todas las multinacionales: oncología médica, medicina interna y farmacia hospitalaria.



Tabla 5: KOL15000 con dueño por especialidades

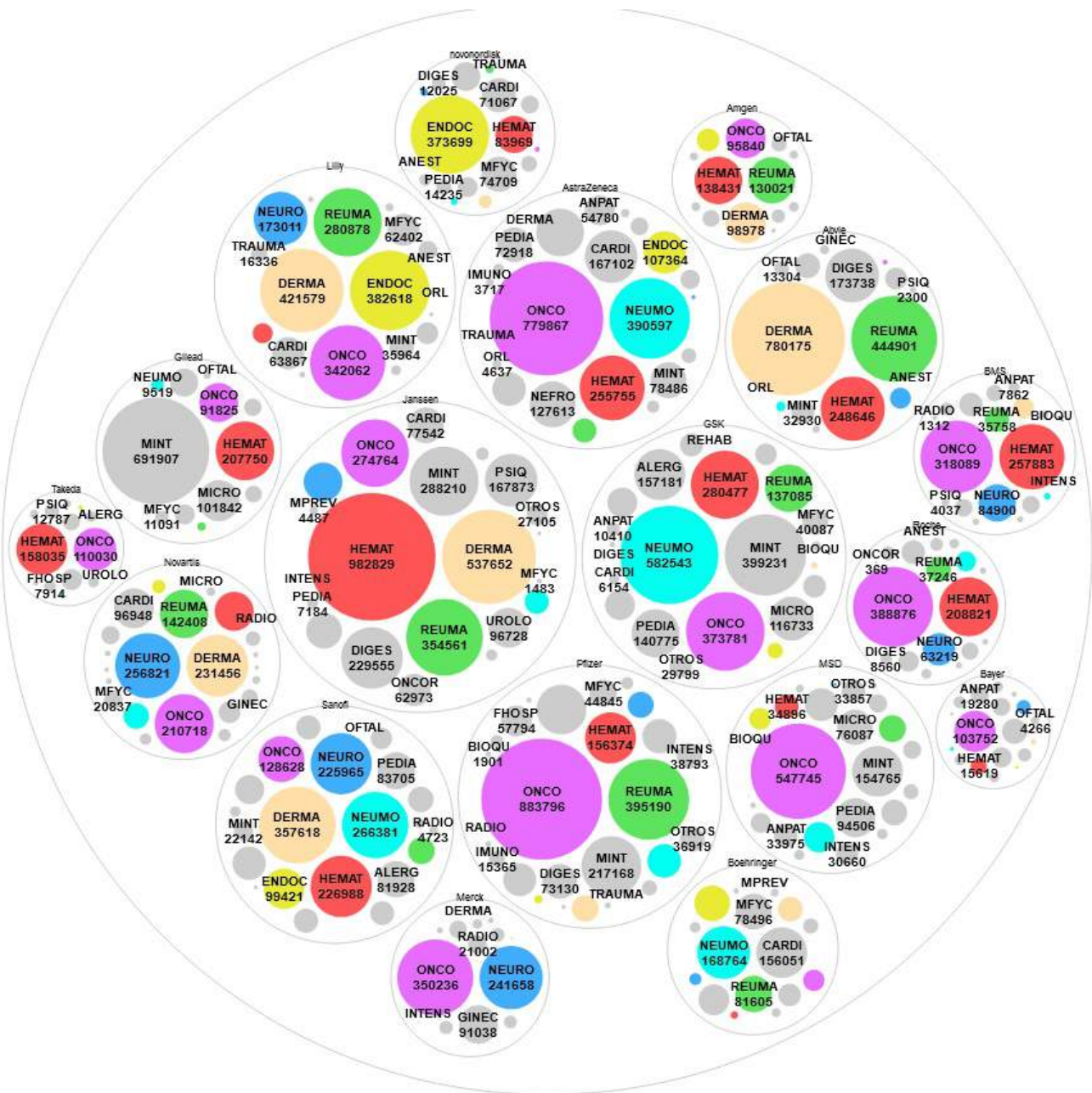
Especialidad	KOL15000 Totales	KOL15000 con Dueño	% Con Dueño	Nº de Accionistas	Especialidad	KOL15000 Totales	KOL15000 con Dueño	% Con Dueño	Nº de Accionistas
PSIQ	7	7	100%	13	NEUMO	60	32	53%	15
GINEC	5	5	100%	2	ONCO	159	81	51%	18
OFTAL	3	3	100%	4	ONCOR	4	2	50%	10
BIOLO	2	2	100%	4	MINT	70	31	44%	18
ORL	2	2	100%	5	DIGES	25	11	44%	16
ANEST	1	1	100%	3	NEURO	37	16	43%	14
BIOQU	1	1	100%	3	PEDIA	19	8	42%	16
RADIO	1	1	100%	4	NEFRO	12	5	42%	10
REHAB	1	1	100%	5	REUMA	84	34	40%	16
TRAUMA	1	1	100%	2	ENDOC	40	16	40%	13
EPIDEM	1	1	100%	4	ANPAT	5	2	40%	11
GENET	1	1	100%	3	MPREV	5	2	40%	6
UROLO	6	5	83%	7	HEMAT	99	39	39%	17
IMUNO	5	4	80%	11	DERMA	89	34	38%	14
INTENS	5	4	80%	5	CARDI	31	11	35%	15
ALERG	10	7	70%	6	MFYC	25	7	28%	14
MICRO	14	9	64%	4	FHOSP	17	1	6%	18

El que más KOL15000 tiene de nuevo es Janssen, que controla 65 de ellos, seguido de cerca por Pfizer y GSK con 57 y 55, respectivamente. En el extremo opuesto, Bayer y Amgen sólo controlan a uno, BMS a 3 y Takeda a 4. En la Figura 5 bis pueden distinguirse los KOL con dueño de cada multinacional por especialidad (en color, las 8 que tienen un mayor número KOL15000). Destacan con más de 10 en alguna de ellas:

- Pfizer con 23 en oncología médica y 13 en reumatología.
 - Janssen con 23 en hematología y 9 en reumatología.
 - Gilead con 21 en medicina interna.
 - Abvie con 18 en dermatología y 5 en reumatología.
 - GSK con 13 en neumología y oncología.
 - Sanofi con 13 en dermatología y 4 en neurología.
- También hay que señalar el dominio absoluto de Janssen sobre los 7 de psiquiatría, pese a que tienen 13 accionistas interesados, y que Novonordisk, a lo suyo, con 9 endocrinos.

Las multinacionales controladoras de más amplio espectro son Pfizer, con posesiones en 13 especialidades; GSK, en 13; y Janssen, en 11. Los de espectro más reducido son Amgen y Bayer, con uno, y Novartis, con 2.

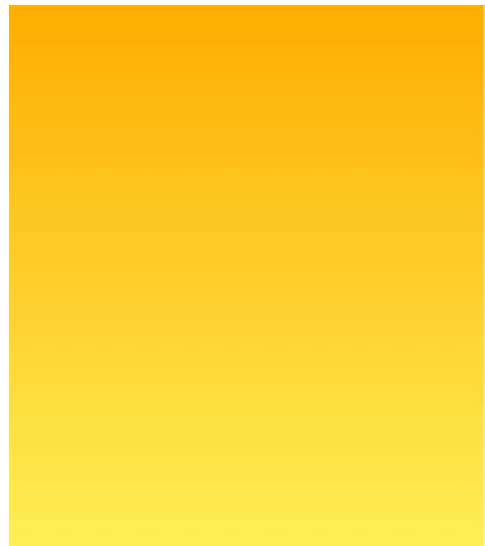
Figura 6 bis: KOL15000 con dueño de cada multinacional por especialidad.



Cuánto pagan las multinacionales farmacéuticas a los KOL15000

En la Tabla 5 bis se muestra el importe de los pagos totales y por categorías que cada multinacional hace a los KOL15000 según orden decreciente. Se comprueba que todas invierten cantidades muy importantes en pagar a estos líderes de opinión. Destaca Janssen, con 3,3 millones de euros; le siguen GSK, con 2,5 millones de euros; Pfizer, con 2,4 millones; y AstraZeneca, con 2,3 millones. Entre las 4 acumulan el 42% del importe total que reciben los KOL15000.

Tabla 5 bis: Pagos totales de las multinacionales a los líderes de opinión del ToV15000



Multinacional	Importe de los Pagos de cada multinacional a los 856 KOL15000, Total y por categoría			
	Total	KoL Diamante	KoL Platino	KoL Oro
Janssen	3.343.017	760.454	1.463.441	1.119.122
GSK	2.499.377	548.739	1.061.593	889.045
Pfizer	2.407.305	580.338	889.966	937.001
AstraZeneca	2.362.002	668.250	989.262	704.490
Lilly	1.880.106	436.189	784.457	659.460
Sanofi	1.847.501	412.379	722.100	713.022
Abvie	1.810.465	372.688	722.066	715.711
MSD	1.347.700	273.630	592.829	481.241
Gilead	1.233.457	169.570	584.128	479.759
Novartis	1.214.604	192.507	560.100	461.997
Roche	856.577	169.467	440.544	246.566
BMS	846.996	242.237	369.528	235.231
Merck	796.082	196.560	412.983	186.539
novonordisk	770.210	74.761	334.024	361.425
Boehringer	759.921	159.991	242.237	357.693
Amgen	558.198	116.890	211.221	230.087
Takeda	358.717	50.459	137.718	170.540
Bayer	282.986	82.476	116.727	83.783
Total	25.175.221	5.507.585	10.634.924	9.032.712

Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

En las Figuras 7 y 8 se observan los flujos y los pesos relativos de estos importes para cada multinacional.

Figura 7: Pagos de cada multinacional por categoría de KOL15000.

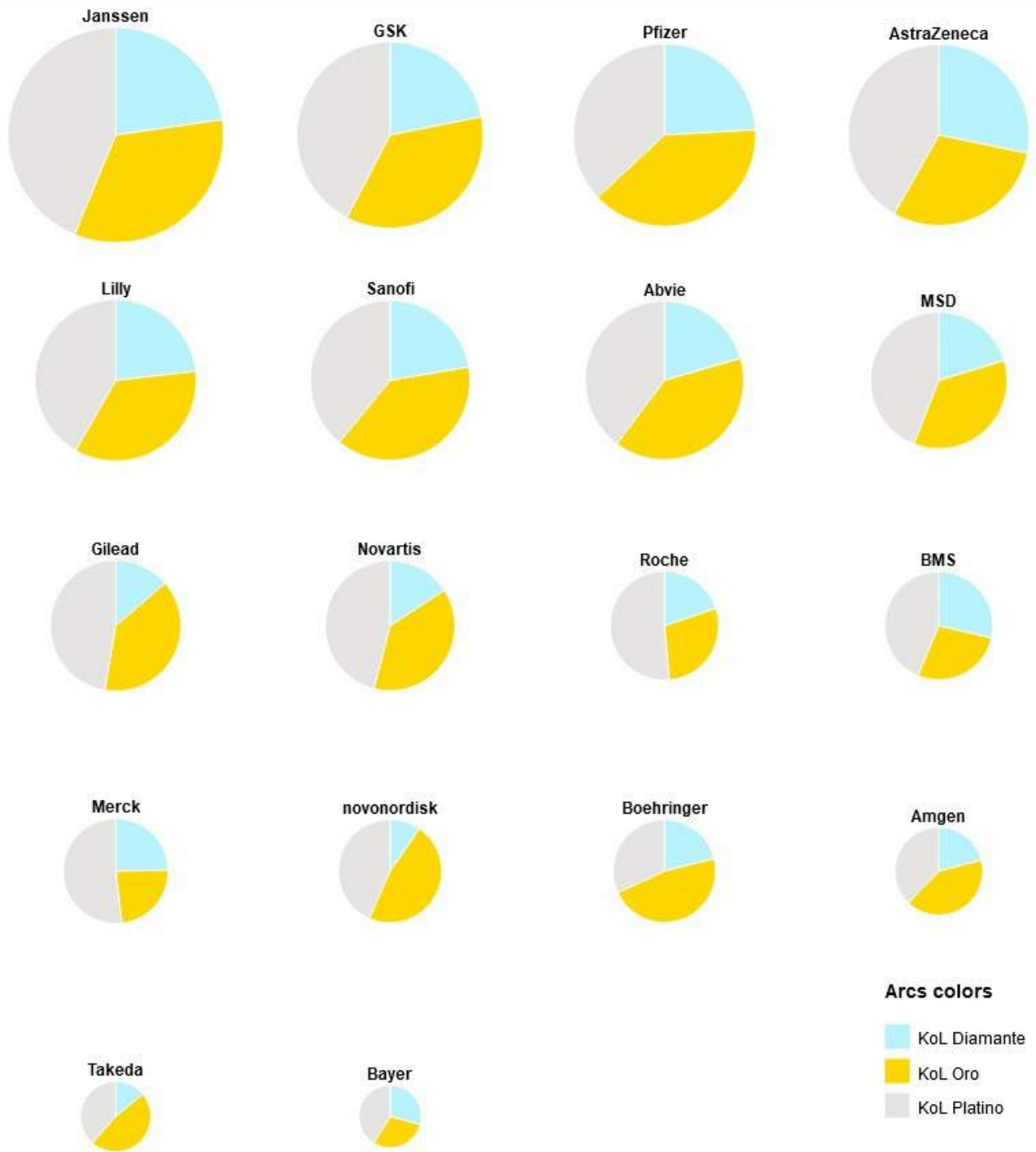
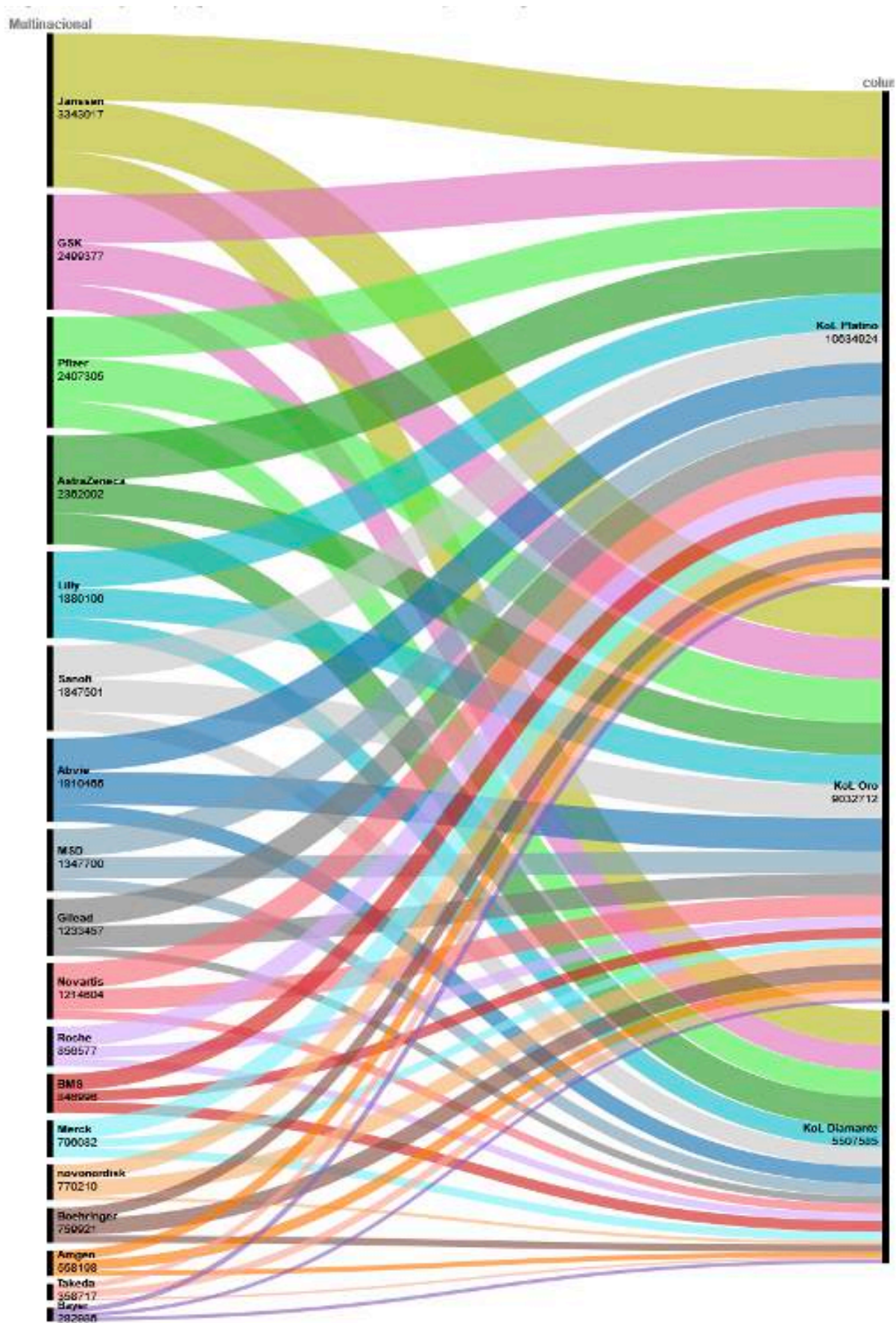


Figura 7: Pagos de cada multinacional por categoría de KOL15000.



Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

La red oscura que las multinacionales farmacéuticas ocultan tras los pagos a profesionales...

En la Tabla 6 se muestra el número de pagos de cada multinacional a los KOL15000 y su importe medio, ordenados por número de pagos. Hay 7 multinacionales que mantienen la misma posición por importe y por número de pagos. Otras 3 (GSK, Gilead y Merck) suben 5 posiciones en el ranking por importe sobre su número de pagos, lo que indica agresividad en los pagos individuales. De hecho, Merck, que es la que menos KOL15000 paga, es la que tiene el pago medio más elevado de las 18; por el contrario, otras dos, Novartis y Amgen, bajan 5 posiciones como consecuencia de un pago medio inferior a la media del resto.

Se observan tres estrategias claramente diferenciadas de pagos de las multinacionales a KOL15000: la de Janssen, que paga mucho y paga a muchos líderes de opinión; la de Novartis, que paga menos, pero paga a muchos; y la de Merck, que paga mucho, pero paga a menos líderes de opinión. El resto tiene estrategias intermedias entre sacrificar el número de líderes de opinión para pagar más a los que más le interesan o bien reducir las cantidades que pagan para pagar a más.

Tabla 6: Número total de pagos y pagos medios de las multinacionales a los KOL15000.

Multinacional	Numero de Pagos a los 856 KOL15000, Totales y por categoría				Pago medio de cada multinacional a los 856 KOL15000, Totales y por categoría			
	Total	KoL Diamant	KoL Platino	KoL Oro	Total	KoL Diamante	KoL Platino	KoL Oro
Janssen	426	47	167	212	7.847	16.180	8.763	5.279
Novartis	382	33	149	200	3.180	5.834	3.759	2.310
Pfizer	367	42	132	193	6.559	13.818	6.742	4.855
AstraZeneca	367	43	128	196	6.436	15.541	7.729	3.594
Lilly	358	36	137	185	5.252	12.116	5.726	3.565
Sanofi	333	40	129	164	5.548	10.309	5.598	4.348
GSK	317	36	116	165	7.884	15.243	9.152	5.388
MSD	314	32	124	158	4.292	8.551	4.781	3.046
Abvie	276	25	95	156	6.560	14.908	7.601	4.588
Amgen	223	28	83	112	2.503	4.175	2.545	2.054
BMS	219	29	94	96	3.868	8.353	3.931	2.450
Boehringer	201	23	69	109	3.781	6.956	3.511	3.282
Gilead	165	15	71	79	7.475	11.305	8.227	6.073
Roche	165	28	68	69	5.191	6.052	6.479	3.573
novonordisk	134	9	52	73	5.748	8.307	6.424	4.951
Bayer	121	12	56	53	2.339	6.873	2.084	1.581
Takeda	111	16	42	53	3.232	3.154	3.279	3.218
Merck	100	16	46	38	7.961	12.285	8.978	4.909
Total	4.579	510	1.758	2.311	5.498	10.799	6.049	3.909

Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

Con se aprecia, cada KOL15000 recibe, por término medio, pagos de 5,53 laboratorios y con la información de la Tabla 3, del número de líderes de opinión de las multinacionales, y de la Tabla 6, del número de pagos de las multinacionales a los KOL15000, se puede diferenciar por categoría: los KOL diamante reciben 7,2

pagos de media; los Platino, 5,7; y los KOL Oro, 4,9.

En la Tabla 7 se muestran, por categorías, el porcentaje, importe y número de pagos de cada multinacional a los líderes de opinión. Analizando la información de cada multinacional y tomado como ejemplo Janssen, se puede percibir:

-Que hace pagos a la mitad (426) de los 856 KOL15000, que por categorías son el 66% de los KOL Diamante, el 54% de los Platino y el 45% de los Oro.

-Que el importe de sus pagos (3,3 millones de euros) supone el 13% de los 25,1 millones que reciben todos ellos y que, por categorías, supone el 14% para los KOL Diamante y Platino y el 12% para los Oro.

-Y que el número de pagos que les hace (426) supone el 9% de los 4.575 pagos que reciben todos ellos (por categorías también supone el 9% en todas ellas).

Tabla 7: Porcentaje, importe y número de pagos de cada multinacional a los KOL15000

Multinacional	KOL15000											
	% de ellos, total y por categorías, que reciben pagos de cada multinacional				% del importe que suponen los pagos de cada multinacional a todos ellos				% que supone el número de pagos de cada multinacional a todos ellos			
	Total	KoL Diamante	KoL Platino	KoL Oro	Total	KoL Diamante	KoL Platino	KoL Oro	Total	KoL Diamante	KoL Platino	KoL Oro
Janssen	50%	66%	54%	45%	13%	14%	14%	12%	9%	9%	9%	9%
GSK	37%	51%	37%	35%	10%	10%	10%	10%	7%	7%	7%	7%
Pfizer	43%	59%	43%	41%	10%	11%	8%	10%	8%	8%	8%	8%
AstraZeneca	43%	61%	41%	41%	9%	12%	9%	8%	8%	8%	7%	8%
Lilly	42%	51%	44%	39%	7%	8%	7%	7%	8%	7%	8%	8%
Sanofi	39%	56%	42%	35%	7%	7%	7%	8%	7%	8%	7%	7%
Abvie	32%	35%	31%	33%	7%	7%	7%	8%	6%	5%	5%	7%
MSD	37%	45%	40%	33%	5%	5%	6%	5%	7%	6%	7%	7%
Gilead	19%	21%	23%	17%	5%	3%	5%	5%	4%	3%	4%	3%
Novartis	45%	46%	48%	42%	5%	3%	5%	5%	8%	6%	8%	9%
Roche	19%	39%	22%	15%	3%	3%	4%	3%	4%	5%	4%	3%
BMS	26%	41%	30%	20%	3%	4%	3%	3%	5%	6%	5%	4%
Merck	12%	23%	15%	8%	3%	4%	4%	2%	2%	3%	3%	2%
novonordisk	16%	13%	17%	15%	3%	1%	3%	4%	3%	2%	3%	3%
Boehringer	24%	32%	22%	23%	3%	3%	2%	4%	4%	5%	4%	5%
Amgen	26%	39%	27%	24%	2%	2%	2%	3%	5%	5%	5%	5%
Takeda	13%	23%	14%	11%	1%	1%	1%	2%	2%	3%	2%	2%
Bayer	14%	17%	18%	11%	1%	1%	1%	1%	3%	2%	3%	2%

Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

Se comprueba que todas las multinacionales se esfuerzan en pagar a los KOL más valiosos, los Diamante y Platino, pero hay grandes disparidades entre ellas. Así, la diferencia entre la multinacional con mayor porcentaje de KOL15000 en cartera (siempre Janssen) y la menor, varía según la categoría:

-En los KOL Diamante hay 53 puntos de diferencia entre Janssen, que paga al 66% de

ellos, y Novonordisk, con pagos al 13% de ellos.

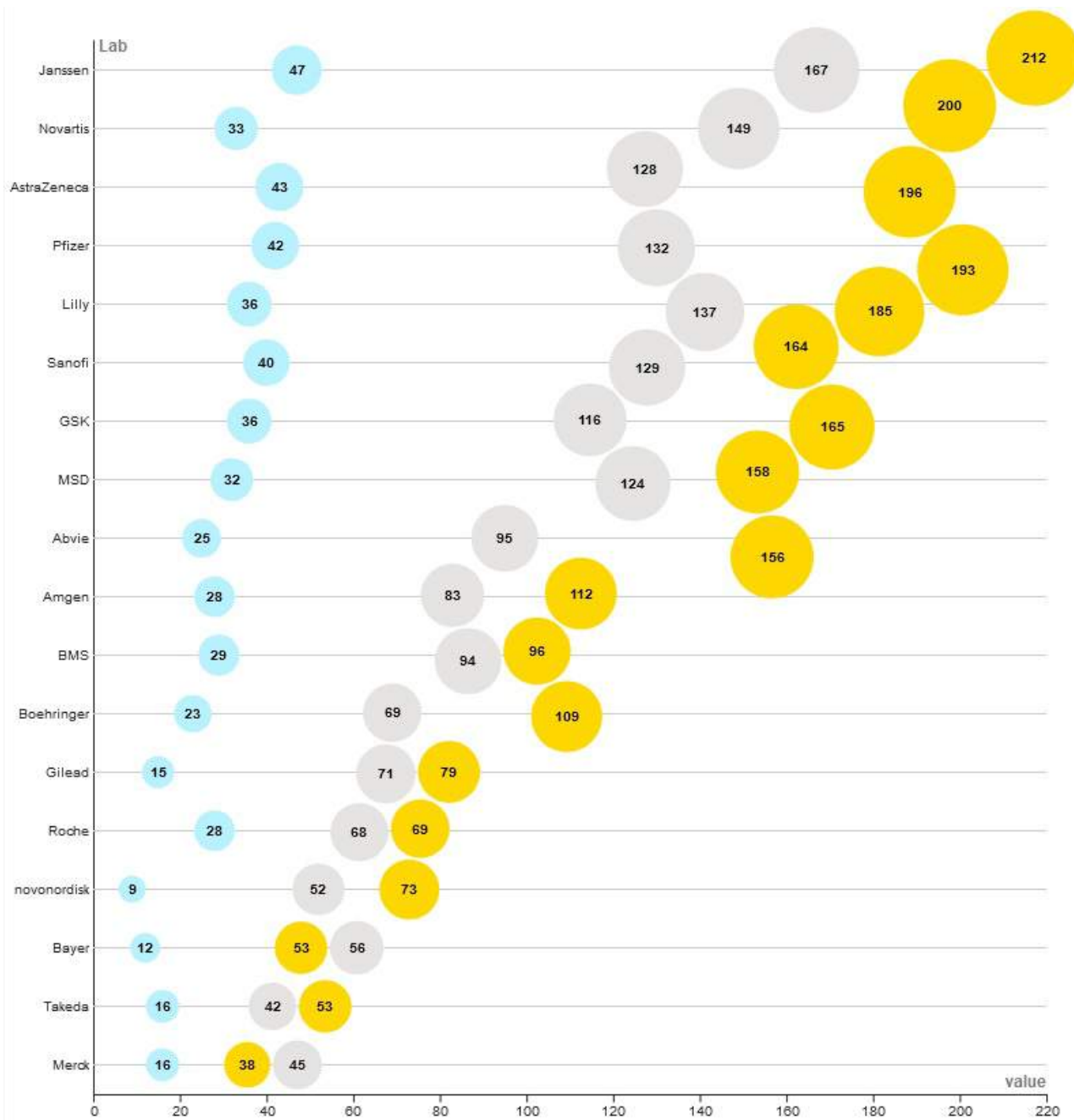
-En los KOL Platino hay 40 puntos de diferencia entre Janssen, que paga al 54% de ellos, y Takeda, con pagos al 14% de ellos.

-En los KOL Oro hay 37 puntos de diferencia entre Janssen, que paga al 45% de ellos, y Merck, con pagos al 8% de ellos.

Sin embargo, estas diferencias, cuando se trata del número de pagos, se reducen sensiblemente a 7 puntos.

En la Figura 9 se muestra una imagen con el número de KOL15000 Diamante, Platino y Oro a los que paga cada multinacional (ver Tabla 6), en la que se aprecian visualmente las diferencias entre multinacionales.

Figura 9: Número de KOL15000 que paga cada multinacional, por categoría.



Crterios de inclusi3n en el ToV15000

Del an3lisis de las caracter3sticas de los profesionales que componen el ToV15000 se comprueba la preferencia de las multinacionales farmac3uticas por los que trabajan en los grandes hospitales y unidades de prestigio.

La apetencia de las multinacionales farmac3uticas por cada profesional sanitario determina su valor y su entrada en el selectivo TOV15000 y, como se ir3 viendo, esta apetencia est3 3ntimamente relacionada con el 3rea terap3utica de inter3s de la

multinacional, que a su vez tiene una estrecha relación con la especialidad del profesional, que a su vez tiene una estrecha relación con su especialización, que a su vez tiene una estrecha relación con las patologías que trata y estas, a su vez, con los medicamentos que necesitan los pacientes, y estos con su precio, como se muestra en la

Figura 10. Y, como se analizará a continuación, sólo los que tienen máximo valor de esas variables entran en el selectivo TOV15000.

Figura 10: Elementos del valor de los integrantes del TOV15000.

Valor Potencial de los Profesionales Sanitarios para las Multinacionales Farmacéuticas



Elaboración propia.

El valor del hospital en el ToV15000

Como se comprueba en la Tabla 8, las multinacionales tienen una marcada preferencia por los grandes hospitales públicos, que acumulan la mayoría de los líderes de opinión que reclutan y de los pagos que les hacen. Los 6 primeros hospitales con más líderes de opinión en el ToV15000 son de Madrid capital (4) y Barcelona capital (2), que, con 189 profesionales, acumulan el 22% de todos los KOL15000 y, con 6,1 millones de euros, el

24% de los pagos (casi la cuarta parte del total). Los 16 siguientes también son grandes hospitales ubicados en 11 localidades diferentes que, con 242, acumulan el 28% de todos los KOL15000 y, con 7,7 millones de euros en pagos, otro 31%. En sólo 22 hospitales públicos de 11 localidades acumulan 431, más de la mitad de los líderes de opinión.

También se confirma su escaso interés por quienes ejercen en centros de salud, sólo puntual en función de determinadas características de especialización o cargos del profesional: sólo 25 líderes de opinión (3%)

ejercen en centros de salud y suponen el 2,5% de los pagos. También se observa su escaso interés por los centros privados, con algunas excepciones como la Clínica Universitaria de Navarra, con 14 KOL15000, y la FJD, la cual atiende a pacientes del SNS. Además hay que señalar el IVO de Valencia, con 7 líderes; el MD

Anderson Cáncer Center de Madrid y el HU Quirónsalud de Pozuelo de Alarcón, ambos con 2.

Tabla 8: Relación de pagos a KOL15000 por centro sanitario público, ordenada por número de KOL.

Centro Sanitario	Nº de Kol15000	Pago Total	Pago Medio	Localidad del Centro Sanitario	Provincia
H Clínic	41	1.314.698	32.066	Barcelona	Barcelona
H Vall d'Hebron	40	1.440.208	36.005	Barcelona	Barcelona
H Ramón y Cajal	29	715.677	24.679	Madrid	Madrid
H 12 de Octubre	29	936.012	32.276	Madrid	Madrid
H La Paz	27	917.577	33.984	Madrid	Madrid
H Gregorio Marañón	23	756.430	32.888	Madrid	Madrid
H Bellvitge	21	597.247	28.440	Hospitalet de Llobregat	Barcelona
CHU de Santiago	20	745.822	37.291	Santiago de Compostela	A Coruña
HU Virgen del Rocío	20	539.469	26.973	Sevilla	Sevilla
H Santa Creu i Sant Pau	18	706.366	39.243	Barcelona	Barcelona
HU La Fe	19	569.047	29.950	Valencia	Valencia
H Marqués de Valdecilla	17	612.161	36.009	Santander	Cantabria
H Clínico San Carlos	15	493.800	32.920	Madrid	Madrid
HCU de Salamanca	14	690.664	49.333	Salamanca	Salamanca
FJD	14	453.098	32.364	Madrid	Madrid
H Puerta De Hierro	14	339.652	24.261	Majadahonda	Madrid
H Germans Trias i Pujol	13	458.853	35.296	Badalona	Barcelona
H Clínico de Valencia	12	359.701	29.975	Valencia	Valencia
H La Princesa	12	305.422	25.452	Madrid	Madrid
HU Virgen de la Macarena	12	384.757	32.063	Sevilla	Sevilla
HU Virgen de la Victoria	11	214.874	19.534	Málaga	Málaga
HU Virgen de las Nieves	10	298.412	29.841	Granada	Granada
CHU de A Coruña	9	345.846	38.427	A Coruña	A Coruña
H Parc Taulí	9	247.111	27.457	Sabadell	Barcelona
H Virgen de la Arrixaca	9	229.317	25.480	Murcia	Murcia
HRU Carlos Haya	9	231.047	25.672	Málaga	Málaga
HGU Dr. Balmis	9	229.083	25.454	Alicante	Alicante
H Arnau de Vilanova	8	236.166	29.521	Valencia	Valencia
HU San Cecilio	8	236.958	29.620	Granada	Granada
H Central de Asturias	8	207.228	25.903	Oviedo	Asturias
HU de Canarias	8	213.790	26.724	La Laguna	S.C. Tenerife
CHU de Vigo	8	186.642	23.330	Vigo	Pontevedra
HU Doctor Peset	8	210.066	26.258	Valencia	Valencia
HUGC Doctor Negrín	8	186.574	23.322	Las Palmas de Gran Canaria	Las Palmas
HGU de Valencia	9	183.094	20.344	Valencia	Valencia
HU de Basurto	8	166.581	20.823	Bilbao	Vizcaya
HU Toledo	8	161.214	20.152	Toledo	Toledo
HU Son Espases	7	208.097	29.728	Palma de Mallorca	Baleares
H Del Mar	7	255.856	36.551	Barcelona	Barcelona
H Reina Sofía	7	198.730	28.390	Córdoba	Córdoba
CHU de Pontevedra	7	167.768	23.967	Pontevedra	Pontevedra
H Infanta Leonor	7	263.540	37.649	Madrid	Madrid
H Costa del Sol	7	167.116	23.874	Marbella	Málaga
HU Fundación Alcorcón	6	127.553	21.259	Alcorcón	Madrid
HU de Jerez	5	161.003	32.201	Jerez de la Frontera	Cádiz

HGU de Castellón	5	114.637	22.927	Castellón	Castellón
Duran i Reynals (ICO Hospitalet)	5	110.964	22.193	Hospitalet de Llobregat	Barcelona
HU Miguel Servet	5	114.809	22.962	Zaragoza	Zaragoza
H Son Llàtzer	5	81.760	16.352	Palma de Mallorca	Baleares
HU de Jaén	5	111.043	22.209	Jaén	Jaén
H Clínico Lozano Blesa	5	132.896	26.579	Zaragoza	Zaragoza
H Moisés Broggi	5	118.843	23.769	Sant Joan Despi	Barcelona
HU Lucus Augusti	5	127.028	25.406	Lugo	Lugo
HU de Navarra	5	126.517	25.303	Pamplona	Navarra
HU de Guadalajara	4	110.612	27.653	Guadalajara	Guadalajara
HU de León	4	120.895	30.224	León	León
Hospital de Mérida	4	91.290	22.823	Mérida	Badajoz
HU de Galdakao	4	99.987	24.997	Galdakao	Vizcaya
CHU de Ferrol	4	111.026	27.756	Ferrol	A Coruña
HU Arnau de Vilanova	4	113.434	28.359	Lleida	Lleida
HU De Badajoz	4	87.788	21.947	Badajoz	Badajoz
HU Araba	3	118.747	39.582	Vitoria	Álava
CHU de Ourense	3	84.801	28.267	Ourense	Ourense
HU de Burgos	3	66.084	22.028	Burgos	Burgos
HU Nuestra Señora de Candelari	3	60.776	20.259	Santa Cruz de Tenerife	S.C. Tenerife
HU Virgen de Valme	3	52.798	17.599	Sevilla	Sevilla
HU Donostia	3	66.388	22.129	San Sebastián	Guipúzcoa
H Sant Joan de Deu	3	63.730	21.243	Martorell	Barcelona
H Universitario de Elche	3	73.815	24.605	Elche	Alicante
H Torrecárdenas	3	61.042	20.347	Almería	Almería
H Clínico de Valladolid	3	57.540	19.180	Valladolid	Valladolid
H Vega Baja Orihuela	3	66.516	22.172	Orihuela	Alicante
H Infanta Sofia	2	54.653	27.327	San Sebastian de los Reyes	Madrid
H De Sagunto	2	78.461	39.231	Sagunto	Valencia
H de Cabueñes	2	42.176	21.088	Gijón	Asturias
HVirgen de la Salud de Elda	2	40.069	20.035	Elda	Alicante
CS Isla de Oza	2	40.378	20.189	Madrid	Madrid
HU de Puerto Real	2	55.185	27.593	Puerto Real	Cádiz
HU Mutua Terrassa	2	42.628	21.314	Terrassa	Barcelona
H Clínico Universitario San Juan	2	37.884	18.942	Alicante	Alicante
H Marina Baixa en Villajoyosa	2	31.672	15.836	Villajoyosa	Alicante
H Sagrat Cor	2	32.067	16.034	Barcelona	Barcelona
H Denia Marina Salud	1	133.278	133.278	Denia	Alicante
Universidad Complutense	1	38.981	38.981	Madrid	Madrid
H Nuestra Señora de Sonsoles	1	43.208	43.208	Ávila	Ávila
FISABIO	1	58.212	58.212	Valencia	Valencia
H De Manises	1	47.782	47.782	Manises	Valencia
Centro de Salud La Corredoria II	1	27.076	27.076	Oviedo	Asturias
HU La Ribera	1	29.942	29.942	Alzira	Valencia
CS de Épila	1	40.298	40.298	Épila	Zaragoza
HU Infanta Elena	1	26.037	26.037	Valdemoro	Madrid
HU de Torrevieja	1	19.688	19.688	Torrevieja	Murcia
CS La Chopera	1	40.329	40.329	Madrid	Madrid
CS Cartagena	1	62.983	62.983	Cartagena	Murcia
Universidad Rey Juan Carlos	1	28.755	28.755	Madrid	Madrid
IVIRMA	1	17.991	17.991	Madrid	Madrid
CS Nazaret	1	48.691	48.691	Valencia	Valencia
ICO HU de Girona	1	32.027	32.027	Girona	Girona
CS Algeciras	1	41.290	41.290	Algeciras	Cádiz
CS Barrio Bajo	1	29.768	29.768	Sanlúcar de Barrameda	Cádiz
HU Río Hortega	1	16.636	16.636	Valladolid	Valladolid
HU Doctor Jose Molina Orosa	1	18.636	18.636	Arrecife	Las Palmas

HU San Joan de Reus	1	16.476	16.476	Reus	Tarragona
O61	1	15.563	15.563	Córdoba	Córdoba
HU Principe de Asturias	1	21.500	21.500	Alcalá de Henares	Madrid
H Juan Ramón Jiménez	1	18.662	18.662	Huelva	Huelva
HGU de Ciudad Real	1	47.486	47.486	Ciudad Real	Ciudad Real
CNM-ISCIH	1	20.765	20.765	Madrid	Madrid
HU Severo Ochoa	1	17.452	17.452	Leganés	Madrid
H Militar Gómez Ulla	1	15.001	15.001	Madrid	Madrid
H San Pedro de Alcántara	1	24.404	24.404	Cáceres	Cáceres
H Sant Pau i Santa Tecla	1	20.376	20.376	Tarragona	Tarragona
H Infanta Cristina	1	17.696	17.696	Parla	Madrid
HGU Santa María del Rosell	1	15.477	15.477	Cartagena	Murcia
H Virxe da Xunqueira	1	27.048	27.048	Cee	A Coruña
Fundacion Hospital d'Olot	1	26.362	26.362	Olot	Girona
H Can Misses	1	22.275	22.275	Ibiza	Baleares
Centro de Salud de Llanera	1	22.767	22.767	Llanera	Asturias
H L'Esperit Sant	1	32.694	32.694	Santa Coloma Gramenet	Barcelona
H Virgen de los Lirios	1	36.295	36.295	Alcoy	Alicante
HG de Villalba	1	19.247	19.247	Collado Villalba	Madrid
H Virgen de la Luz	1	16.201	16.201	Cuenca	Cuenca
CS San Jorge	1	25.708	25.708	Cáceres	Cáceres
HGU Morales Meseguer	1	19.915	19.915	Murcia	Murcia
HG de Segovia	1	41.441	41.441	Segovia	Segovia
CS Sant Martí de Provençals	1	20.513	20.513	Barcelona	Barcelona
CS Porto do Son	1	20.513	20.513	Porto do Son	A Coruña
HGU Santa Lucía	1	21.131	21.131	Cartagena	Murcia
CS Sant Pere de Ribes	1	15.101	15.101	Sant Pere de Ribes	Barcelona
CS Jose Marva	1	31.306	31.306	Madrid	Madrid
CHU de Albacete	1	19.323	19.323	Albacete	Albacete
H Mateu Orfila	1	22.744	22.744	Mahon	Baleares
HU de Fuenlabrada	1	16.828	16.828	Madrid	Madrid
H de Manacor	1	26.243	26.243	Manacor	Baleares
CS La Alamedilla	1	15.026	15.026	Salamanca	Salamanca
CS Alconchel	1	16.632	16.632	Alconchel	Badajoz
CS O Porriño	1	22.761	22.761	O Porriño	Pontevedra
H del Bierzo	1	16.417	16.417	Ponferrada	León
Unidad de Vacunación Internaci	1	17.021	17.021	Madrid	Madrid
HGU Reina Sofía	1	15.388	15.388	Murcia	Murcia
Virgen del Camino de Sanlúcar	1	20.489	20.489	Sanlúcar de Barrameda	Cádiz
CS Montclar	1	15.996	15.996	Sant Boi de Llobregat	Barcelona
CS San Andrés Torcal	1	28.035	28.035	Málaga	Málaga
HGU Nuestra Señora del Prado	1	19.375	19.375	Talavera de la Reina	Toledo
Universidad Jaume I	1	19.211	19.211	Valencia	Valencia
Consejería de Sanidad	1	17.220	17.220	Murcia	Murcia
CS La Corredoría	1	17.562	17.562	Oviedo	Asturias
H Río Carrión	1	18.966	18.966	Palencia	Palencia
H Rafael Méndez	1	16.159	16.159	Lorca	Murcia
CS Tejina	1	15.896	15.896	Tejina	S.C. Tenerife
CS Martorell	1	15.672	15.672	Martorell	Barcelona
Departamento de Salud Alicante	1	16.717	16.717	San Juan de Alicante	Alicante
HU de Torrejón	1	17.435	17.435	Torrejón de Ardoz	Madrid
Departamento de Salud	1	23.125	23.125	Valencia	Valencia
CS Potosí	1	16.107	16.107	Madrid	Madrid
Universidad de Santiago de Corr	1	17.544	17.544	Santiago de Compostela	A Coruña
HC de Laredo	1	16.209	16.209	Laredo	Cantabria
HU de Getafe	1	15.285	15.285	Getafe	Madrid
HU del Henares	1	15.848	15.848	Coslada	Madrid
CS Almuñécar	1	15.141	15.141	Almuñécar	Almería

Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

En la Tabla 9 se muestran los pagos a KOL15000 por provincias, destacando como principales filones de las multinacionales farmacéuticas los de Madrid y Barcelona, que acumulan el 45% del total de los líderes de opinión del ToV15000. Después, figuran Valencia, con 72 y un 8,5% del total, y Sevilla, A Coruña y Málaga, con más de 30

cada una. Y como no desperdician ni un solo euro, también la España vaciada es una realidad para las multinacionales: en Soria, Teruel y Zamora no aparece ningún KOL15000, no les debe ser rentable.

Tabla 9: KOL15000 por provincias, ordenados por número.

Provincia	Nº de KOL15000	Pagos Totales	Pago Medio	Provincia	Nº de KOL15000	Pagos Totales	Pago Medio
Madrid	208	6.377.409	30.661	Castellón	5	114.637	22.927
Barcelona	175	5.461.058	31.206	Jaén	5	111.043	22.209
Valencia	72	2.040.735	28.344	León	5	137.312	27.462
A Coruña	37	1.141.342	30.847	Lugo	5	127.028	25.406
Sevilla	36	1.009.941	28.054	Almería	4	76.183	19.046
Málaga	31	712.019	22.968	Guadalajara	4	110.612	27.653
Alicante	24	665.329	27.722	Lleida	4	113.434	28.359
Cantabria	18	628.370	34.909	Valladolid	4	74.176	18.544
Granada	18	535.371	29.743	Álava	3	118.747	39.582
Pontevedra	17	396.462	23.321	Burgos	3	66.084	22.028
Murcia	16	397.590	24.849	Girona	3	81.712	27.237
Navarra	15	474.569	31.638	Guipúzcoa	3	66.388	22.129
Salamanca	15	387.498	25.833	Ourense	3	84.801	28.267
Baleares	15	361.119	24.075	Tarragona	3	66.307	22.102
Asturias	13	316.809	24.370	Cáceres	2	50.112	25.056
Vizcaya	13	293.880	22.606	Albacete	1	19.323	19.323
S.C. Tenerife	12	290.462	24.205	Ávila	1	43.208	43.208
Zaragoza	11	288.003	26.182	Ciudad Real	1	47.486	47.486
Cádiz	10	307.735	30.774	Cuenca	1	16.201	16.201
Las Palmas	9	205.210	22.801	Huelva	1	18.662	18.662
Badajoz	9	195.710	21.746	Murcia	1	19.688	19.688
Toledo	9	180.589	20.065	Palencia	1	18.966	18.966
Córdoba	8	214.293	26.787	Segovia	1	41.441	41.441

Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

El valor del cargo en el ToV15000

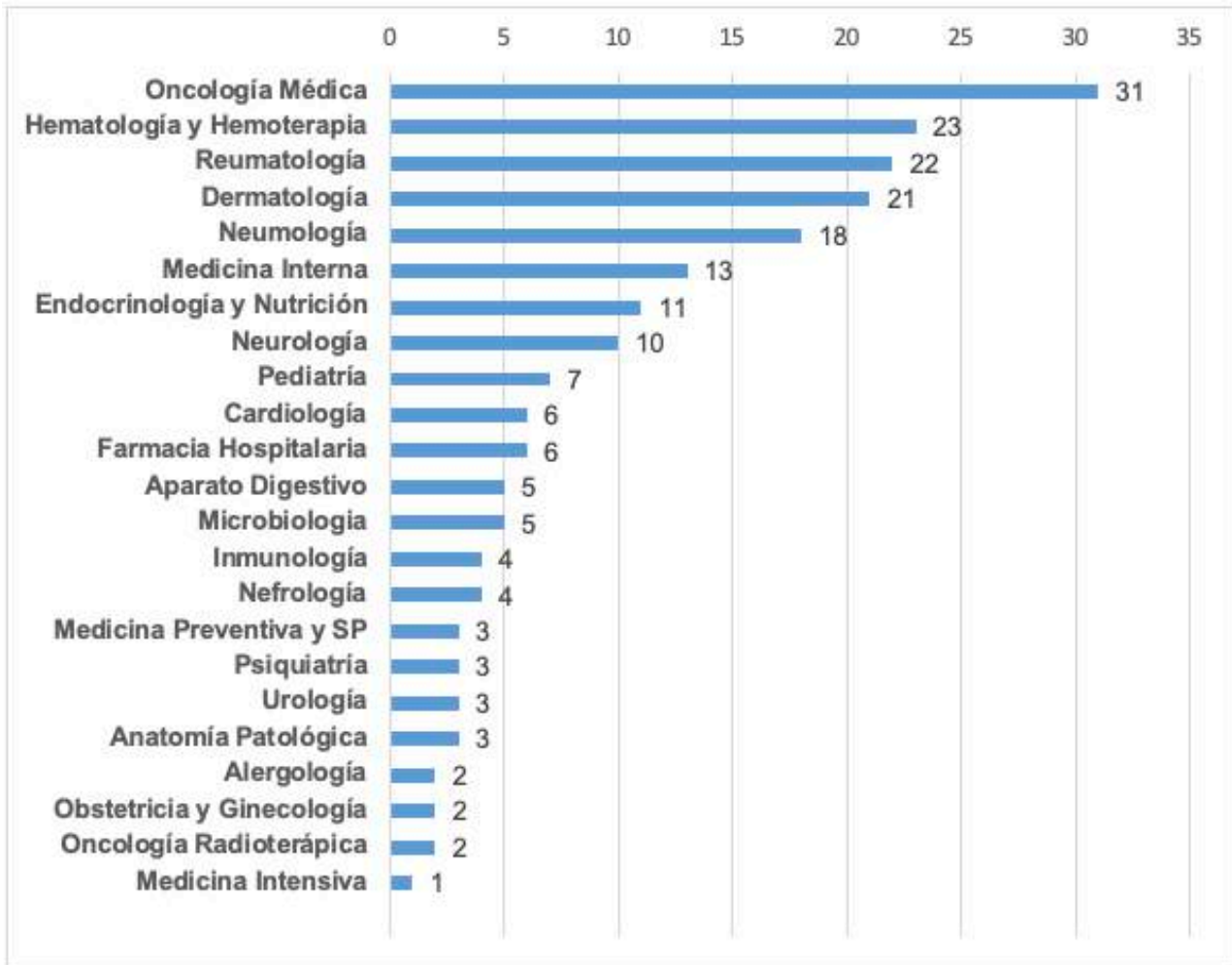
De igual manera que si la flota pesquera quiere pescar merluzas se dirige a sus caladeros (los principales Gran Sol y Terranova), cuando las multinacionales farmacéuticas seleccionan líderes de opinión los más valiosos los encuentran en las jefaturas de servicios, de secciones y de unidades clínicas especializadas. La cuarta parte (212 de los líderes de opinión del

ToV15000) son jefes de servicio de hospitales (casi todos de hospitales del SNS) y otro 20% lo son de sección o unidades clínicas especializadas. En total un 44% de los KOL15000. Y sólo 8 especialidades acumulan el 73% de esos jefes de servicio.,

Oncología, con 31, es la especialidad con mayor número de jefes de servicio KOL15000; le sigue hematología, con 23; reumatología, con 22; dermatología, con 21; y neumología con 18. Entre esas 5 especialidades acumulan el 56% de todos los jefes de servicio líderes de opinión del ToV15000, y junto con los de medicina

interna, endocrinología y neurología concentran casi todo el interés de las multinacionales (73%), como se muestra en la Figura 11.

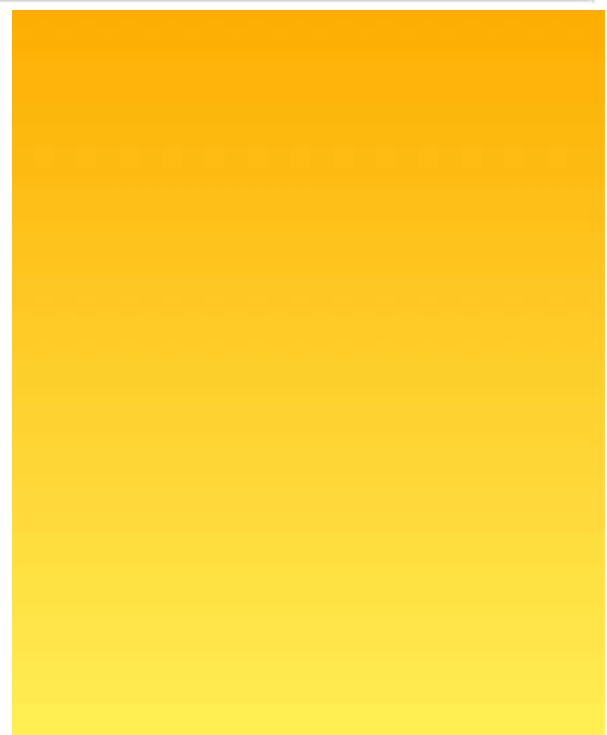
Figura 11: Número de jefes de servicio de hospitales KOL15000 por especialidad



Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

Sabiendo que el 25% de los líderes de opinión KOL15000 son jefes de servicio, se pueden analizar los porcentajes por especialidad para conocer la importancia que tiene, en el índice de valores ToV15000, el hecho de ser jefe de servicio. Así, se aprecia que en inmunología es casi decisivo (el 80% son jefes de servicio), que en anatomía patológica y medicina preventiva es muy importante (lo son el 60%) y que la menor importancia la tienen cardiología y medicina interna (19%). En la Tabla 10 puede leerse esta información en detalle.

Tabla 10: Jefes de servicio líderes de opinión en el TOV15000 por especialidad y porcentaje.



Especialidad	Jefes de Servicio KOL15000	KOL15000 Totales de la Especialidad	% de Jefes de Servicio KOL15000
Inmunología	4	5	80%
Medicina Preventiva y SP	3	5	60%
Anatomía Patológica	3	5	60%
Urología	3	6	50%
Oncología Radioterápica	2	4	50%
Psiquiatría	3	7	43%
Medicina Intensiva	2	5	40%
Obstetricia y Ginecología	2	5	40%
Pediatría	7	19	37%
Microbiología	5	14	36%
Farmacia Hospitalaria	6	17	35%
Nefrología	4	12	33%
Neumología	18	60	30%
Endocrinología y Nutrición	11	40	28%
Neurología	10	37	27%
Reumatología	22	84	26%
Hematología y Hemoterapia	23	99	23%
Dermatología	20	89	22%
Oncología Médica	31	159	20%
Aparato Digestivo	5	25	20%
Alergología	2	10	20%
Cardiología	6	31	19%
Medicina Interna	13	69	19%
Total	205	807	25%

Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

Ya que ser jefe de servicio se cotiza mucho y en algunas especialidades es casi imprescindible para estar en el ToV15000, queda conocer si a los jefes de servicio es pagan más que al resto de los KOL15000 de su especialidad. Para conocer esta plusvalía de su cargo hay que comparar la media de lo que les pagan a ellos y al resto de profesionales de su especialidad por separado, como se muestra en la Tabla 11. Destaca la gran plusvalía del cargo en cardiología y en pediatría, cuyos pagos medios superan el 100% si los líderes de opinión son jefes de servicio sobre los que no lo son. También es muy importante en farmacia hospitalaria, oncología médica, reumatología y dermatología, especialidades en las que, como se comprobará en el apartado siguiente, las multinacionales

concentran sus inversiones en líderes de opinión.

Llama la atención algunas especialidades en las que, comparando las medias de lo que les pagan, los jefes de servicio cotizan menos que el resto de los KOL15000. Son especialidades en las que, como se descubrirá más adelante, para las multinacionales tiene más valor el área terapéutica en la que trabaja el líder de opinión que su categoría profesional. Así, por ejemplo, el interés por los especialistas de digestivo se concentra en los que tengan mucho que decir en las decisiones terapéuticas de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Tabla 11: Plusvalía del cargo de jefe de servicio en el TOV15000 por especialidad.

Pagos por especialidades del TOV15000 ordenado por la plusvalía de ser Jefe de Servicio									
Total de la especialidad			Pago a Jefes de Servicio			Pago al resto			Plusvalía por ser Jefe de Servicio
Especialidad	Pago total	Pago medio	N°	Pago total	Pago medio	N°	Pago total	Pago medio	
Cardiología	869.661	28.054	6	294.073	49.012	25	575.588	23.024	113%
Pediatría	608.104	32.005	7	334.527	47.790	12	273.577	22.798	110%
Obstetricia y Ginecología	131.494	26.299	2	73.046	36.523	3	58.448	19.483	87%
Farmacia Hospitalaria	502.196	29.541	6	235.777	39.296	11	266.419	24.220	62%
Oncología Médica	5.021.871	31.584	31	1.329.478	42.886	128	3.692.393	28.847	49%
Reumatología	2.168.902	25.820	22	718.782	32.672	62	1.450.120	23.389	40%
Dermatología	2.532.802	28.458	21	735.791	35.038	68	1.797.011	26.427	33%
Oncología Radioterápica	99.687	24.922	2	55.537	27.769	2	44.150	22.075	26%
Medicina Intensiva	95.311	19.062	2	42.672	21.336	3	52.639	17.546	22%
Microbiología	391.417	27.958	5	156.865	31.373	9	234.552	26.061	20%
Inmunología	123.483	24.697	4	101.860	25.465	1	21.623	21.623	18%
Endocrinología y Nutrición	1.133.283	28.332	11	348.986	31.726	29	784.297	27.045	17%
Alergología	331.060	33.106	2	73.661	36.831	8	257.399	32.175	14%
Hematología y Hemoterapia	3.394.989	34.293	23	857.117	37.266	76	2.537.872	33.393	12%
Urología	145.752	24.292	3	75.266	25.089	3	70.486	23.495	7%
Nefrología	341.319	28.443	4	116.345	29.086	8	224.974	28.122	3%
Medicina Interna	2.098.903	30.419	13	376.537	28.964	56	1.722.366	30.757	-6%
Neurología	1.220.931	32.998	10	307.977	30.798	27	912.954	33.813	-9%
Psiquiatría	221.343	31.620	3	87.328	29.109	4	134.015	33.504	-13%
Neumología	1.677.172	27.953	18	448.423	24.912	42	1.228.749	29.256	-15%
Anatomía Patológica	188.237	37.647	3	101.803	33.934	2	86.434	43.217	-21%
Aparato Digestivo	624.307	24.972	5	97.208	19.442	20	527.099	26.355	-26%
Medicina Preventiva y SP	103.198	20.640	3	50.978	16.993	2	52.220	26.110	-35%
Medicina Familiar y Comunitaria	587.083	22.580				26	587.083	22.580	
Oftalmología	64.471	21.490				3	64.471	21.490	
Otorrinolaringología	70.581	35.291				2	70.581	35.291	
Bioquímica	38.981	38.981				1	38.981	38.981	
Anestesiología y Reanimación	17.851	17.851				1	17.851	17.851	
C. Ortopédica y Traumatología	16.636	16.636				1	16.636	16.636	
Medicina Física y Rehabilitación	31.149	31.149				1	31.149	31.149	
Radiodiagnóstico	29.137	29.137				1	29.137	29.137	
Otros	266.608	22.217				12	266.608	22.217	

Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

El valor de la especialidad sanitaria en el ToV15000

En España existen 55 especialidades sanitarias: 41 médicas, 6 de enfermería, 6 multidisciplinares, una de psicología y una farmacéutica. En la Tabla 12 se muestran las especialidades que tienen algún líder de opinión en el índice ToV15000 y su peso específico con la siguiente información: número de especialistas que en 2022 trabajaban en el SNS (8), porcentaje que cada especialidad representa sobre el total de especialistas, número de KOL de esa especialidad en el ToV15000 y por

categoría, así como el porcentaje que representan sobre el total de KOL y sobre el total de su especialidad.

Se comprueba que hay 4 especialidades por las que las multinacionales farmacéuticas tienen especial avidez: oncología médica, hematología, dermatología y reumatología, las cuales, representando sólo el 6% de los especialistas del SNS, aportan el 50% de los líderes de opinión del ToV15000. Esto supone que 1 de cada 10 oncólogos médicos, 1 de cada 12 reumatólogos, 1 de cada 15 dermatólogos y 1 de cada 20 hematólogos que trabajan en el SNS reciben pagos muy importantes de las multinacionales farmacéuticas (superiores a 25.000€), más de la mitad de esos oncólogos y hematólogos y

más de un tercio de esos dermatólogos y reumatólogos. Hay otras 4 especialidades por las que las multinacionales farmacéuticas también muestran especial interés, que, representando el 11% de los especialistas del SNS, suponen el 24% de los KOL del ToV15000: medicina interna, neumología, endocrinología y neurología.

Sorprende la ausencia de la psiquiatría en el Top Ten, hasta hace poco una especialidad con medicamentos estelares en el gasto farmacéutico, señal clara del menor interés de las multinacionales por estos especialistas, cuya causa más probable es la irrupción de

los genéricos en medicamentos clave de esta especialidad, y que demuestra una vez más, que la querencia de las multinacionales farmacéuticas por los profesionales sanitarios es por motivos exclusivamente comerciales. Aunque Janssen no se olvida de ellos y paga el 75% de todo lo que reciben los 7 KOL15000 de esta especialidad, (en ese negocio lo que hoy es latón mañana puede ser oro puro). Pero como dice Sabina, lo suyo duró “lo que duran dos peces de hielo en un whisky on the rocks”.

Tabla 12: Líderes de opinión en el ToV15000 por especialidad.

Médicos y Farmacéuticos Especialistas del SNS			Líderes de Opinión en el TOV15000 por Especialidades						
Especialidad	Total Nacional	% Especialidad	KOL > 15000€	% sobre total KOL	Total Nacional	Joyas de la Corona	KOL Diamante	Platino	KOL Oro
Oncología Médica	1.593	1,7%	159	18,6%	10,0%	2	18	65	76
Hematología y Hemoterapia	1.954	2,1%	99	11,6%	5,1%	2	11	39	49
Dermatología	1.328	1,4%	89	10,4%	6,7%	1	7	33	49
Reumatología	999	1,1%	84	9,8%	8,4%	1	3	25	56
Medicina Interna	5.337	5,7%	69	8,1%	1,3%		4	31	34
Neumología	1.879	2,0%	60	7,0%	3,2%		7	15	38
Endocrinología y Nutrición	1.268	1,3%	40	4,7%	3,2%		3	15	22
Neurología	2.060	2,2%	37	4,3%	1,8%	1	5	16	16
Cardiología	2.782	3,0%	31	3,6%	1,1%	1	2	8	21
Medicina Familiar y Comunitaria	39.666	42,1%	26	3,0%	0,1%		1	7	18
Aparato Digestivo	2.566	2,7%	25	2,9%	1,0%		2	3	20
Pediatría	10.760	11,4%	19	2,2%	0,2%	1	3	3	13
Farmacia Hospitalaria	2.164	1,5%	17	2,1%	0,8%		2	8	7
Microbiología	671	0,7%	14	1,6%	2,1%		1	6	7
Nefrología	1.430	1,5%	12	1,4%	0,8%			6	6
Alergología	715	0,8%	10	1,2%	1,4%			6	4
Psiquiatría	4.357	4,6%	7	0,8%	0,2%			6	1
Urología	1.814	1,9%	6	0,7%	0,3%			3	3
Anatomía Patológica	1.450	1,5%	5	0,6%	0,3%		2	1	2
Inmunología	141	0,1%	5	0,6%	3,5%			2	3
Medicina Intensiva	2.557	2,7%	5	0,6%	0,2%				5
Medicina Preventiva y Salud Públi	604	0,6%	5	0,6%	0,8%				5
Obstetricia y Ginecología	4.667	5,0%	5	0,6%	0,1%			2	3
Oncología Radioterápica	691	0,7%	4	0,5%	0,6%			1	3
Oftalmología	2.965	3,1%	3	0,4%	0,1%				3
Otorrinolaringología	1.821	1,9%	2	0,2%	0,1%			2	
Bioquímica	1.092	1,2%	1	0,1%	0,1%			1	
Anestesiología y Reanimación	6.742	7,2%	1	0,1%	0,0%				1
Cirugía Ortopédica y Traumatología	4.192	4,4%	1	0,1%	0,0%				1
Medicina Física y Rehabilitación	1.526	16,0%	1	0,1%	0,1%			1	
Radiodiagnóstico	4.101	4,4%	1	0,1%	0,0%			1	
Otros	13.118	13,9%	12	1,3%	0,1%			4	8
Total	136.344		855			9	71	310	474

Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

La capitalización total del ToV15000 en 2022 ascendió a 25.147.919€, la cuarta parte del total de transferencias de valor que pagan las multinacionales. Su capitalización por especialidad se muestra en la Tabla 13 y la inversión de cada multinacional con sus tentáculos por especialidad, en la Figura 12. Se confirma que más del 50% de su inversión se concentra en las 4 especialidades ya mencionadas (oncología, hematología, dermatología y reumatología) y también el nulo interés de las multinacionales farmacéuticas por los cirujanos, geriatras o farmacólogos clínicos.

Es llamativa la gran diferencia existente entre valores, no sólo entre las especialidades

que se acaba de mencionar, sino también en los pagos individuales dentro de cada especialidad, cuya máxima diferencia se produce en hematología, evidencia clara de que en este mercado, como en todos los mercados de valores, la cotización individual la establecen diversos factores. Hasta ahora se han analizado tres: el hospital, la categoría profesional y la especialidad sanitaria. En los apartados siguientes se estudia el valor de la especialización y el de las enfermedades que trata el profesional sanitario.

Tabla 13: Pagos a KOL15000 por especialidad.

Especialidad	N° Total	Día man te	Plati no	Oro	Coste Total	Coste Medio /KOL15000	Multinacio nales Interesadas	Valor mínimo pagado /KOL15000	Valor máximo pagado /KOL15000
Oncología Médica	159	18	64	77	5.030.665	31.639	18	15.021	147.310
Hematología y Hemoterapia	99	11	40	48	3.376.848	34.110	17	15.112	318.191
Dermatología	89	7	33	49	2.551.768	28.672	14	15.014	113.980
Reumatología	84	3	25	56	2.167.568	25.804	16	15.026	127.267
Medicina Interna	70	4	31	35	2.083.762	29.768	18	15.235	88.108
Neumología	60	7	15	38	1.654.694	27.578	15	15.001	71.983
Neurología	37	5	16	16	1.220.931	32.998	14	15.230	100.910
Endocrinología y Nutrición	40	6	15	19	1.133.283	28.332	13	15.126	88.591
Cardiología	31	2	8	21	869.665	28.054	15	15.140	133.278
Aparato Digestivo	25	2	3	20	624.307	24.972	16	15.188	97.359
Pediatría	19	3	3	13	608.104	32.005	16	15.101	149.189
Medicina Familiar y Comunitaria	25	1	7	17	602.224	24.089	14	15.096	62.983
Farmacia Hospitalaria	17	2	8	7	485.190	28.541	18	15.842	64.142
Microbiología	14	1	6	7	375.910	26.851	4	15.928	54.927
Nefrología	12	-	6	6	341.319	28.443	10	17.149	49.133
Alergología	10	-	6	4	331.060	33.106	6	16.156	47.209
Psiquiatría	7	-	6	1	221.343	31.620	13	19.688	44.086
Anatomía Patológica	5	2	1	2	188.237	37.647	11	15.610	69.438
Urología	6	-	3	3	145.752	24.292	7	16.914	34.888
Obstetricia y Ginecología	5	-	2	3	131.494	26.299	2	17.778	41.208
Inmunología	5	-	2	3	123.483	24.697	11	19.886	30.282
Oncología Radioterápica	4	-	1	3	99.687	24.922	10	20.271	35.266
Medicina Intensiva	5	-	-	5	95.311	19.062	5	16.090	23.902
Medicina Preventiva y SP	5	-	-	5	84.309	16.862	6	15.784	17.814
Otorrinolaringología	2	-	2	-	70.581	35.291	5	25.280	45.301
Oftalmología	3	-	-	3	64.471	21.490	4	19.151	23.783
Bioquímica	1	-	1	-	38.981	38.981	3	38.981	38.981
Medicina Física y Rehabilitación	1	-	1	-	31.149	31.149	5	31.149	31.149
Radiodiagnóstico	1	-	1	-	29.137	29.137	4	29.137	29.137
Anestesiología y Reanimación	1	-	-	1	17.851	17.851	3	17.851	17.851
C. Ortopédica y Traumatología	1	-	-	1	16.636	16.636	2	16.636	16.636
OTROS	12	-	3	9	278.036	23.170	14	15.900	38.178

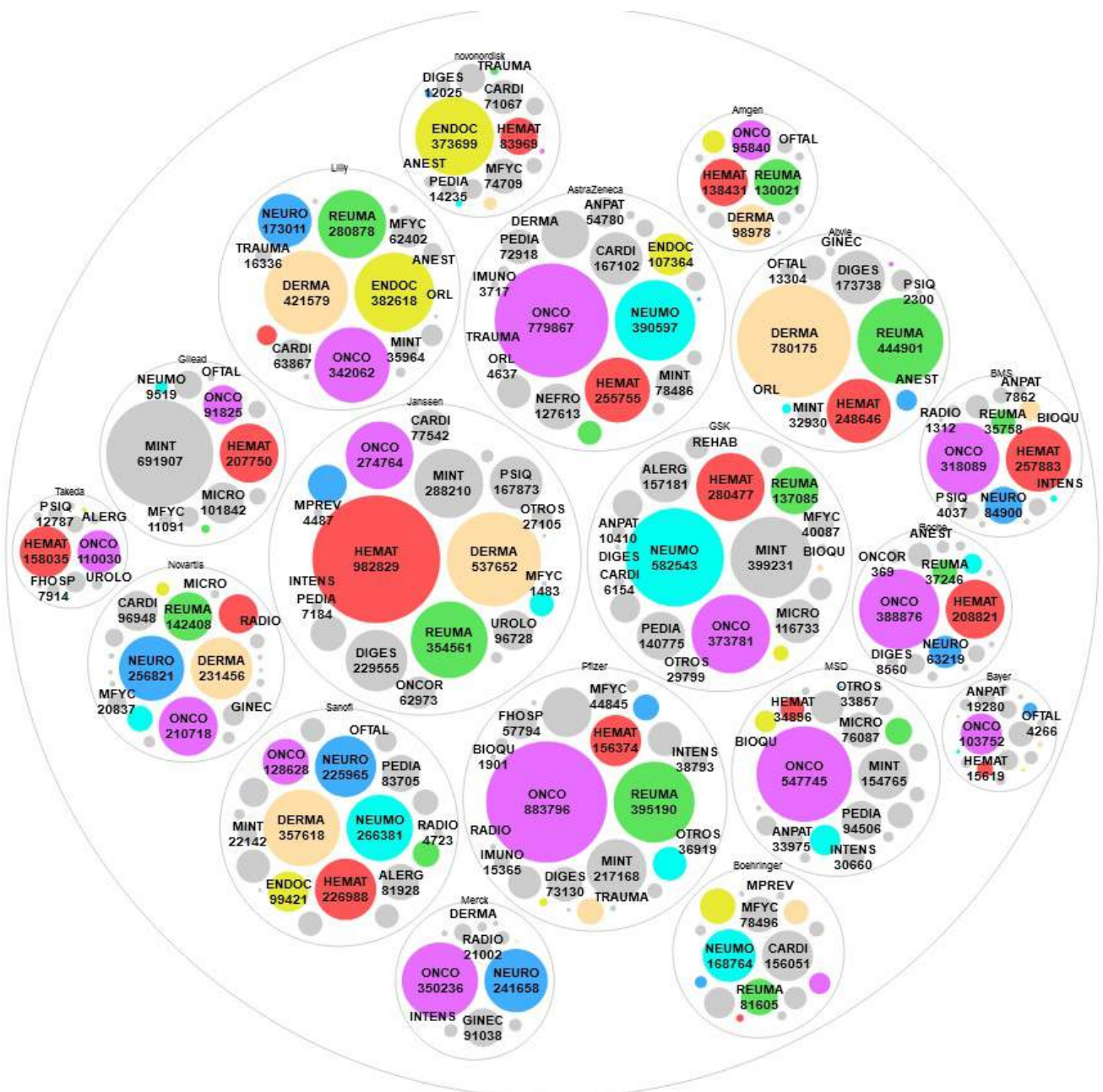
Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

En la Figura 13 en cada multinacional se han coloreado las 8 especialidades que acumulan el 77% del importe que dedican a pagar líderes de opinión del ToV15000.

Con esta información se puede comprobar que cuando las multinacionales farmacéuticas y su coro de los predicán a los cuatro vientos que con las ToV colaboran con la formación de los profesionales del SNS ya se sabe de lo que hablan. Sólo les interesa que se prescriban sus medicamentos y concentran todos sus esfuerzos y ese dinero en pagar a las especialidades y especialistas que los pueden indicar o prescribir y mejor

los rentabilizan; y que la formación del 78% de los especialistas del SNS les importa poco menos que “un bledo”. En cambio, hay 2 especialidades que parecen tener barra libre, oncología y hematología, que sólo suponen un 3,6% de los especialistas del SNS y, en cambio, invierten en ellos más del 30% de las ToV. Pero no sean mal pensados, no se vayan a creer que tiene algo que ver con que el gasto farmacéutico hospitalario de estas dos especialidades es del 30,2%.

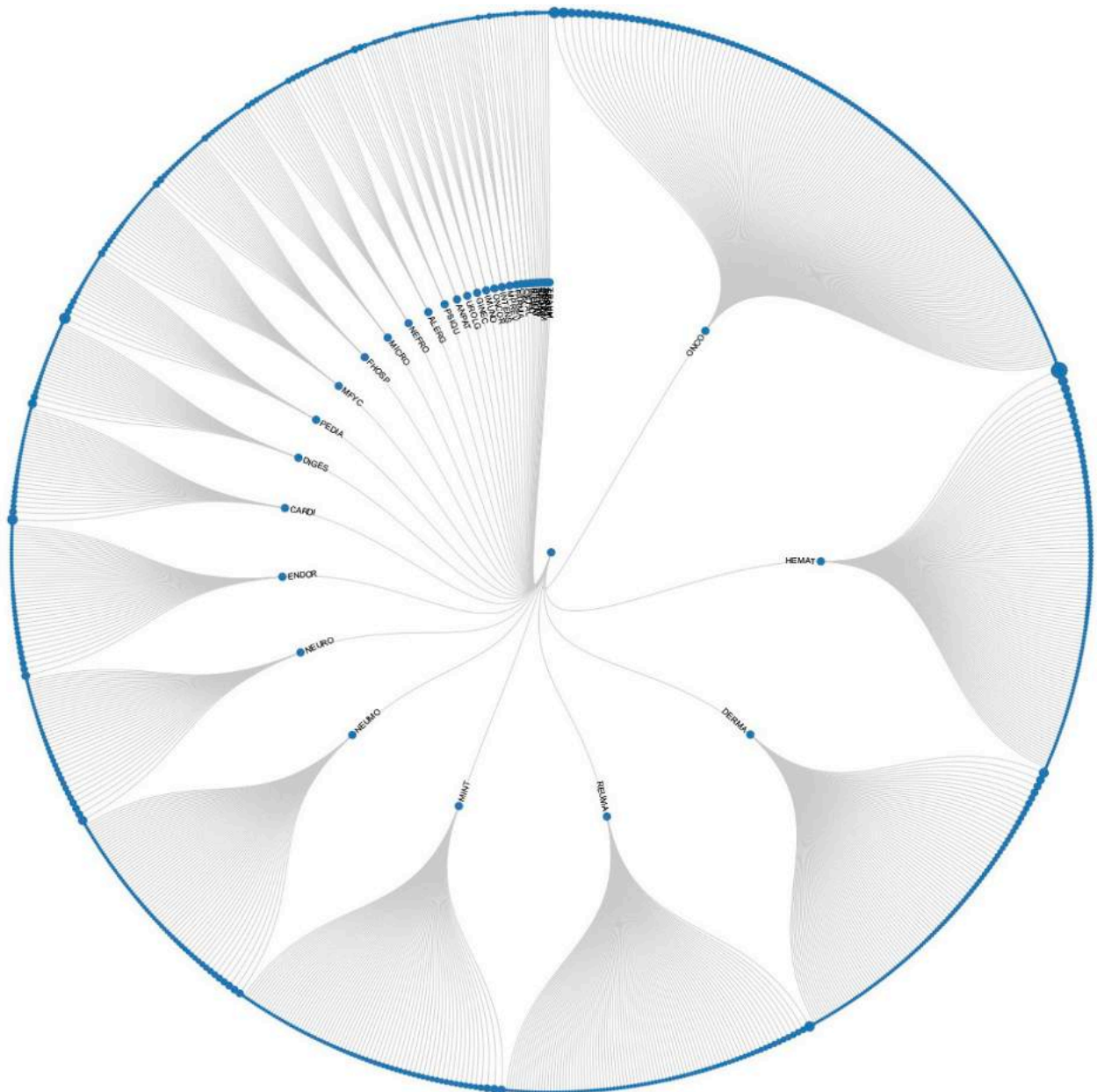
Figura 13: Inversión de las multinacionales en el ToV15000 por especialidad.



Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

También sorprende mucho (bueno, a estas alturas ya no) la exclusión de los geriatras y farmacólogos clínicos del ToV15000 (me avergüenza profesionalmente la presencia de 17 farmacéuticos de hospital, 6 de ellos jefes de servicio, y dos KOL Diamante, cuyo principal mérito para cotizar en este mercado resulta fácil imaginar y difícil de justificar). Los primeros, porque tratan ancianos, el sector de población más vulnerable y más polimedocado, en los que el aumento de riesgo de mortalidad por esta causa está bien documentado (9), y los segundos, porque evalúan los efectos de los fármacos en los pacientes. Pero no, eso ni es importante, ni necesita más formación, ni es rentable para las multinacionales. Porque lo mejor que puede pasar es que haya

deprescripción y eso no aumenta su negocio. O que, como ya pasó con la cerivastatina, un farmacólogo clínico detecte un riesgo grave y les retiren su flamante nuevo medicamento del mercado. Aunque, por lo que nos desveló Joan Ramon Laporte en la entrevista que concedió a nuestra revista (11), eso hoy día difícilmente sucedería. Pero que un oncólogo o un hematólogo indique o prescriba lo último de lo último de lo último, y cuanto antes, es su máxima prioridad; ahí si se juegan mucho dinero y se necesitan muchos, como se ve en la figura siguiente, que muestra a todos KOL15000 por su especialidad, ordenados por pagos (en el Anexo de este artículo puede leerse la lista completa de los pagos que reciben).



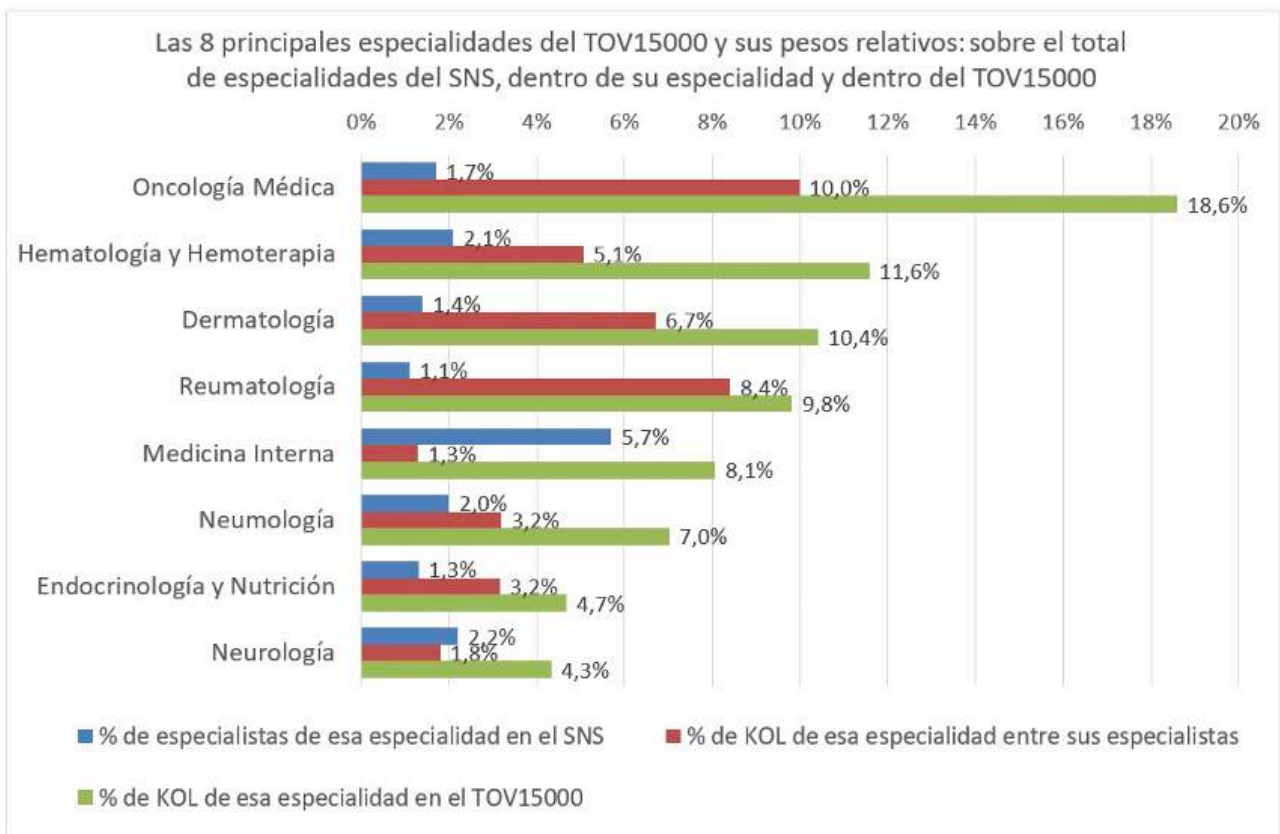
La red oscura que las multinacionales farmacéuticas ocultan tras los pagos a profesionales...

El valor de la especialización en el TOV15000

Si bien la especialización, como se estudiará en este apartado, es un elemento de valor adicional a la especialidad en todas ellas, es clamoroso el escaso o nulo interés de las multinacionales por los especialistas en medicina familiar y comunitaria, que, representando el 42% de los profesionales sanitarios, representan el 3% de los KOL. Esto es claramente indicativo de que su valor para las multinacionales no lo determina su especialidad. Además, si se analizan los datos de las 8 primeras especialidades del ToV15000 de la Figura 14 también se observa que entre las 8 primeras hay dos

especialidades, medicina interna y neurología, cuyo porcentaje de KOL entre sus especialistas es menor que el peso de la especialidad dentro del SNS. Esto es indicativo de que el interés de las multinacionales por estas dos especialidades no lo despierta la especialidad y de que es muy selectivo, como así sucede: se concentra mayoritariamente en quienes trabajan en el campo del VIH y quienes tratan el mieloma múltiple respectivamente, algo que ya se vio que también sucedía con la cotización de los jefes de servicio KOL15000 de estas especialidades.

Figura 14: Las 8 principales especialidades del ToV15000 y sus pesos relativos.



Fuente: Farmaindustria (2).
Elaboración propia.

En la Tabla 14 se muestran todas las especialidades que, para su inclusión en el ToV15000, en la elección de los especialistas por las multinacionales prima la especialización del profesional sobre su especialidad.

Tabla 14: Valor de la especialización en el ToV15000.

Médicos y Farmacéuticos Especialistas del SNS			KOL en el TOV15000 por Especialidades			
Especialidad	Total Nacional	% Especialidad	KOL > 15000€	% sobre total KOL	% KOL sobre Total Nacional	Valor de la especialización
Medicina Familiar y Comunitaria	39.666	42,1%	26	3,0%	0,1%	-42,0%
Medicina Física y Rehabilitación	1.526	16,0%	1	0,1%	0,1%	-15,9%
Pediatría	10.760	11,4%	19	2,2%	0,2%	-11,2%
Anestesiología y Reanimación	6.742	7,2%	1	0,1%	0,0%	-7,2%
Obstetricia y Ginecología	4.667	5,0%	5	0,6%	0,1%	-4,9%
Psiquiatría	4.357	4,6%	7	0,8%	0,2%	-4,4%
Medicina Interna	5.337	5,7%	69	8,1%	1,3%	-4,4%
Cirugía Ortopédica y Traumatología	4.192	4,4%	1	0,1%	0,0%	-4,4%
Radiodiagnóstico	4.101	4,4%	1	0,1%	0,0%	-4,4%
Oftalmología	2.965	3,1%	3	0,4%	0,1%	-3,0%
Medicina Intensiva	2.557	2,7%	5	0,6%	0,2%	-2,5%
Cardiología	2.782	3,0%	31	3,6%	1,1%	-1,9%
Otorrinolaringología	1.821	1,9%	2	0,2%	0,1%	-1,8%
Aparato Digestivo	2.566	2,7%	25	2,9%	1,0%	-1,7%
Urología	1.814	1,9%	6	0,7%	0,3%	-1,6%
Anatomía Patológica	1.450	1,5%	5	0,6%	0,3%	-1,2%
Bioquímica	1.092	1,2%	1	0,1%	0,1%	-1,1%
Farmacia Hospitalaria	2.164	1,5%	17	2,1%	0,8%	-0,7%
Nefrología	1.430	1,5%	12	1,4%	0,8%	-0,7%
Neurología	2.060	2,2%	37	4,3%	1,8%	-0,4%
Oncología Radioterápica	691	0,7%	4	0,5%	0,6%	-0,1%

Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

Hablar de especialización hace referencia no sólo a su especialización clínica, que es lo más frecuente, sino también, en algunos casos, a la ostentación de cargos en comités, por ejemplo de vacunas, SSCC o GGTT, situaciones a las que las multinacionales farmacéuticas están especialmente atentas a la hora de invertir sus ToV, como se verá más adelante.

El valor de las patologías en el ToV15000

Para conocer el valor que tienen para las multinacionales farmacéuticas las enfermedades en las que se han especializado los profesionales sanitarios que

forman parte del selectivo ToV15000, al excluir a los jefes de servicio quedan 643 KOL15000, de ellos 558 con ejercicio profesional especializado en enfermedades muy específicas. De su revisión se observa que hay una importante concentración en algunas muy concretas. De hecho, tan sólo 14 enfermedades concentran el 73% de los líderes de opinión que forman parte del selectivo ToV15000, como se analizará a continuación.

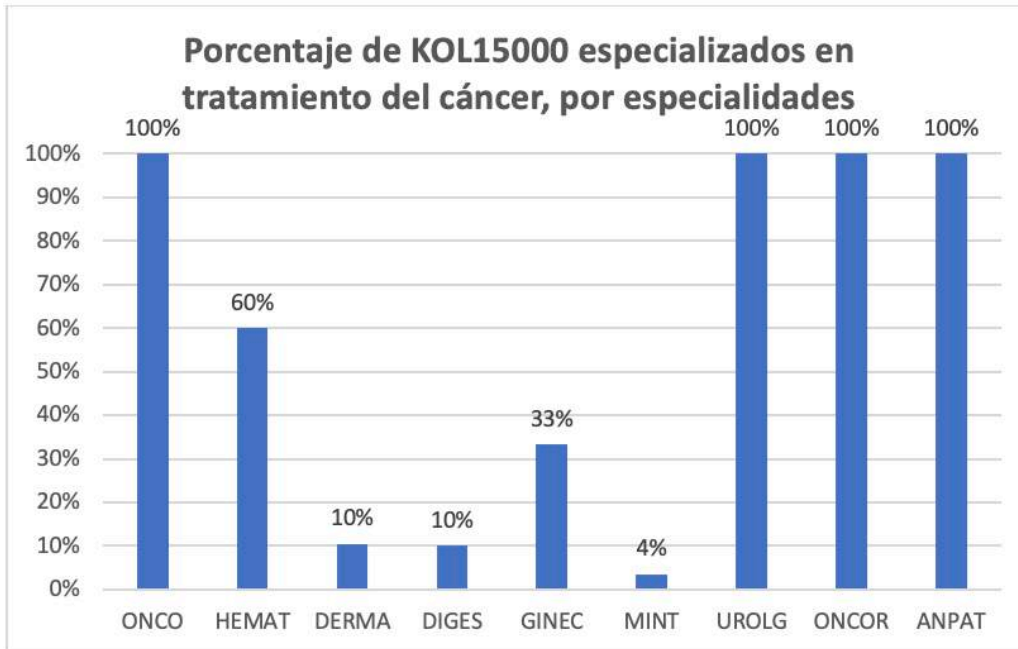
La importancia del cáncer en el ToV15000

El tratamiento del cáncer es el principal caladero de KOL15000 de las multinacionales farmacéuticas con 175 profesionales (el 31% de los KOL15000 tienen su actividad clínica relacionada con el

tratamiento del cáncer). Por especialidad, son el 100% de los oncólogos médicos y radioterápicos, urólogos y anatomopatólogos, y un 60% de los hematólogos del Tov15000. Pero también tiene importancia en otras especialidades, como dermatología, ginecología, digestivo y

medicina interna, como se muestra en la Figura 15.

Figura 15: Importancia de especializarse en tratar el cáncer para entrar en el ToV15000.



Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

Hay 4 tumores que concentran ese interés: mama, pulmón, mieloma múltiple y los genitourinarios, que suponen el 52% de ellos,

cuya distribución ampliada se muestra en la Tabla 15.

Tabla 15: Número de KOL15000 por tumores en los que están especializados y sus especialistas.

KOL15000 especializados en cáncer	Total	ONCO	HEMAT	DERMA	DIGES	GINEC	MINT	UROLG	ONCOR	ANPAT
	175	110	45	7	2	1	2	4	2	2
Mama	32	31								1
Pulmón	22	22								
Mieloma Múltiple	20		20							
Tumores Genitourinarios	17	13						3	1	
Tumores Ginecológicos	15	14				1				
Cáncer de Piel	15	8		7						
Linfomas	12	2	10							
LLC	12		12							
Tumores Digestivos	12	10			1		1			
Otros Tumores	18	10	3		1		1	1	1	1

Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

Otras patologías y áreas terapéuticas importantes para entrar en el ToV15000

En el resto de las patologías también se identifican enfermedades y áreas terapéuticas que son importantes para las multinacionales farmacéuticas y para el

selectivo ToV15000. En la Tabla 16 se muestran las 13 que tienen 10 o más KOL15000.

Tabla 16: Enfermedades o áreas terapéuticas destacadas, por especialidad, entre las que están especializados los KOL15000.

KOL15000 en:	Total	DERMA	DIGES	MINT	REUMA	ENDOC	MFyC	MICRO	PEDIA	MPREV	INMUN	NEURONEUMO	ALERG	CARDI
Psoriasis	35	35												
Diabetes	33			1		21	11							
SIDA	32		1	24			1	6						
Asma	30											25	5	
Enfermedades Infecciosas	16			13		1		2						
Esclerosis Múltiple	16											16		
Enf Inflammatoria Intestinal	15		15											
Artritis psoriásica	13				13									
Insuficiencia Cardíaca	13			5										8
Vacunas	12						1		8	2	1			
Enf Reum Autoin sistém	11				11									
EPOC	10											10		
Artritis reumatoide	9				9									

Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

En total son 245, que suponen el 44% de todos los estudiados, que junto con los 175 KOL15000 especializados en el cáncer estudiados anteriormente, acumulan el 74% de los profesionales sanitarios que sin ser jefes de servicio forman parte del selectivo ToV15000. Es decir, sólo 22 enfermedades o áreas terapéuticas concentran el 74% de los líderes de opinión del selectivo ToV15000. Si se tiene en cuenta que en la clasificación internacional de enfermedades CIE11 de la OMS (10) hay unos 17.000 códigos únicos, y que con el uso de combinaciones de códigos, se pueden codificar más de 1,6 millones de situaciones clínicas diferentes, se puede uno hacer una idea de la cirugía de precisión (que para sí quisieran los mejores cirujanos)

que practican las multinacionales farmacéuticas cuando invierten ese dinero que eufemísticamente llaman transferencias de valor, pero que es evidente que es una inversión en valores, acciones de un mercado de valores muy selectivo (el ToV15000), que les reporta un suculento beneficio económico. Sólo 22 enfermedades de entre 17.000 y 1,6 millones: no puede quedar más claro que cuando las multinacionales farmacéuticas y su coro de loros predicán a los cuatro vientos que con las ToV colaboran con la formación de los profesionales del SNS es una descomunal “fake new” y sería bueno que “Newtral” tomase nota de ello.

Análisis del valor del ToV15000 por multinacionales

Conociendo el número de líderes de opinión de las enfermedades a los que paga cada multinacional y sabiendo lo que pagan a cada uno de ellos (excluidos los jefes de servicio cuya valoración no depende en exclusiva de su especialización) se puede calcular el porcentaje de KOL15000 que

paga cada multinacional en cada una de esas enfermedades y con ello su interés estratégico en el ToV15000. En la Tabla 18 se muestra esta inversión en oncología y en la Tabla 19 la del resto de enfermedades y áreas terapéuticas destacadas analizadas.

Tabla 18: Porcentaje de inversión económica de cada multinacional en KOL15000 oncológicos.

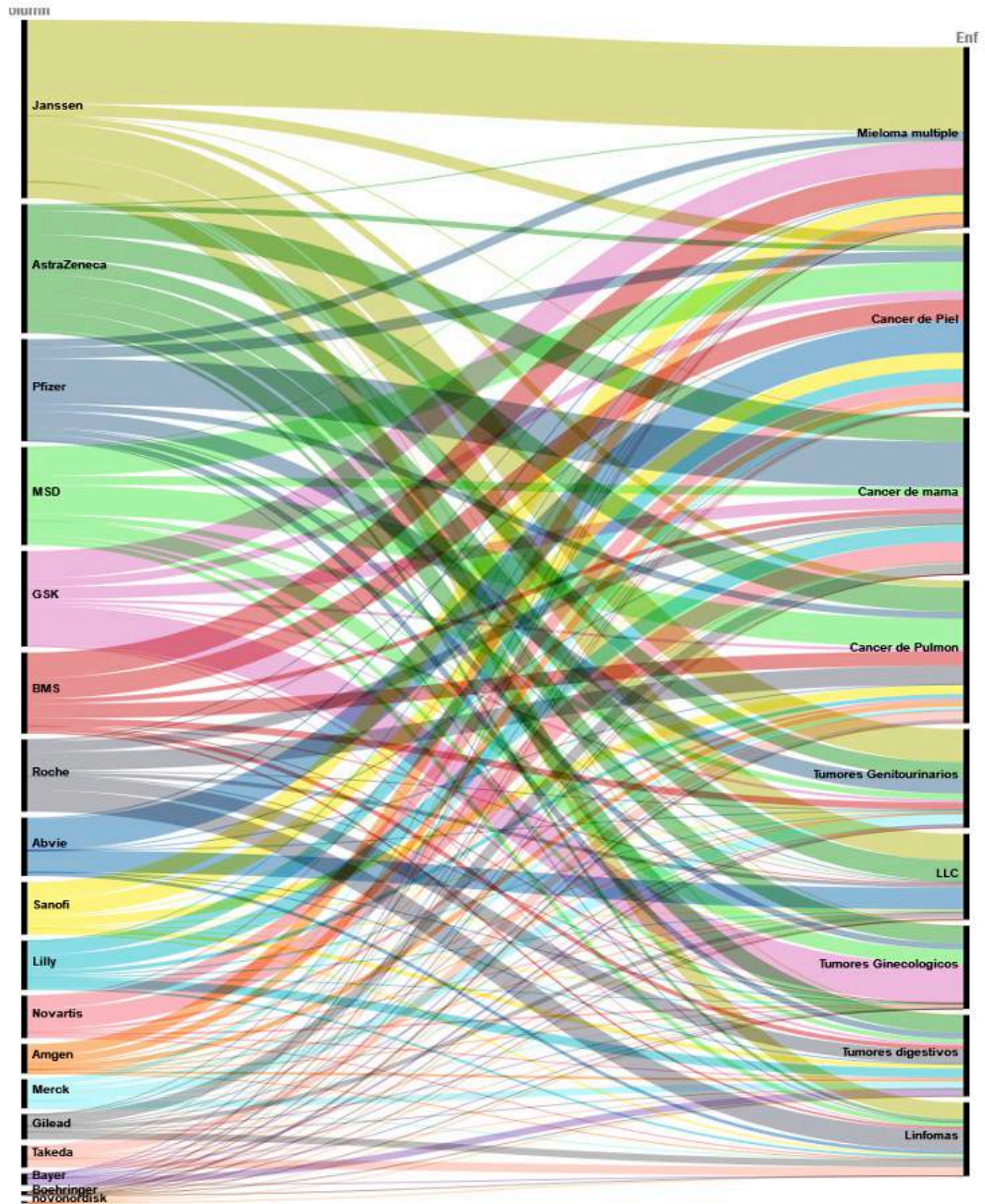
Laboratorio	Total	Cáncer de Pulmón	Mieloma múltiple	Cáncer de mama	Tumores Genitourinarios	Tumores Ginecológicos	Cáncer de Piel	Linfomas	LLC	Tumores digestivos
Janssen	17,4%	5,0%	46,5%	-	33,2%	0,0%	6,6%	22,5%	30,5%	-
AstraZeneca	12,7%	16,8%	0,5%	15,3%	15,6%	20,7%	3,2%	4,6%	24,4%	21,6%
Pfizer	9,7%	5,0%	4,6%	29,1%	16,5%	7,8%	6,1%	-	1,1%	7,7%
GSK	9,2%	2,0%	15,2%	7,8%	2,8%	45,6%	4,8%	0,2%	1,3%	2,9%
MSD	8,4%	20,6%	-	5,7%	6,2%	18,2%	16,2%	6,6%	0,1%	5,3%
Roche	7,2%	13,1%	0,3%	6,9%	1,1%	0,4%	0,6%	29,2%	5,0%	17,0%
BMS	7,1%	10,3%	14,1%	3,3%	7,1%	1,0%	11,6%	2,8%	0,5%	5,5%
Sanofi	4,5%	6,7%	9,7%	0,8%	1,0%	-	9,1%	2,5%	1,1%	5,2%
Abvie	4,3%	-	0,8%	-	-	-	17,7%	4,7%	25,3%	0,4%
Lilly	4,3%	3,0%	-	10,2%	1,4%	0,9%	7,8%	3,0%	1,5%	11,4%
Novartis	3,6%	2,1%	0,2%	12,9%	0,7%	2,5%	7,0%	1,9%	0,8%	1,8%
Merck	2,6%	2,5%	-	0,8%	11,5%	0,3%	3,2%	-	-	8,5%
Amgen	2,6%	3,7%	6,8%	0,1%	-	1,5%	4,3%	-	0,2%	3,0%
Gilead	2,5%	0,3%	0,3%	7,0%	-	1,2%	-	9,9%	5,6%	0,4%
Takeda	2,2%	6,1%	0,9%	-	0,1%	-	0,3%	12,0%	2,6%	-
Bayer	1,1%	1,0%	-	0,2%	2,5%	0,1%	0,2%	0,1%	-	8,4%
Boehringer	0,4%	1,8%	-	-	0,1%	-	0,4%	-	-	0,8%
novonordisk	0,1%	-	-	-	0,3%	-	0,9%	-	-	-

Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración Propia

Janssen es el que más dinero invierte en KOL15000 oncológicos (un 17% del total invertido en ellos) y también el principal inversor en líderes de opinión (en amarillo) de mieloma múltiple, LLC y tumores genitourinarios y el segundo (en gris) en linfomas. Le sigue AstraZeneca, principal inversor en tumores digestivos y segundo en pulmón, mama y ginecológicos. Tercero es Pfizer, principal inversor en cáncer de mama y el segundo en genitourinarios. En cuarto lugar figura GSK, principal inversor en tumores ginecológicos y segundo en mieloma múltiple. MSD, Roche y Abvie también tienen una importante inversión en líderes de opinión oncológicos: MSD es primero en cáncer de pulmón y segundo en piel, Roche primero en linfomas y segundo en tumores digestivos y Abvie es el primer inversor en cáncer de piel y segundo en LLC. En cambio, Novonordisk y Boehringer tienen un interés minúsculo en enfermedades oncológicas.

En la Figura 16 se pueden ver los flujos económicos de estas multinacionales a los líderes de opinión oncológicos por sus especializaciones y en la Figura 17, la multinacional que más les paga según el tipo de cáncer.

Figura 16: Pagos de las multinacionales líderes de opinión por su especialización.

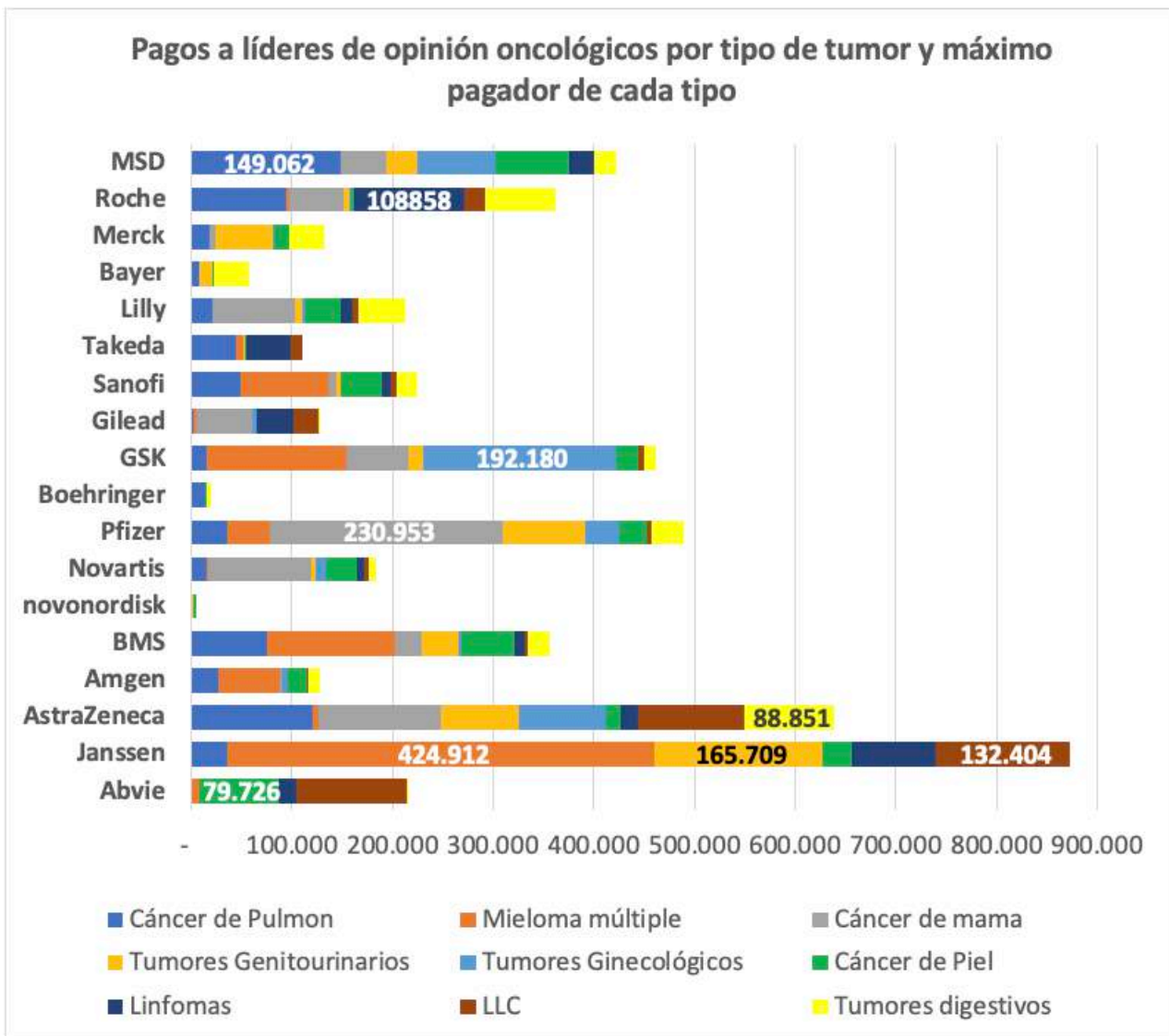


Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.



La red oscura que las multinacionales farmacéuticas ocultan tras los pagos a profesionales...

Figura 17: Máximo pagador a líderes de opinión oncológicos para cada tipo de tumor.



Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.



Tabla 19: Porcentaje de inversión económica de las multinacionales en KOL15000 de otras enfermedades y áreas terapéuticas destacadas.

Laboratorio	Psoriasis	Diabetes	SIDA	Asma	Enfermedades Infecciosas	Esclerosis Múltiple	Enf Inf Intestinal	Artritis psoriásica	Insuficiencia Cardíaca	Vacunas	Enf Reum Autoinm sistem	EPOC	Artritis reumatoide
Abvie	29,4%	0,1%	1,2%	-	1,7%	-	31,3%	15,7%	-	-	20,9%	-	19,3%
Janssen	22,8%	0,0%	16,6%	-	14,7%	9,1%	47,6%	37,7%	1,4%	-	13,7%	0,7%	23,9%
AstraZeneca	-	15,6%	-	26,7%	0,0%	-	-	-	32,4%	6,6%	4,1%	26,8%	-
Amgen	5,1%	0,7%	0,1%	-	-	-	0,4%	7,7%	0,7%	-	6,6%	-	2,4%
BMS	1,2%	-	-	-	-	11,2%	-	0,3%	1,7%	-	-	-	1,8%
novonordisk	0,6%	28,3%	-	-	1,0%	-	-	-	4,6%	0,8%	-	0,8%	1,3%
Novartis	12,8%	1,2%	0,1%	4,0%	-	20,5%	-	10,9%	8,9%	-	7,4%	4,5%	5,6%
Pfizer	0,8%	0,1%	1,1%	0,2%	10,3%	-	13,3%	7,3%	8,3%	24,2%	14,4%	-	15,9%
Boehringer	1,1%	9,1%	-	3,6%	0,7%	-	-	2,4%	27,3%	-	5,6%	17,1%	4,5%
GSK	0,3%	1,6%	26,3%	41,6%	22,0%	-	-	0,6%	2,2%	35,2%	13,7%	40,3%	-
Gilead	-	-	45,0%	-	40,5%	-	-	-	-	-	0,3%	-	1,6%
Sanofi	9,1%	10,6%	0,3%	21,5%	-	27,5%	-	1,5%	0,8%	15,3%	1,4%	9,3%	3,5%
Takeda	-	-	0,1%	-	-	-	4,6%	-	-	-	-	0,3%	-
Lilly	16,7%	25,6%	-	-	2,8%	-	0,5%	11,6%	8,5%	-	10,0%	-	15,9%
Bayer	-	0,3%	-	-	0,1%	1,7%	-	-	3,3%	-	-	-	-
Merck	-	-	-	-	-	26,6%	-	-	-	-	-	-	-
Roche	-	-	0,3%	0,1%	-	3,2%	-	-	-	-	0,2%	0,1%	0,7%
MSD	0,0%	6,8%	9,0%	2,3%	6,0%	0,1%	2,2%	4,2%	-	17,9%	1,7%	0,3%	3,6%

Fuente: Farmaindustria (2). Elaboración propia.

Aunque a estas alturas el resultado no podía ser más esperable, no deja de impactar la coincidencia casi milimétrica entre el dominio del mercado de esas áreas terapéuticas por las multinacionales, con sus medicamentos estratégicos en esas patologías, y el de los pagos a los líderes de opinión de cada una de ellas:

- ¿A quién le puede extrañar que GSK lidere el pago a los líderes de opinión en vacunas y EPOC?
- ¿A qué profesional sanitario le puede extrañar que Abvie lo lidere en psoriasis y Gilead en SIDA y enfermedades infecciosas?
- ¿Qué profesional sanitario no lo apostaría todo por Novonordisk en diabetes con Lilly pisándole los talones?

Estos datos confirman lo que es un secreto a voces en el campo sanitario, que cada pastor cuida de su rebaño. Pero también demuestran lo que quedaba oculto tras la propaganda de su coro de loros: a las demás ovejas que les den... es decir, como ya se ha visto, al 78% de los profesionales sanitarios del SNS, que les den...

¿Agentes dobles en la Red de Expertos externos de la Agencia Española del Medicamento?

La Agencia Española del Medicamento (AEMPS) cuenta con 311 asesores científicos y clínicos (10) y, según informa, una de sus fortalezas es la interacción con los excelentes profesionales del SNS y de las universidades españolas a través de la Red de Expertos externos de la AEMPS, que le presta asesoramiento científico y clínico en áreas específicas de conocimiento. Estos son designados según lo dispuesto en el Real Decreto 1275/2011, para el asesoramiento científico y clínico en materia de seguridad, eficacia y calidad, así como para la realización de los estudios e investigaciones que sean precisos para mejorar su conocimiento y sus garantías sanitarias. La AEMPS vela para que la red cuente con representación de las distintas áreas de conocimiento y experiencia necesarios para acometer las funciones de asesoría científico-técnica, investigación, evaluación y estudios previstos.

Como nada se habla de conflictos de interés y los criterios que emplea la AEMPS para su designación, si existen, no son públicos, los KOL15000 también están invitados y desde

luego que no lo han desaprovechado: 31 de ellos (el 10% de la Red de Expertos de la AEMED), que en 2022 cobraron más de un millón de euros de las multinacionales farmacéuticas, figuran en el listado, y de nuevo con una sobrerrepresentación de KOL15000 de las áreas terapéuticas de mayor interés para las multinacionales farmacéuticas que ya conocemos. Y cobrando una media de 34.769€ de las multinacionales farmacéuticas y cero euros

de la AEMPS, es lícito que alguien pueda pensar que, permítanme la terminología de Agatha Christie, actúan como “agentes dobles” de las multinacionales farmacéuticas. En la Tabla 20 se muestra su número, especialidad e importes recibidos por cada uno de ellos.

Tabla 20: KOL15000 en la Red de Expertos de la AEMPS.

KOL15000 en la Red de Expertos de la AEMPS											
Nº	Especialidad	Pagos totales de las multinacionales farmacéuticas a cada KOL15000									
10	Hematología	66727	43416	28178	22188	21849	21691	21583	18461	18046	15723
7	Oncología Médica	79731	49279	35521	33882	33882	22680	21509			
2	Dermatología	59714	36512								
2	Medicina Interna	36053	30719								
2	Microbiología	35039	16823								
2	Neurología	100910	32742								
1	Cardiología	15289									
1	Farmacia Hospitalaria	26114									
1	Nefrología	22903									
1	Pediatría	58212									
1	Reumatología	23048									
1	Urología	29421									

Fuente: Farmaindustria (2) y AEMPS (10).
Elaboración Propia

Tercera parte: Rentabilizando su inversión

Estrellazumabs y Galacticotinibs

¿De qué sirven 855 líderes de opinión si no influyen en el resto? Para eso está su posicionamiento en las organizaciones, SSCC y GGTT y su escenificación en el principal teatro de sus operaciones, los congresos. ¿Quién discute en un congreso sanitario a un líder de opinión, que ya utilice con resultados prometedores el último estrellazumab o galacticotinib de la multinacional correspondiente, en plena

campana de lanzamiento comercial o a punto de iniciarla y que es una de las estrellas de ese congreso, porque según un ensayo clínico, quizás de los que nos alerta el Dr. Laporte en su último libro “Crónica de una sociedad intoxicada” (10), aumenta la supervivencia libre de enfermedad X días, pero que, según otro estudio que está en marcha (y que puede que nunca vea la luz, como también advierte el profesor Laporte), parece que incluso podrían ser algunos días más? ¿Qué medio del coro de loros de las multinacionales farmacéuticas no se hará eco de unas declaraciones posteriores en las que se lamente el retraso en la autorización de estos medicamentos en España?

Porque a las multinacionales no les sirve un líder de opinión si no están donde se les

necesita. En esta tercera parte se analizará su presencia en puestos de responsabilidad de especialidades y terapias que concentran más del 70% del total de KOL15000 y de sus principales GGTT: oncología médica, hematología, dermatología, reumatología, neumología, neurología, microbiología y enfermedades infecciosas y VIH, que representan el 60% del gasto farmacéutico hospitalario del SNS, y de vacunas y diabetes.

Juntas directivas de las SSCC, cada mochuelo a su olivo

En la Tabla 20 se muestra la importante acumulación de puestos directivos en estas 9 SSCC, en cuyas juntas directivas (12-20) invirtieron más de 2,5 millones de euros: de 130 miembros, 61 (el 47%) son KOL15000 y sólo 14 (un 10%) no recibieron en 2022

ningún pago de las multinacionales farmacéuticas. Se observa también, como ya es una constante, la avidez de las multinacionales por hematología y oncología, donde los KOL15000 no sólo copan casi el 70% de sus juntas directivas, sino que el pago medio que reciben es sensiblemente superior al de las demás. También se aprecia la fuerte implantación en reumatología y dermatología, y como era esperable, una vez constatada la cirugía de precisión con la que invierten su dinero las multinacionales en líderes de opinión, su presencia mayoritaria en el Comité Asesor de Vacunas de la AEP donde, seguro que lo habrían adivinado, el principal inversor de sus transferencias de valor es GSK.

Tabla 20: Acumulación de puestos directivos de KOL15000 en SSCC

Sociedades y Asociaciones Científicas	Miembros J. Directiva						Pagos a J. Directiva					
	Total	KOL15000	No KOL	Cero pagos	% miembros Kol15000	% Pagos a Kol	Total	KOL15000	No KOL	Pago medio	Pago medio Kol15000	Pago medio No Kol
AEHH	15	10	5	1	67%	98%	658.933	643.963	14.970	42.931	64.396	2.994
SEOM	12	8	4	0	67%	93%	449.393	416.380	33.013	34.698	52.048	8.253
AEDV	33	15	18	8	45%	95%	583.874	553.033	30.841	16.759	36.869	1.713
SER	19	9	10	2	47%	89%	362.489	322.598	39.890	16.979	35.844	3.989
SEIMC	12	4	8	2	33%	91%	143.393	130.884	12.509	10.907	32.721	1.564
SEPAR	6	2	4	1	33%	81%	63.534	51.313	12.221	8.552	25.657	3.055
SEN	12	1	11	1	8%	43%	48.645	21.029	27.616	1.752	21.029	2.511
AEV	10	3	7	0	30%	61%	80.877	49.179	31.698	4.918	16.393	4.528
Comité Asesor Vacunas AEP	11	7	4	0	64%	90%	210.052	188.549	21.503	17.141	26.936	5.376

Fuente: Farmaindustria (2). SSCC (12-20).
Elaboración propia.

En la Figura 18 se ven los flujos económicos de las multinacionales a los miembros de estas juntas directivas con los que se aprecian nítidamente sus intereses y que reproducen, a nivel de juntas directivas de las SSCC, los flujos de pagos a los líderes de opinión por especialidades, potenciando así la fuerza de su inversión. Como se puede ver, los tentáculos más poderosos están dirigidos por cada multinacional:

- Janssen a hematólogos, dermatólogos y reumatólogos.
- Abvie a dermatólogos y reumatólogos.
- Pfizer a oncólogos, reumatólogos y vacunólogos.
- GSK a hematólogos, vacunólogos y neumólogos.
- Lilly a dermatólogos, reumatólogos y neurólogos.
- BMS a hematólogos y oncólogos.

-Novartis a dermatólogos y oncólogos.

-Sanofi a hematólogos, dermatólogos y vacunólogos.

-Gilead a hematólogos e infectólogos.

-Roche a hematólogos y oncólogos.

-AstraZeneca, sobre todo, a oncólogos.

-MSD a oncólogos y vacunólogos.

-Amgen a hematólogos, dermatólogos y oncólogos.

-Merck a oncólogos.

-Boehringer a dermatólogos y reumatólogos.

-Takeda a hematólogos y oncólogos.

-Novonordisk a hematólogos.

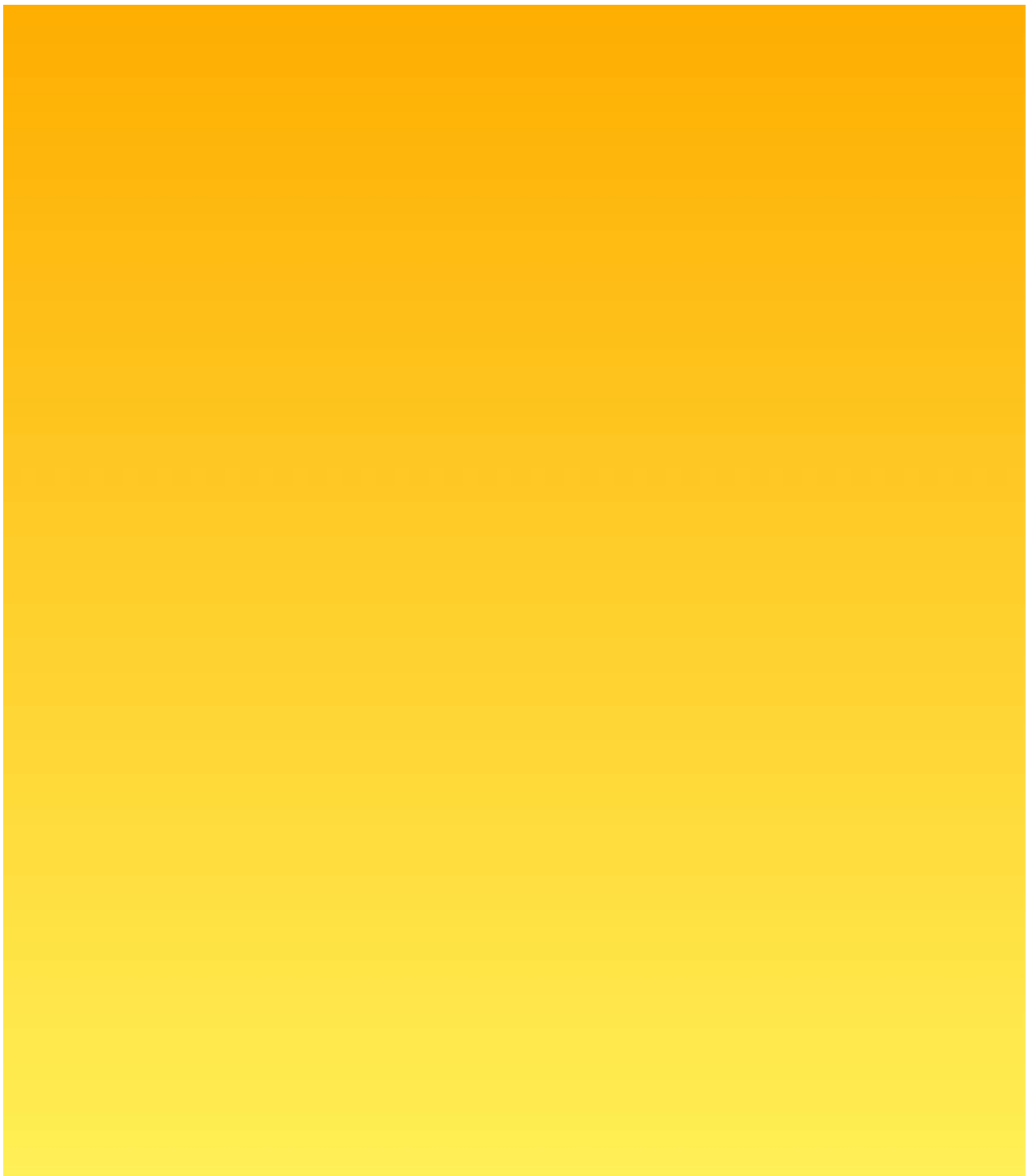
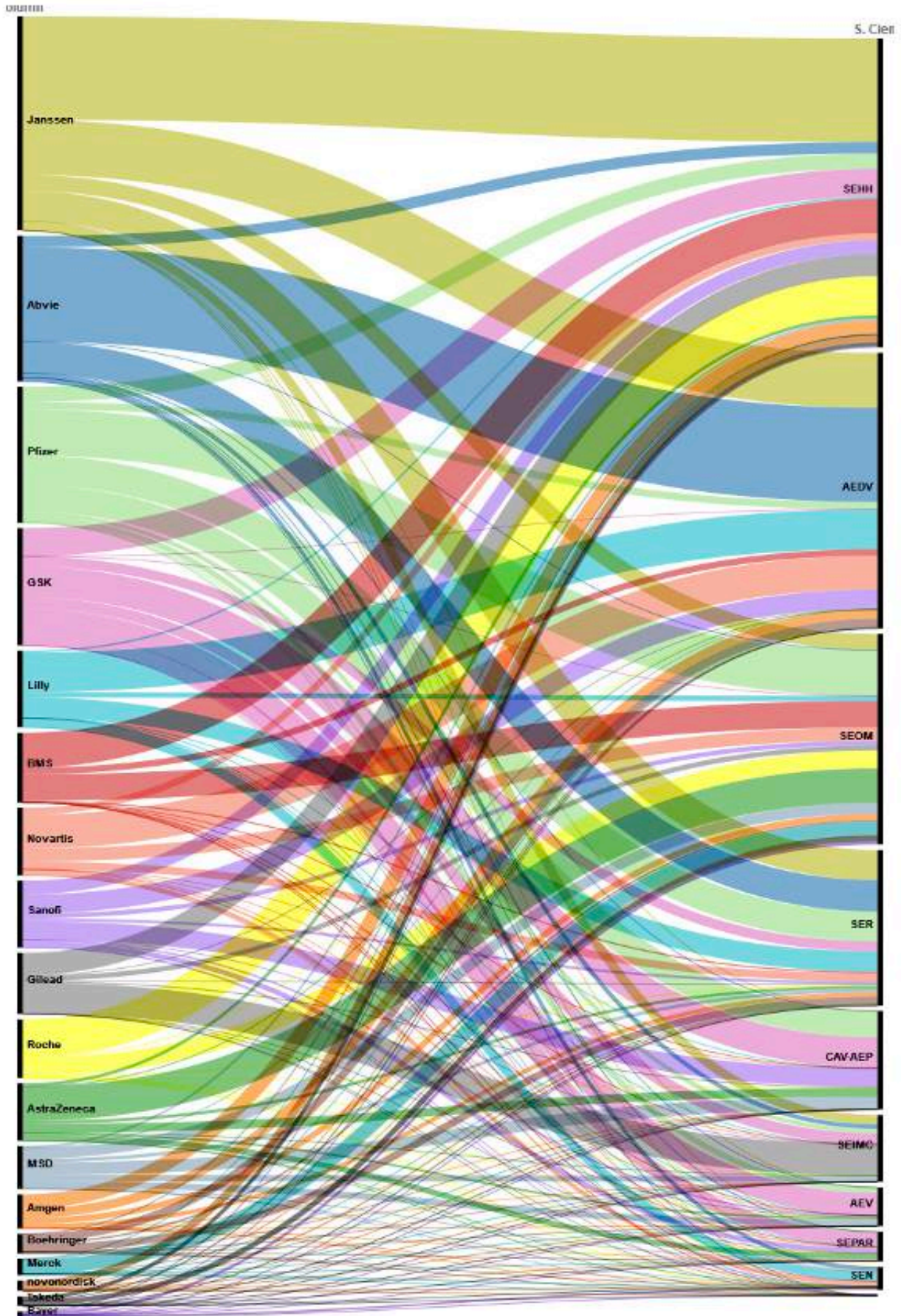


Figura 18: Flujos económicos de las multinacionales a juntas directivas de SSCC.



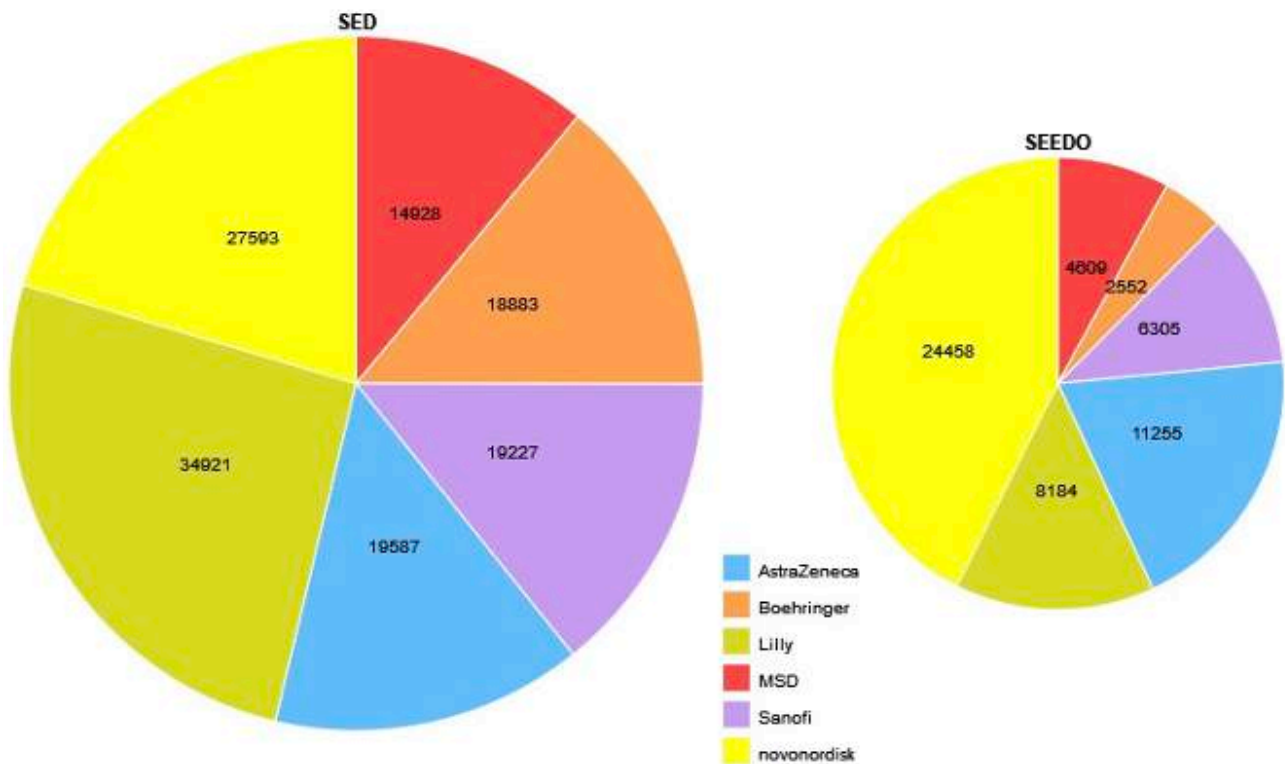
Fuente: Farmaindustria (2). SSCC (12-20). Elaboración propia.

La red oscura que las multinacionales farmacéuticas ocultan tras los pagos a profesionales...

Alguien puede pensar que qué hace Novonordisk pagando hematólogos. La respuesta es simple, lo mismo que los demás porque, aunque no sea su principal línea de negocio, también tiene intereses que defender en el área terapéutica de la trombosis y hemostasia. Sus otras dos grandes áreas de interés, tradicionalmente diabetes y actualmente mucho la obesidad, no están reflejadas en las sociedades analizadas. Pero como muestra la Figura 19, si se revisan los pagos a los directivos de la Sociedad Española del Estudio de la Obesidad (SEEDO) (21), aparecen 4 KOL15000 entre sus miembros y casi el 50% de los pagos los hace Novonordisk,

aunque Lilly tampoco se queda atrás, como era esperable, con un 26%. O en la Sociedad Española de Diabetes (SED) (22), que, con 2 KOL15000 entre sus miembros, los pagos están más repartidos: Novonordisk hace el 20% de ellos, siendo en este caso liderados por Lilly con un 25% de los pagos. Como se ve, defendiendo también sus intereses en esa área terapéutica, que también son muchos). Y es que, en materia de pagos a líderes de opinión de profesionales sanitarios, cada mochuelo a su olivo.

Figura 19: Pagos de las multinacionales a miembros de las juntas directivas de la SED y SEEDO.



Fuente: Farmaindustria (2). SSCC (22-23). Elaboración propia.



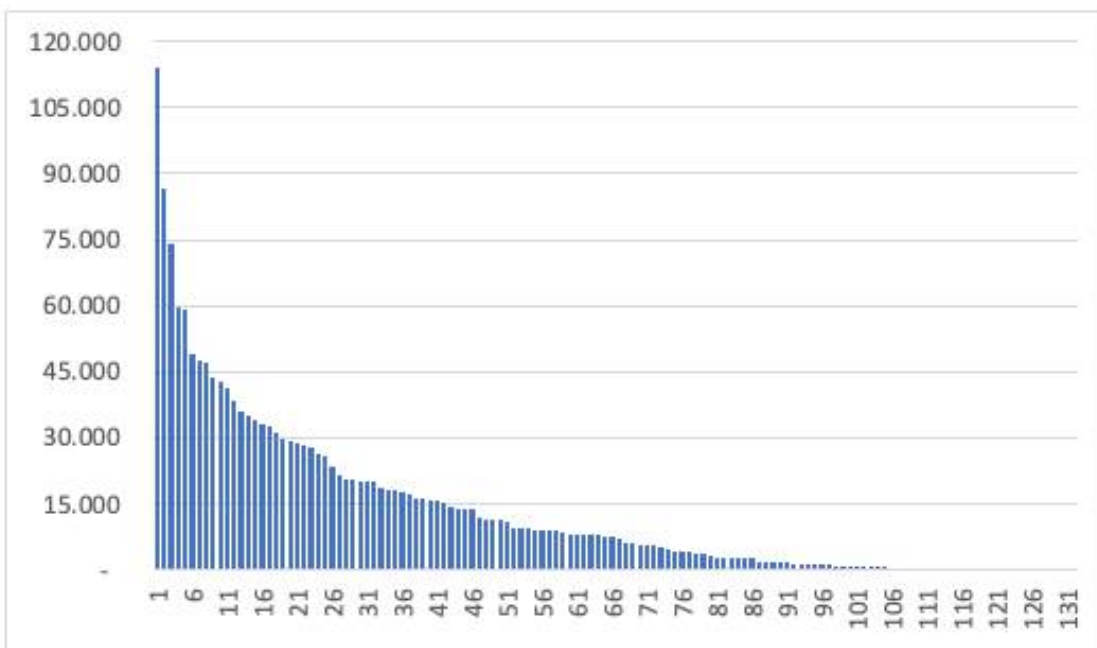
Grupos de Trabajo: Por el interés te quiero Andrés

De igual manera que sólo algunas especialidades sanitarias tienen valor para las multinacionales farmacéuticas, y en algunas sólo determinadas patologías, con GGTT se sigue reproduciendo el mismo patrón y, dentro de la misma especialidad: para los miembros de algunos GGTT manan los pagos y para otros la sequía es pertinaz, sin que el número de KOL15000 que hay en el grupo tenga relación directa con el número miembros que lo integran, sino la o las enfermedades en las que trabajan. Así, por ejemplo, en la AEDV hay dos grupos muy numerosos, uno sobre Psoriasis -GPs, (23)- con 132 miembros y otro sobre Dermato-Oncología y Cirugía -GEDOC, (24)- con 149, y como se observa en las Figuras 20 y 21 (y como seguro que ya

han adivinado), en el primero hay 42 líderes de opinión, 7 veces más que en el segundo. Y es que, permítanme la licencia, parece que por un buen líder de opinión en psoriasis haya tortas, aunque como con el dilema del huevo y la gallina, aquí tampoco se sabe si hay que estar en el grupo para ser KOL o se está en el grupo por ser KOL.

Así pues, que no nos engañen y basta de eufemismos, a las multinacionales farmacéuticas los profesionales sanitarios les interesamos en función del beneficio económico que puedan obtener y, para ello, su herramienta más poderosa son los 103 millones de euros que cada año invierten en pagos de ToV. Como dice el saber popular: “Por el interés te quiero Andrés”

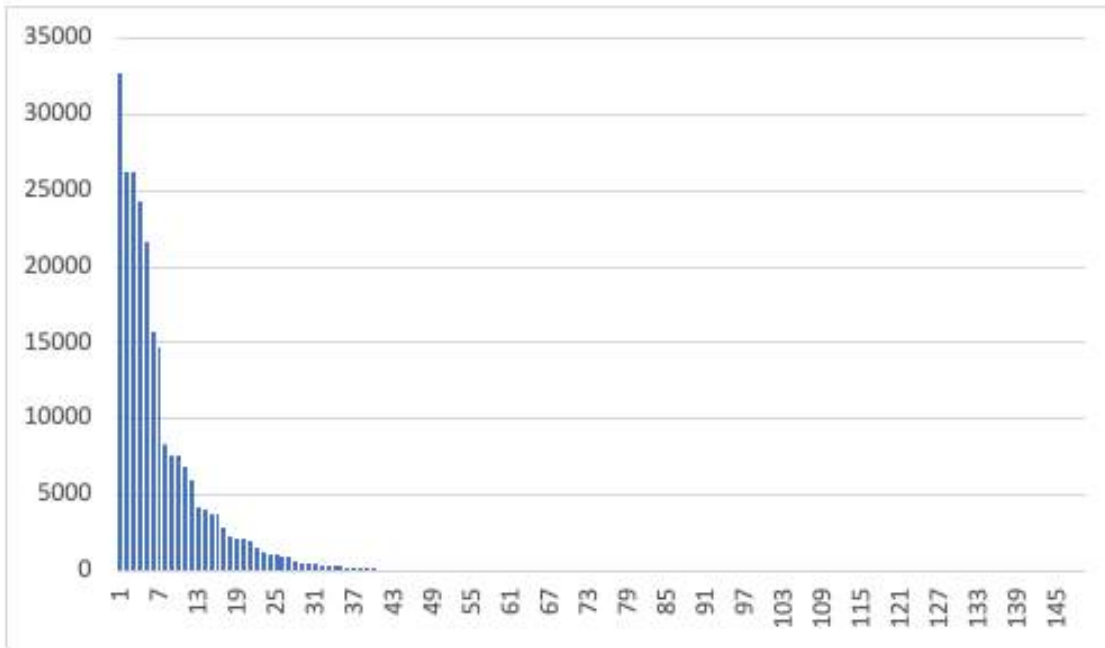
Figura 20: Pagos de las multinacionales farmacéuticas a los dermatólogos del grupo



Fuente: Farmaindustria (2). AEDV (23). Elaboración propia.



Figura 21: Pagos de las multinacionales a los dermatólogos del grupo GEDOC de la AEDV.



Fuente: Farmaindustria (2). AEDV (24). Elaboración propia.

Como se contempla en las tablas y figuras siguientes, su enorme y selectivo interés por líderes de opinión de los GGTT se vuelca de nuevo en las especialidades y enfermedades cuyos tratamientos les generan el mayor beneficio económico y con un enorme impacto económico para el SNS: hematología (25), oncología (26-27,29-34), esclerosis múltiple (35), enfermedad inflamatoria intestinal (36), SIDA (37), como representativo de los medicamentos huérfanos el grupo OrPhar de la SEFH (38), reumatología (39), psoriasis (23), asma (40) y diabetes (41).

Casi la mitad de los puestos directivos (el 47%) de los GGTT de estas patologías están copados por KOL15000, que reciben el 85% de los pagos totales del grupo e incluso superan el 95% en GGTT de cáncer de pulmón, ginecológicos, mieloma múltiple y LLC, como se ve en la Tabla 21. También se evidencia, como se lee en la Tabla 22, que concentran en ellos sus pagos: reciben de media 7 veces más dinero que el resto, llegando a ser en algunos GGTT hasta 13 veces más. Esta diferencia es muchísimo mayor cuando se revisan los pagos mayor y menor a los miembros de cada grupo, llegando a ser esa diferencia casi 100 veces mayor en algunos de ellos.



Tabla 21: Puestos directivos de KOL15000 en GGTT de SSCC y GGTT independientes.

Enfermedades que estudian los grupos de trabajo	Grupos de Trabajo	Miembros Junta Directiva/Coordinación/Vocalías					
		Total	KOL15000	No KOL	Cero pagos	% miembros Kol15000	% Pagos a KoL
Cáncer de pulmón	GECP	14	9	5	0	64%	92%
Cáncer de pulmón	ICAPEM	12	9	3	0	75%	97%
Cáncer de mama	GEICAM	26	12	14	2	46%	85%
T. Genitourinarios	SOGUG	11	4	7	2	36%	63%
T. Ginecológicos	GEICO	12	8	4	1	67%	95%
Melanoma	GEM	11	4	7	0	36%	74%
T. Digestivos	GEMCAD	15	2	13	4	13%	60%
T. Digestivos	TTD	16	5	11	1	31%	66%
Linfomas	GOTEL	10	3	7	0	30%	85%
Linfomas	GELTAMO	9	6	3	0	67%	93%
Mieloma Múltiple	GEM_PETHEMA (*)	5	3	2	0	60%	95%
LLC	GELLC	16	11	5	1	69%	96%
Esclerosis Múltiple	GEED	4	2	2	0	50%	82%
SIDA	GESIDA	20	9	11	3	45%	82%
Enf. Inf. Intestinal	GETECCU	14	6	8	1	43%	77%
Med. Huérfanos	ORPHAR	13	3	10	0	23%	79%
Enf. Reum. Autoin. Sist.	EASSER	19	8	11	0	42%	70%
Espendiloartritis	GRESSER	17	10	7	1	59%	85%
Psoriasis	GPs (**)	132	41	72	20	31%	80%
Asma	ASMA	4	2	2	0	50%	87%
Diabetes	DIABETES_Semergen	5	2	3	0	40%	56%

(*) Vocales GEM. (**) Totalidad de los componentes del Grupo.



Tabla 22: Pagos a directivos de KOL15000 en GGTT de SSCC y GGTT independientes.

Grupos de Trabajo	Pagos a miembros Junta Directiva/Coordinación/Vocalías							Pago a miembros Mayor	Pago a miembros Menor
	Total	KOL15000	No KOL	Pago medio	Pago medio KOL15000	Pago medio No Kol			
GECP	440.829	404.316	36.513	31.488	44.924	7.303	125.102	7.516	
ICAPEM	393.143	383.174	9.969	32.762	42.575	3.323	82.512	960	
GEICAM	433.186	366.684	66.501	16.661	30.557	4.750	28.246	451	
SOGUG	135.817	85.157	50.660	12.347	21.289	7.237	32.929	2.967	
GEICO	366.751	349.460	17.291	30.563	43.683	4.323	79.259	2.861	
GEM	144.401	107.416	36.985	13.127	26.854	5.284	37.317	2.060	
GEMCAD	88.563	52.929	35.634	5.904	26.465	2.741	30.344	527	
TTD	225.706	147.865	77.840	14.107	29.573	7.076	37.122	134	
GOTEL	104.579	88.603	15.976	10.458	29.534	2.282	46.838	207	
GELTAMO	333.701	311.056	22.645	37.078	51.843	7.548	49.191	1.754	
GEM_PETHEMA (*)	435.917	411.981	23.936	87.183	137.327	11.968	318.191	11.051	
GELLC	470.791	452.075	18.716	29.424	41.098	3.743	76.663	2.339	
GEED	134.172	109.933	24.239	33.543	54.967	12.120	71.390	10.183	
GESIDA	313.165	257.590	55.575	15.658	28.621	5.052	39.833	1.012	
GETECCU	326.018	249.990	76.028	23.287	41.665	9.504	97.359	6.724	
ORPHAR	159.475	125.857	33.618	12.267	41.952	3.362	63.983	732	
EASSER	289.475	203.408	86.067	15.236	25.426	7.824	42.351	600	
GRESSER	310.450	263.060	47.390	18.262	26.306	6.770	39.198	1.500	
GPs (**)	1.776.459	1.420.432	356.027	13.458	34.645	4.945	113.980	129	
ASMA	48.840	42.438	6.402	12.210	21.219	3.201	26.175	1.366	
DIABETES_Semergen	57.402	32.304	25.098	11.480	16.152	8.366	16.632	3.005	

Fuente: Farmaindustria (2). SSCC (23,25-41). Elaboración propia.

Y como las multinacionales no desperdician su dinero, en las Tablas 23 y 24 y en las Figuras 22-25 se puede apreciar gráficamente el interés de cada Andrés cuando invierte en el ToV15000.

Tabla 23: Pago de cada multinacional a los miembros de las juntas directivas de GGTT.

	Abvie	Janssen	AstraZene ca	Amgen	BMS	novonor disk	Novartis	Pfizer	Boehringer
GECP		41.083	80.122	10.725	54.646		3.982	75.115	5.600
ICAPEM		24.870	100.520	14.420	24.026		3.525	41.716	3.400
GEICAM		6.944	59.025		8.343		50.599	103.908	
SOGUG		11.286	9.843	1.477	23.526		13.800	44.359	
GEICO			105.856	4.853			4.856	11.198	
GEM		600	1.188	4.853	59.250		25.856	1.000	
GEMCAD		18.819	1.000	7.967			6.009		600
TTD			5.221	47.432	15.627		6.600	6.313	1.200
GOTEL			11.893	2.474	28.356		1.516	4.503	450
GELTAMO	4.917	32.707	700	350	6.910		9.571		
GEM_PETHEMA	4.685	172.849		30.211	72.087			33.616	
GELLC	89.361	140.039	158.814	875	382		2.773	5.464	
GEED		17.875			12.265		18.215		
GESIDA	1.000	35.609						8.916	
GETECCU	111.725	151.831		1.898	1.230			35.694	600
ORPHAR	8.579	17.150	6.692	2.200	2.796	10.329	12.363	18.225	10.362
EASSER	24.510	33.510	9.705		6.276		72.348		
GRESSER	88.263	61.890	9.937	11.600	13.231		27.037	25.766	1.950
GPs	478.964	510.124	800	83.776	28.760	14.549	206.392	32.816	38.528
ASMA			20.905					490	
DIABETES_Semergen			1.770			19.542			5.734

Tabla 23: Pago de cada multinacional a los miembros de las juntas directivas de GGTT (cont.)

	GSK	Gilead	Sanofi	Takeda	Lilly	Bayer	Merck	Roche	MSD
GECP	50		30.887	33.338	10.302	4.018	4.914	25.275	67.300
ICAPEM	1.654	2.155	24.479	16.696	7.812	7.127	2.402	64.746	53.595
GEICAM	7.115	38.722	2.628		83.153	2.197	3.574	38.275	28.703
SOGUG	1.000		4.414	8.568	350	625	12.633	3.025	911
GEICO	168.522	1.331		1.466	2.983	330	250	4.478	60.628
GEM			7.081		413		4.689		39.471
GEMCAD	577				16.243	11.823	14.766	9.759	1.000
TTD		2.045	1.821	600	46.617	2.582	54.365	6.713	28.570
GOTEL		2.129	4.661	18.153	1.560	1.004	5.200	5.798	16.882
GELTAMO	12.049	21.342		17.739	1.472			20.144	
GEM_PETHEMA	88.277	1.070	31.747	375				1.000	
GELLC	5.154	23.589	4.845	4.279	10.602			24.913	530
GEED			45.681		600	1.401	33.198	4.937	
GESIDA	138.189	84.860							44.591
GETECCU				18.708	2.214				2.118
ORPHAR	13.208	8.178	11.218	4.443	11.437	7.992	3.654	8.650	2.000
EASSER	58.896	363		10.651	17.242	28.495	16.677	9.001	1.801
GRESSER	1.323		3.757		38.115	16.645		1.420	12.285
GPs	2.400		95.787		284.364	350			
ASMA	18.649		8.796						
DIABETES_Semergen	105		4.552		10.959		6.969		7.771

En las Figuras 22 y 23 he separado la del grupo de psoriasis del resto porque en éste figuran los pagos a sus 132 miembros y en los demás grupos solo a los miembros de sus juntas directivas.

Figura 22: Pago de cada multinacional a los 132 miembros del GT de Psoriasis.

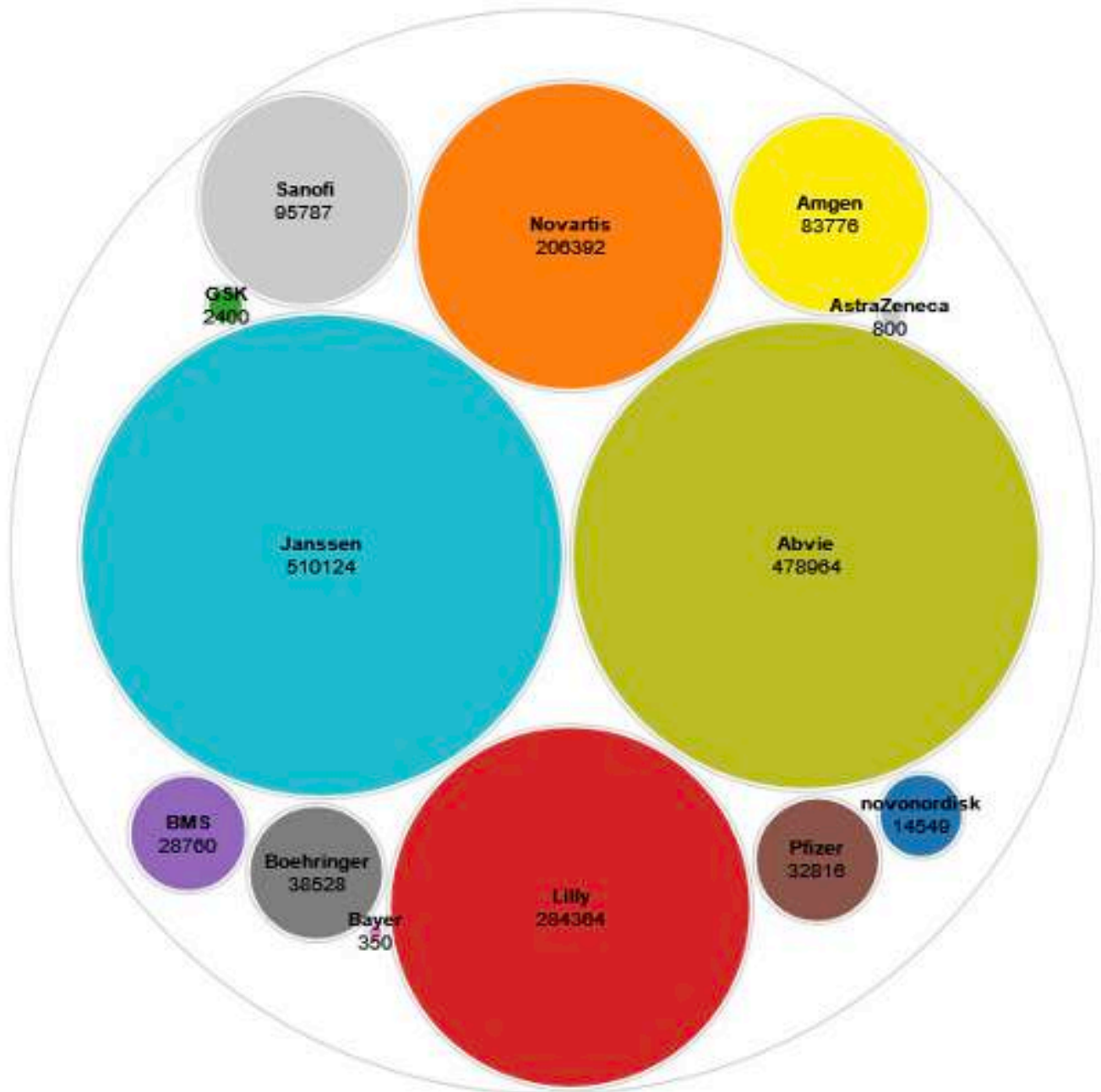
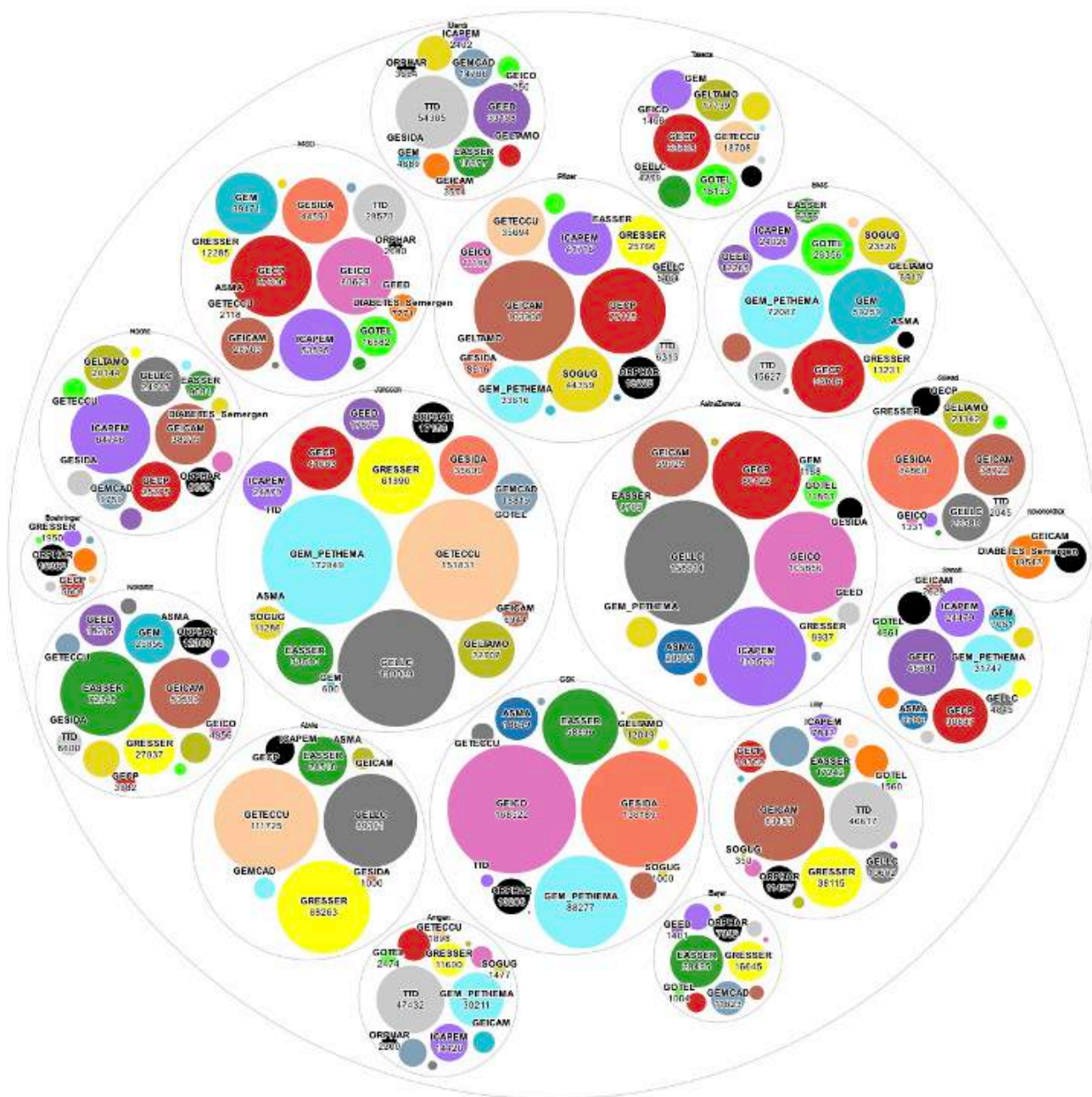


Figura 23: Pago de cada multinacional a los miembros del resto de GGTT.



La red oscura que las multinacionales farmacéuticas ocultan tras los pagos a profesionales...

Figura 24: Lluvia de pagos de cada multinacional a miembros de las juntas directivas de GGTT (1).

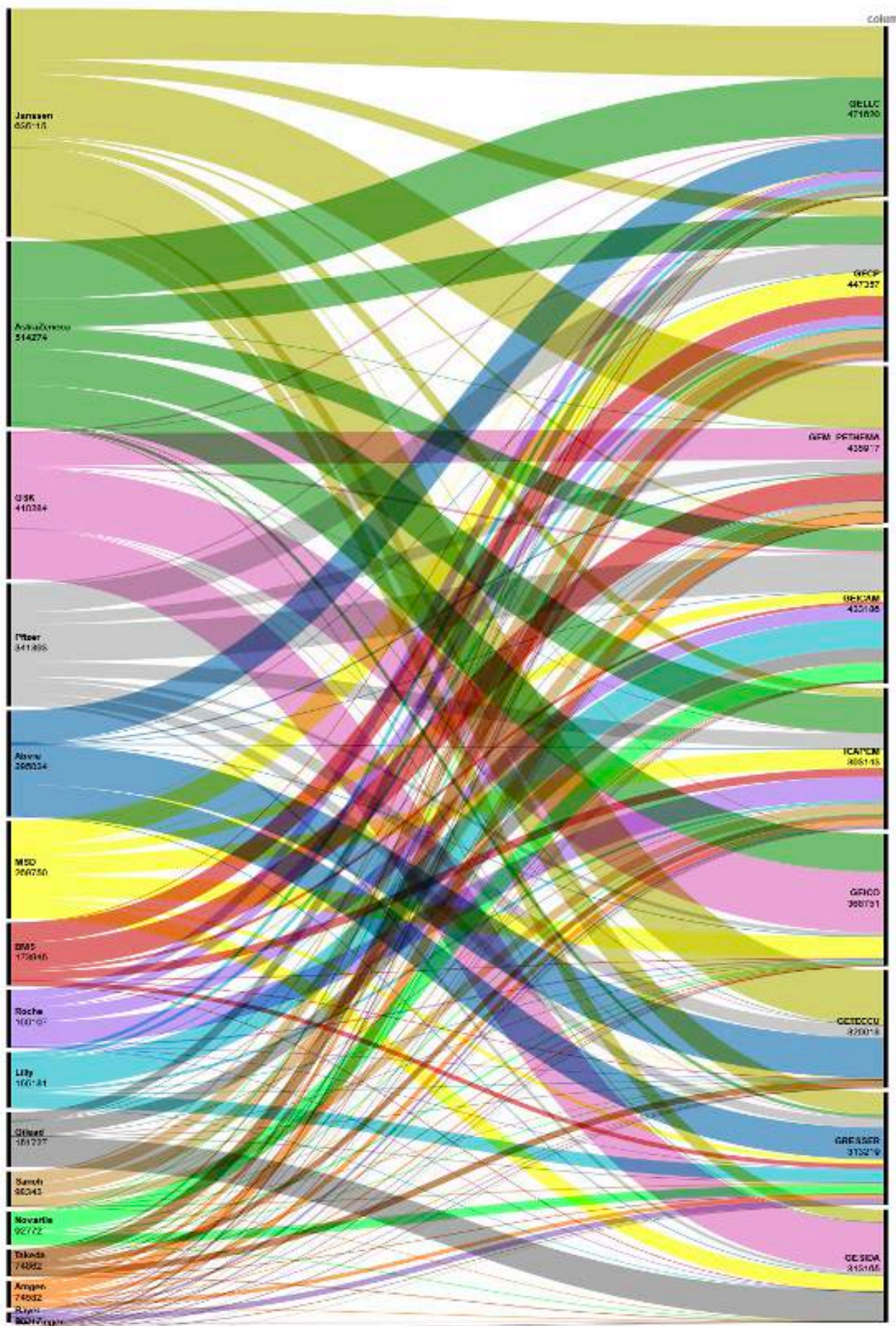
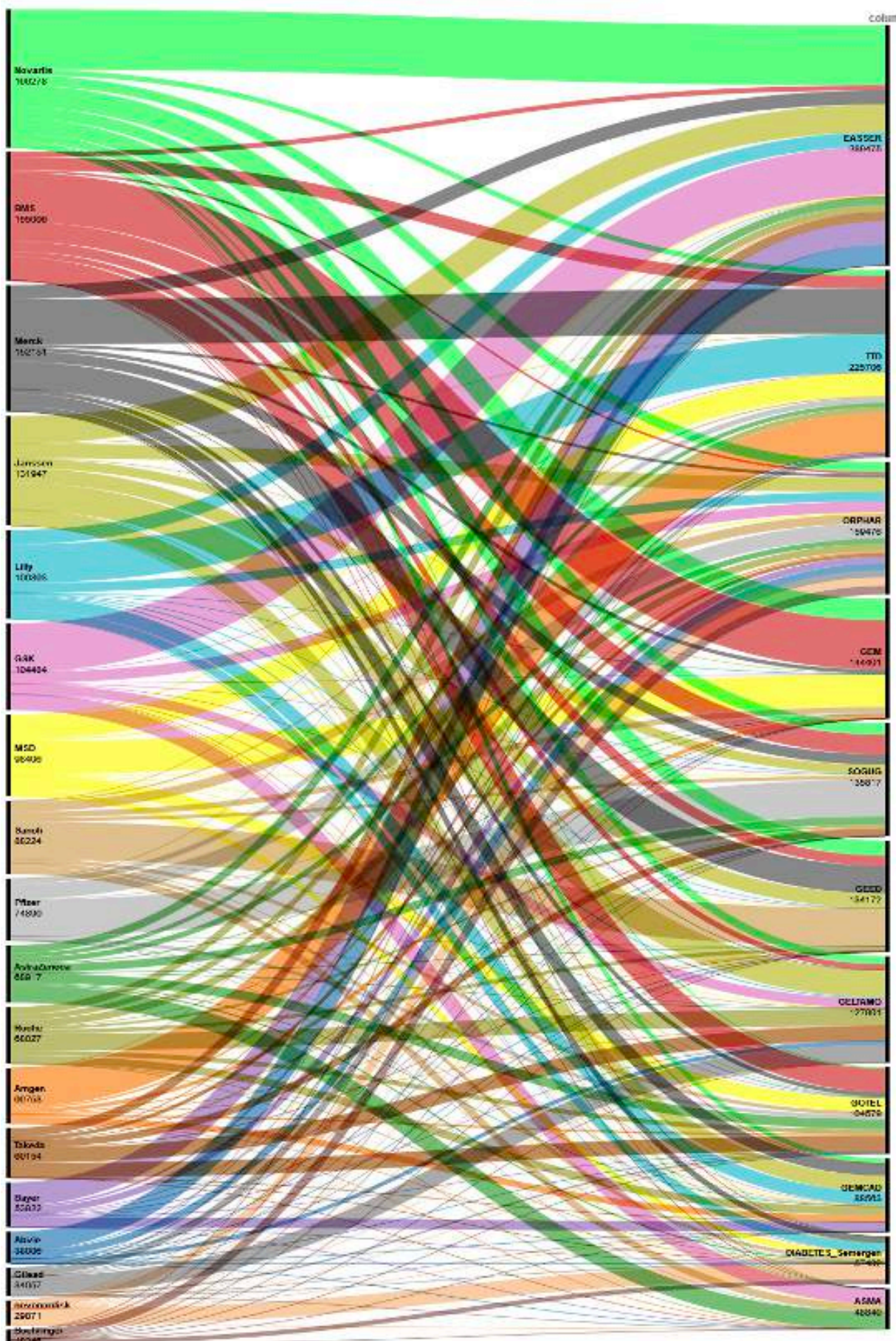


Figura 25: Lluvia de pagos de cada multinacional a miembros de las juntas directivas de GGTT (2).



La red oscura que las multinacionales farmacéuticas ocultan tras los pagos a profesionales...

A la hora de pagar a los directivos de los GGTT cada multinacional tiene su propia cartera de valores en el ToV15000, porque no todos les valen, ni valen lo mismo, ni todos los profesionales sanitarios están dispuestos a formar parte de ella. En esa cartera de valores los pagos a los miembros de las juntas directivas de los GGTT y de las SSCC, mimetizan los pagos a los líderes de opinión de las especialidades de sus áreas terapéuticas de interés que ya conocemos, maximizando así su triple inversión, y que gestionan con el objetivo de ejercer el mayor control posible de líderes de opinión y de las juntas directivas de las SSCC y de los GGTT con más prestigio. De los 21 estudiados, estos son los valores de GGTT en los que más dinero invierte cada multinacional en pagos por ToV a sus directivos:

-Janssen: GPs, GEM_PETHEMA, GELLC, GETECCU.

-Abvie: GPs, GELLC, GETECCU, GRESSER.

-Pfizer: GEICAM, GECP, ICAPEM, SOGUG.

-GSK: GEICO, GESIDA, GEM_PETHEMA, EASSER.

-Lilly: GPs, GEICAM, TTD, GRESSER, EASSER.

-BMS: GEM_PETHEMA, GEM, GECP, GOTEL.

-Novartis: GPs, EASSER, GEICAM, GRESSER.

-Sanofi: GPs, GEED, GEM_PETHEMA, GECP.

-Gilead: GESIDA, GEICAM, GELLC, GELTAMO.

-Roche: ICAPEM, GEICAM, GECP, GELLC.

-AstraZeneca: GELLC, GEICO, ICAPEM, GECP.

-MSD: GECP, GEICO, ICAPEM, GESIDA.

-Amgen: TTD, GEM_PETHEMA, ICAPEM, GRESSER.

-Merck: TTD, GEED, EASSER, GEMCAD.

-Boehringer: GPs, ORPHAR, GECP, DIABETES_Semergen.

-Takeda: GECP, GOTEL, GELTAMO, GETECCU.

-Novonordisk: DIABETES_Semergen, GPs, ORPHAR.

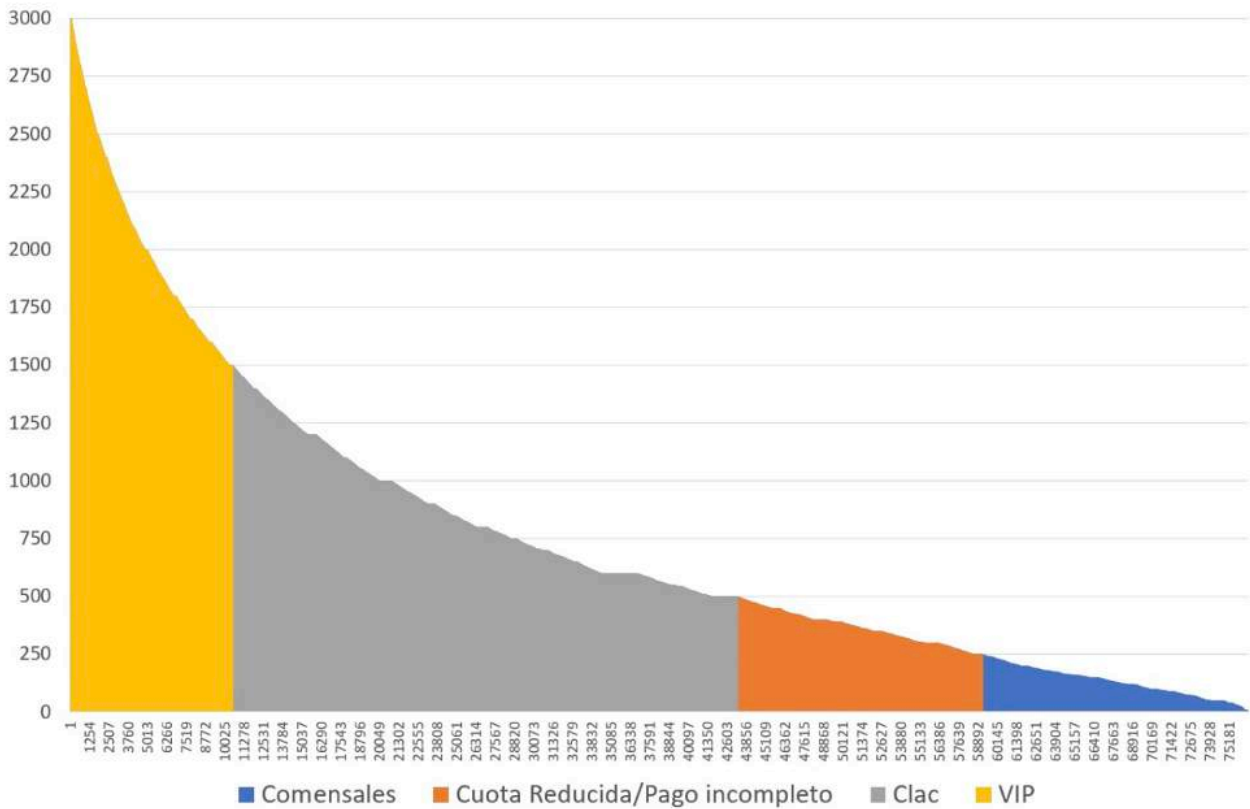
-Bayer: EASSER, GRESSER, GEMCAD, ORPHAR.

Cuarta parte: Los Congresos Sanitarios, su principal teatro de operaciones

El aforo: Clac, VIP y comensales

Anualmente las multinacionales farmacéuticas pagan ToV a casi 92.000 profesionales sanitarios. Al inicio de este trabajo, en la Tabla 1 se explicó que 2.789 (un 3% de ellos) son líderes de opinión que reciben pagos superiores a 5.000€ de alguna de ellas, que a 11.500 profesionales (el 12%) les pagan entre 1.500€ y 3.000€, mientras que 74.000 profesionales (el 80%) recibieron menos de 1.500€, que 36.000 profesionales (el 39%) recibieron entre 500€ y 1.500€, que 20.500 (el 22%) recibieron entre 250€ y 500€, y que 17.500 (el 19%) recibieron menos de 250€, como se muestra en la Figura 26.

Figura 26: Pagos de ToV a profesionales sanitarios por tramos.



En la Tabla 24 se muestran algunas cuotas de inscripción al congreso nacional de especialidades por las que tienen especial interés las multinacionales farmacéuticas. El importe medio son unos 500€ para socios y 250€ para residentes socios.

Tabla 24: Cuotas de inscripción a congresos nacionales.

Cuotas de Inscripción al Congreso		
SSCC	Socio	Reducida Residentes Socios
SEHH	775	
SEMERGEN	550	200
SEOM	600	
SEPAR	652	
SEFH	720	
AEDV	557	370
SER	620	
SEMFYC	380	225
SEIMC	435	195
Media	529	248

Fuente: Información de los congresos. Elaboración propia.

Con esta información y la de los pagos a profesionales vista anteriormente, resulta que al 19% de los profesionales sanitarios no les pagan ni la cuota de inscripción reducida a un congreso. Entre ellos están la mayoría de los “comensales”, profesionales sanitarios dispuestos a ir a una comida de trabajo que les pagan, en la que, mientras comen, un líder de opinión plata o bronce de la multinacional les habla de sus productos. Al 22% no les llega para pagar la cuota normal de asistencia a un congreso, entre ellos están los residentes que pagan cuota reducida o a los que no les pagan toda la asistencia. Al 40% les pagan entre 500 y 1.500€, son la clac “todo incluido”, profesionales que la multinacional tiene interés en que asistan y con los que llenan los congresos nacionales que financian. Y a un 12% les pagan entre 1.500 y 3.000€, son los VIP de los congresos, que seguramente por su puesto, cargo o relevancia en su área terapéutica, las multinacionales tienen mucho interés en que asistan a esos congresos e incluso les pagan la asistencia a congresos más costosos, como son los internacionales.

El teatro de operaciones y los KOL de guante blanco

La influencia de un profesional sanitario aislado en su lugar de trabajo es muy limitada, pero la de miles de profesionales sanitarios de la misma especialización cada uno en su puesto de trabajo es extraordinaria. La inversión en líderes de opinión, más de 25 millones de euros como ya hemos visto, para que sea realmente valiosa para las multinacionales farmacéuticas y maximizar su inversión en el ToV15000, necesita llegar a esos miles de profesionales sanitarios y para ello no hay mejor teatro de operaciones que los congresos sanitarios. En ellos echan el resto: 75 millones de euros que invierten de manera tremendamente selectiva, pagando las asistencias a los congresos que les interesan a los profesionales que les interesan. Los de las especialidades, categorías y áreas terapéuticas de su interés, podríamos decir que tienen barra libre para que les financien las asistencias, aunque como no desperdician ni un euro, en función del valor que para cada multinacional tiene cada profesional (y entiéndase por valor, los elementos de valor ya analizados), el pago puede variar desde la inscripción a un congreso regional, hasta el “todo incluido” en La Scala de Milán de los congresos de la especialidad correspondiente (con un 10% de oncólogos del SNS que son KOL15000, no debe quedar ninguno al que no hayan paseado por el congreso de la ASCO, el Disney Word de los congresos mundiales de oncología).

Pero esta inversión necesita de una esmerada y cuidadosa puesta en escena, la sobreactuación lo dejaría en evidencia. Y como en todos los aspectos de la vida, quien paga manda, y las multinacionales tratándose de congresos sanitarios de su interés lo pagan casi todo, desde la organización del congreso hasta las asistencias, así que, como mandan mucho, no resulta extraño que revisando los ponentes y moderadores de las mesas de los congresos, entre ellos haya abundancia de

KOL15000 y por los importes de los pagos a los profesionales sanitarios con que los llenan, qué asistentes VIP y clac ha seleccionado cada multinacional para que cuando vuelvan a su puesto de trabajo ya lo conozcan todo de su último estrellazumab o galactotinib (y por supuesto, también de los temas profesionales que les pudieran interesar).

Y como ejemplo de su puesta en escena, basta revisar el programa del último congreso nacional de una de las especialidades por la que beben los vientos las multinacionales farmacéuticas, la hematología (42), al que según la organización (43), asistieron 2.336 hematólogos:

De los 130 moderadores o coordinadores de los simposios y presentaciones orales, 41 de ellos (un 32%) eran KOL15000.

De los 57 ponentes nacionales de los simposios y conferencias, 14 de ellos (un 25%) eran KOL15000.

Y donde su actuación alcanzó el paroxismo es en los 39 simposios satélites patrocinados por las multinacionales farmacéuticas donde:

- 27 de los 36 moderadores eran KOL15000 (el 75%)
- 11 de los 14 introductores de los ponentes eran KOL15000 (el 75%)
- 62 de los 113 ponentes eran KOL15000 (uno de cada dos).
- 8 de los 12 redactores de las conclusiones eran KOL15000 (el 66%).

Con esta imponente puesta en escena quién duda de que los 2.336 asistentes, los VIP, la clac y algunos residentes cuya asistencia financiaron las multinacionales, salieron sabiéndolo todo de lo que cada una de ellas quería que supieran. Y teniendo en cuenta, como ya se ha visto, que en 2021 en el SNS trabajaban 1954 hematólogos (8), se puede afirmar con escaso margen de error que TODOS los hematólogos que trabajan en el SNS salieron sabiéndolo todo de lo que cada

multinacional quería que supieran: no sé si sería posible rentabilizar más su inversión en el ToV15000 y sus líderes de opinión.

Y como se ha visto, hay 99 hematólogos KOL15000 que, en ese congreso en tres días, actuaron 163 veces: hay que reconocerlo, se ganaron bien sus ToV.

¿Cómo no va a llenar la clac los congresos de interés de las multinacionales farmacéuticas con las ToV, si el Gobierno decidió en 2017, como reclamaban Cs y Farmaindustria al alimón (44), que si ese gasto se lo paga la multinacional farmacéutica interesada no tributan a Hacienda, pero si se los pagan de su bolsillo, salen del pan de sus hijos porque no los pueden desgravar? Hasta ese año sólo estaban exentos los que a cada profesional sanitario le financiase su empresa.

Recapitulando

Como ha quedado claro, las multinacionales farmacéuticas protegen sus intereses e introducen sus medicamentos en el SNS a golpe de talonario, con todos los efectivos de su extensa red social de intereses trabajando a pleno rendimiento con ese fin:

Más de 90.000 profesionales sanitarios en casi 2000 localidades que abarcan el 74% de las zonas de salud, donde vive el 87% de la población de España, a tiro de visitador.

212 jefes de servicio, 70 jefes de sección y más de 350 adjuntos o FEA de hospitales del SNS son KOL.

El 10% de los oncólogos que trabajan en el SNS, el 8% de los reumatólogos, el 6% dermatólogos y el 5% de los hematólogos, KOL.

El 10% de los expertos que asesoran a la AEMPS son KOL.

Un experto del Grupo de Apoyo Técnico del Comité Asesor para la Prestación Farmacéutica del SNS es KOL.

La mitad de los miembros de las juntas directivas de las SSCC revisadas en este trabajo de las especialidades sanitarias con los tratamientos de mayor impacto económico para el SNS son KOL.

Un porcentaje aún mayor de los miembros de las juntas de los GGTT de las patologías de mayor impacto económico en el gasto farmacéutico hospitalario del SNS son KOL.

Moderadores, coordinadores, introductores, ponentes y redactores de conclusiones en los principales congresos sanitarios de esas especialidades son KOL.

Y si no quieres KOL, lechugas, los economistas de la salud renunciando a conocer el coste de fabricación de los medicamentos y deseando bendecir el valor como unidad de medida para fijar el precio con el que las multinacionales extorsionan al SNS aprovechando su monopolio.

Así pues, para el SNS, como diría Joaquín Sabina:

*...asociado en sociedad con tales socios,
se pueden imaginar,
se pueden imaginar,
que los amores van mal,
la salud mejor ni hablar
y no van bien los negocios...*

Epílogo: Para honderos, como tú

Mi hermano Hal, psiquiatra de la Universidad de Wake Forest, solía trabajar como KOL para GSK (45). Lo que le alejó ocurrió mientras daba una conferencia en una clínica de atención primaria. No le gustó que los médicos asistentes no le prestaran atención: respondían sus llamadas por teléfono, hablaban en voz alta unos con otros, comían del bufete que GSK había organizado haciendo cualquier cosa para evitar escuchar lo que decía. Se frustró tanto que interrumpió la conferencia, pero cuando se iba a ir, el representante de GSK le pidió un favor ¿Podría quedarse unos minutos más para saludar al director de la clínica? De mala gana asintió y el representante lo llevó a una pequeña sala donde le dijeron que esperara. A los pocos minutos el director

caminó por el pasillo hacia ellos. "Yo lo miré con la esperanza de hacer contacto visual y hablar, pero él ni siquiera nos miraba". "El representante se quedó allí con una gran sonrisa en su cara, y el doctor se detuvo frente a una consulta a metro y medio de nosotros y se quedó allí varios minutos leyendo una carta. Luego se marchó a la consulta como si no estuviéramos allí".

Hal llama a esto su momento de comprensión, después de lo cual nunca dio otra conferencia financiada por la industria. Hasta ese momento, se había imaginado como prominente médico académico, con el poder de compartir los resultados de la investigación más reciente con los médicos en la comunidad. De pie junto al representante de GSK entendió cómo le percibían los médicos comunitarios, para ellos era un cómplice de la industria.

Hal era un KOL tradicional, que se presentaba acompañado del representante del laboratorio y los médicos podían identificarle como tal. A los KOL de guante blanco no los reconoce la audiencia, las multinacionales farmacéuticas los camuflan, son respetables en su profesión, muchos ocupan puestos de responsabilidad y reciben premios y reconocimientos incluso de sus compañeros, y aunque parece que no hablan en nombre de la multinacional, cobran más si el discurso se lo dan ya escrito (son personas muy ocupadas). Nadie les identificaría como tales, pero hoy ya sabemos mucho más de sus características, sobre todo una muy importante, que **las multinacionales necesitan como el beber que sus KOL de guante blanco actúen en los congresos**. No que trabajen, que actúen. Y los puestos más codiciados son los de moderador, coordinador, introductor de ponentes, redactor de conclusiones, y posiblemente lo es 1 de cada 4 ponentes. Y en los simposios satélites, los financiados por los laboratorios, puedes apostar fuerte que, hasta el ponente internacional, su invitado estrella, lo es.

En 2023 Fernando Lamata, presidente de honor de la Asociación por un Acceso Justo al Medicamento, publicó su novela "Honderos" (46), cuya lectura recomiendo. En ella sus protagonistas, la trama de ficción

que describe y la realidad del poder de las multinacionales farmacéuticas se entremezclan hasta ser casi indistinguibles, y la movilización de la sociedad civil, ejemplar, porque como le sucedió a Hal, el reputado psiquiatra de la Universidad de Wake Point. A veces el chico de la honda, el hondero, es capaz de abatir al gran Goliat. Y si tú, lector, has llegado hasta aquí o trabajas para las multinacionales farmacéuticas o tienes alma de hondero o, aunque más improbable, ambas cosas, y como la sociedad y nuestra Asociación necesita honderos como tú, te animo a unirme a nosotros con estos versos de León Felipe, farmacéutico y poeta (47):

Así es mi vida, piedra como tú.

*Como tú,
piedra pequeña;
como tú,
piedra ligera; ...*

*como tú, que no has servido
para ser ni piedra de un palacio,
ni piedra de una iglesia ...*

*como tú,
que tal vez estás hecha
sólo para una honda..., como tú...*

Nota del autor: En el artículo deliberadamente he omitido cualquier dato que permita la identificación personal de los KOL15000, aunque para ello a veces haya tenido que sujetarme los dedos. Ello desviaría el foco hacia los profesionales sanitarios, la inmensa mayoría de los cuales no ha recibido ni un euro de estas multinacionales y la gran mayoría de los que lo han recibido ha sido para llevarlos de clac a "sus" congresos. El objetivo del artículo es que toda la potencia, sus 15.000w, enfoque a las multinacionales y, si fuera posible, que den luz a las autoridades del Ministerio y la AEMPS para que tomen medidas, porque es evidente que, aun siendo legal, ya no basta una simple declaración de intereses para evitar una infiltración tan profunda de las multinacionales en los cimientos del SNS. No obstante, si 10.000 suscriptores de nuestra revista lo solicitaran, lo reconsideraría..

ANEXO: Listado de pagos a Koll5000 por Especialidades

ALERG	17.192	27.380	16.201	41.441	FHOSPI	45.030	21.165	INTENS	16.257
47.209	17.095	27.048	16.034	38.549	64.142	43.416	21.135	23.902	15.928
47.172	16.698	26.929	15.853	37.317	63.983	43.208	21.112	20.448	MINT
46.431	16.641	26.243	15.774	36.443	36.635	43.169	19.920	18.770	88.108
46.348	16.280	26.164	15.544	32.411	31.349	40.707	19.780	16.101	87.292
38.552	16.265	26.162	15.477	32.295	28.446	39.362	19.327	16.090	76.378
27.313	16.158	25.069	15.265	29.942	27.031	38.997	19.099	MFYC	53.256
23.914	16.032	24.678	15.250	29.454	26.640	37.072	18.741	62.983	42.756
20.207	15.689	24.351	15.250	26.776	26.339	36.735	18.675	41.290	42.318
17.758	15.289	24.306	15.247	26.774	26.114	35.271	18.471	40.329	42.294
16.156	15.140	23.671	15.182	26.534	25.239	34.563	18.461	40.298	42.023
ANEST	DERMA	22.659	15.045	25.922	22.744	34.387	18.046	31.306	40.448
17.851	113.980	22.216	DIGES	22.620	20.941	31.626	18.023	29.768	40.366
ANPAT	86.375	21.807	97.359	21.952	18.186	31.029	17.998	28.035	40.147
69.438	76.550	21.588	63.253	21.456	18.139	29.958	17.911	25.708	40.064
53.110	74.193	21.522	33.973	19.947	17.345	29.915	17.821	22.761	39.833
33.324	59.714	21.321	32.347	19.916	16.073	29.873	17.763	20.905	38.796
16.755	59.254	20.774	29.317	19.448	15.842	29.780	17.581	20.513	37.954
15.610	50.261	20.652	24.122	19.323	GENET	29.234	17.304	20.513	37.313
BIOLO	49.179	20.628	23.450	19.013	17.725	28.532	17.134	19.474	37.171
21.647	47.782	20.472	21.495	18.022	GINEC	28.432	16.745	19.211	37.072
15.900	46.899	20.179	20.336	17.890	41.208	28.178	16.656	17.678	36.700
BIOQU	43.874	19.930	20.149	17.825	31.838	27.722	16.464	17.562	36.408
38.981	42.856	19.915	20.076	17.744	22.677	27.527	16.417	17.021	36.053
CARDI	41.534	19.829	19.837	17.572	17.991	27.480	16.400	16.717	35.948
133.278	40.953	19.787	19.667	17.183	17.779	26.360	16.305	16.632	35.869
68.115	40.530	18.966	19.100	17.031	HEMAT	26.137	16.134	16.223	34.921
42.411	38.554	18.660	17.550	17.001	318.191	26.122	16.042	15.896	34.056
40.893	36.512	18.494	17.167	16.828	113.300	25.978	15.774	15.672	33.308
38.196	36.295	18.380	16.809	16.327	94.863	25.643	15.765	15.563	33.202
37.128	36.005	18.333	16.680	16.106	84.477	25.283	15.723	15.141	33.170
35.184	35.304	18.181	16.600	15.849	77.638	25.027	15.664	15.026	30.719
32.124	34.290	18.152	16.538	15.763	76.663	24.860	15.438	MICRO	29.021
28.142	33.336	18.037	16.140	15.126	67.667	24.474	15.384	54.127	27.400
25.832	32.694	17.933	15.946	EPIDEM	67.599	24.395	15.116	35.109	27.311
24.307	31.806	17.521	15.903	28.755	66.727	23.479	15.112	35.039	27.108
24.145	31.430	17.463	15.306	FARMAINV	65.150	22.500	IMUNO	31.190	25.958
22.122	31.062	17.445	15.188	23.125	54.496	22.194	30.282	30.606	25.186
21.656	30.641	17.180	ENDCR	20.765	49.966	22.188	27.780	25.761	24.404
20.928	29.864	16.874	88.591	FARMA	49.191	21.849	23.912	25.015	23.395
20.891	29.455	16.523	62.064	38.178	48.874	21.825	21.623	23.151	23.308
19.896	28.796	16.408	57.788		47.774	21.705	19.886	22.462	23.019
18.837	28.768	16.303	48.687		46.255	21.691	INFEC	22.246	22.408
18.810	28.517	16.213	47.486		45.753	21.583	22.837	22.196	22.258
18.292	27.870	16.204	44.868		45.747	21.416	21.362	16.823	22.091

21.573	17.615	18.440	19.189	43.087	26.886	19.242	21.565	44.737	19.541
21.516	17.149	18.133	18.886	42.327	26.775	19.235	20.271	39.198	19.478
21.500	NEUMO	18.033	18.667	41.147	26.702	19.214	ORL	38.859	19.375
21.484	71.983	17.809	18.636	39.991	26.274	18.740	45.301	38.674	18.889
20.585	71.263	17.341	17.944	38.958	26.236	18.531	25.280	33.435	18.490
20.489	68.972	16.785	17.920	38.090	25.658	18.467	PEDIA	32.542	18.438
20.330	61.888	16.669	17.706	38.060	25.423	18.278	149.189	31.152	18.249
20.191	60.063	16.621	17.182	37.617	25.162	18.229	58.212	31.015	18.210
19.789	52.935	16.570	16.389	37.317	25.062	18.195	51.200	30.943	18.183
19.291	52.122	16.541	15.743	37.122	24.874	18.072	48.691	29.616	18.156
18.901	47.932	16.393	15.510	37.102	24.012	17.706	32.917	28.604	17.869
18.662	44.547	16.327	15.230	35.815	24.006	17.696	32.049	28.534	17.696
18.581	36.946	16.263	OFTAL	35.813	23.675	17.612	23.323	28.272	17.578
18.504	35.606	16.233	23.783	35.521	23.545	17.469	22.767	27.952	17.549
18.313	35.378	16.000	21.537	34.086	23.349	17.452	19.893	27.884	17.515
18.191	33.506	15.700	19.151	34.052	23.213	17.435	19.656	27.675	17.141
17.737	33.339	15.396	ONCO	34.011	23.178	17.268	19.247	26.722	17.077
17.672	33.115	15.260	147.310	33.882	23.014	17.056	18.263	26.694	17.022
17.469	30.923	15.001	125.102	33.877	22.769	16.958	17.130	26.448	16.905
17.083	30.614	NEURO	91.521	33.526	22.680	16.926	17.071	25.472	16.903
17.021	29.731	100.910	82.512	33.269	22.565	16.917	16.107	25.244	16.571
16.986	26.754	71.390	79.731	32.929	22.530	16.914	15.996	24.893	16.537
16.525	26.175	66.968	79.259	32.483	22.329	16.829	15.848	24.771	16.492
16.476	25.549	61.081	76.124	32.027	22.022	16.739	15.444	24.754	16.209
15.985	25.420	50.321	71.201	31.582	21.922	16.467	15.101	24.235	16.159
15.518	24.217	47.023	69.537	31.554	21.913	16.096	PSIQU	24.114	16.154
15.347	23.503	46.797	68.224	31.032	21.804	16.033	44.086	23.904	15.935
15.235	23.409	46.493	67.057	30.974	21.613	15.882	36.816	23.865	15.623
MPREV	23.400	45.694	62.633	30.947	21.509	15.848	34.692	23.709	15.530
18.214	23.242	41.925	62.378	30.714	21.329	15.820	32.948	23.166	15.388
17.220	22.833	40.371	61.826	30.472	21.268	15.666	27.076	23.048	15.285
16.980	22.478	39.346	60.692	30.344	21.205	15.620	26.037	23.004	15.207
16.111	22.386	38.543	59.339	29.889	21.205	15.507	19.688	22.973	15.138
15.784	21.940	36.326	57.538	29.530	20.913	15.470	RADIOL	22.891	15.026
NEFRO	21.354	32.742	56.668	28.922	20.488	15.446	29.137	22.732	TRAUMA
49.133	20.699	31.155	49.279	28.620	20.456	15.402	REHAB	22.680	16.636
46.439	20.622	27.546	47.302	28.271	20.376	15.379	31.149	22.571	UROLOG
41.160	20.031	26.362	47.045	28.246	20.267	15.331	REUMA	22.559	34.888
31.938	19.947	25.768	46.838	28.165	20.247	15.309	127.267	22.275	29.421
27.683	19.919	25.196	45.465	27.817	20.122	15.247	52.543	21.820	27.263
25.074	19.732	23.003	45.413	27.783	19.820	15.073	50.261	21.564	18.684
23.968	19.577	22.641	45.109	27.245	19.727	15.021	49.998	21.171	18.582
22.903	19.567	22.614	43.922	27.055	19.655	ONCOR	48.936	21.131	16.914
19.379	19.474	21.029	43.685	27.028	19.560	35.266	45.163	20.457	
18.879	18.566	20.685	43.564	26.943	19.417	22.585	44.801	19.952	



Referencias

1. Kyriakoua, G. Kyriakoub, A. y Malouhouc, A. Práctica médica, leyendas urbanas, mitos y folklore relativos a la Dermatología en la Historia antigua de Grecia. ACTAS Dermo-Sifiliográficas 113 (2022) 951---954.
2. Farmaindustria. Colaboraciones con Profesionales Sanitarios y Organizaciones Sanitarias. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2024]. Disponible en <https://www.codigofarmaindustria.org/sites/sarfi/colaboracionesps.html>
3. Colleen Carey & Michael Daly & Jing Li, 2024. "Nothing for Something: Marketing Cancer Drugs to Physicians Increases Prescribing Without Improving Mortality," NBER Working Papers 32336, National Bureau of Economic Research, Inc.
4. INE. Decil de salarios del empleo principal. EPA año 2022. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2024]. Disponible en https://www.ine.es/prensa/epa_2022_d.pdf
5. AJM. N° 25. Martín, AM. Los pagos a profesionales y organizaciones sanitarias: el mercado de pulgas de las multinacionales farmacéuticas. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2024]. Disponible en <https://accesojustomedicamento.org/los-pagos-a-profesionales-y-organizaciones-sanitarias-el-mercado-de-pulgas-de-las-multinacionales-farmacéuticas/>
6. DOSSIER DE PATROCINADORES. Código de relaciones con la industria. Patrocinio corporativo. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2024]. Disponible en <https://www.sehhseth.es/images/stories/recursos/pdf/PATROCINADORES/DOSSIER-PATROCINADORES-SEHSETH-2020.pdf>
7. La importancia de los key opinion leader (KOL) dentro de los proyectos de salud. Internet, Consultado el 1/06/2024. Disponible en <https://www.grupodraft.com/la-importancia-de-los-key-opinion-leader-KOL-dentro-de-los-32.htm>
8. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2021-2035). [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2024]. Disponible en https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionalesSanitarias/profesionales/necesidadEspecialistas/docs/2022Estudio_Oferta_Necesidad_Especialistas_Medicos_2021_2035V3.pdf
9. AJM. N° 29. Regueira, AI. La polimedicación como síndrome geriátrico emergente. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2024]. Disponible en <https://accesojustomedicamento.org/conversacion-con-el-profesor-joan-ramon-laporte-catedratico-de-farmacologia-y-terapeutica-hay-manipulacion-y-fraude-en-ensayos-clinicos-de-la-industria-farmacéutica/>
10. Laporte, J.R. Crónica de una sociedad intoxicada. 2024. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2024]. Disponible en <https://www.casadellibro.com/libro-cronica-de-una-sociedad->

[intoxicada/9788411002271/14508014](https://www.geicam.org/sobre-geicam/estructura/asociacion)

11. AJM. N° 29. Conversación con el Profesor Joan-Ramon Laporte, catedrático de Farmacología y Terapéutica: "Hay manipulación y fraude en ensayos clínicos de la industria farmacéutica. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2024]. Disponible en <https://accesojustomedicamento.org/conversacion-con-el-profesor-joan-ramon-laporte-catedratico-de-farmacologia-y-terapeutica-hay-manipulacion-y-fraude-en-ensayos-clinicos-de-la-industria-farmacutica/>
12. <https://www.paho.org/es/noticias/11-2-2022-entra-vigor-nueva-clasificacion-internacional-enfermedades-cie-11-oms>
13. <https://www.sehh.es/conocenos/organos-de-gobierno>
14. <https://seom.org/conocenos/presentacion/juntas-directivas-organigrama/2023-2025>
15. <https://aedv.es/la-academia/junta-directiva/>
16. <https://www.ser.es/profesionales/como-trabajamos/jd/>
17. <https://seimc.org/servicios/informacion-institucional/junta-directiva>
18. <https://www.separ.es/node/351>
19. <https://www.sen.es/institucional/estructura/estructura-organizativa>
20. <https://vacunas.org/junta-directiva/>
21. <https://vacunasaep.org/que-es-el-cav-aep#composicion>
22. <https://www.seedo.es/index.php/junta-directiva>
23. <https://www.sediabetes.org/institucion/junta-directiva/>
24. <https://aedv.es/grupos-de-trabajo/psoriasis/miembros-gps/>
25. <https://aedv.es/grupos-de-trabajo/dermato-oncologia-cirugia/miembros-gedoc/>
26. <https://www.sehh.es/conocenos/grupos-cooperativos>
27. <https://www.gecp.org/estructura/>
28. <https://icapem.es/asociacion-icapem/>
29. <https://www.geicam.org/sobre-geicam/estructura/asociacion>
30. <https://www.sogug.es/nosotros/junta-directiva/#>
31. <https://www.geicogroup.com/es/junta-directiva-2/>
32. <https://www.groupgem.es/junta-directiva/>
33. <https://www.gemcad.es/gemcad/junta-directiva/>
34. <https://www.ttdgroup.org/conocenos/comite-ejecutivo-cientifico>
35. <https://www.grupolinformas.com/estructura/>
36. <https://www.sen.es/institucional/estructura/grupos-de-estudio>
37. <https://gesida-seimc.org/category/informacion-institucional/junta-directiva/>
38. <https://geteccu.org/sobre-geteccu/junta-de-gobierno>
39. <https://gruposdetrabajo.sefh.es/orpharsefh/componentes>
40. <https://www.ser.es/profesionales/como-trabajamos/grupos-de-trabajo-y-grupos-de-especial-interes/grupos-de-trabajo/>
41. <https://www.separ.es/node/46>
42. <https://semergen.es/?seccion=gruposTrabajo&subSeccion=gtInicio&idGt=103>
43. <https://hemato2023.com/storage/congreso/Prog-2-Congreso-SEHH-SETH23.pdf>
44. <https://www.farmaindustria.es/web/otra-noticia/hacienda-ya-tramita-real-decreto-mantendra-exentas-tributacion-las-ayudas-la-formacion-medica/>
45. <https://www.youtube.com/watch?v=qsmGUC8lkkw>
46. Carl Elliott. *La vida secreta de "Líderes del Pensamiento" de las grandes empresas farmacéuticas. Salud y Fármacos. Boletín Mayo 2023.* [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2024]. Disponible en <https://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/may2013/p41210/>

47. Lamata, F. Honderos. 2023. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2024]. Disponible en <https://libros.com/comprar/honderos/>
48. Como tú. Paco Ibáñez en el Olimpia de París 1973. [Internet]. [Consultado 1 Jun. 2024]. <https://www.youtube.com/watch?v=lsrj6AgScPw>
49. Propuesta de reforma del Procedimiento de evaluación de medicamentos en España. Comité Asesor para la financiación de la Prestación Farmacéutica del SNS. 2023. https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/comitesAdscritos/prestacionFarmaceutica/docs/CAPF_Reforma_Expres_Proced_EEE_y_AIP.pdf

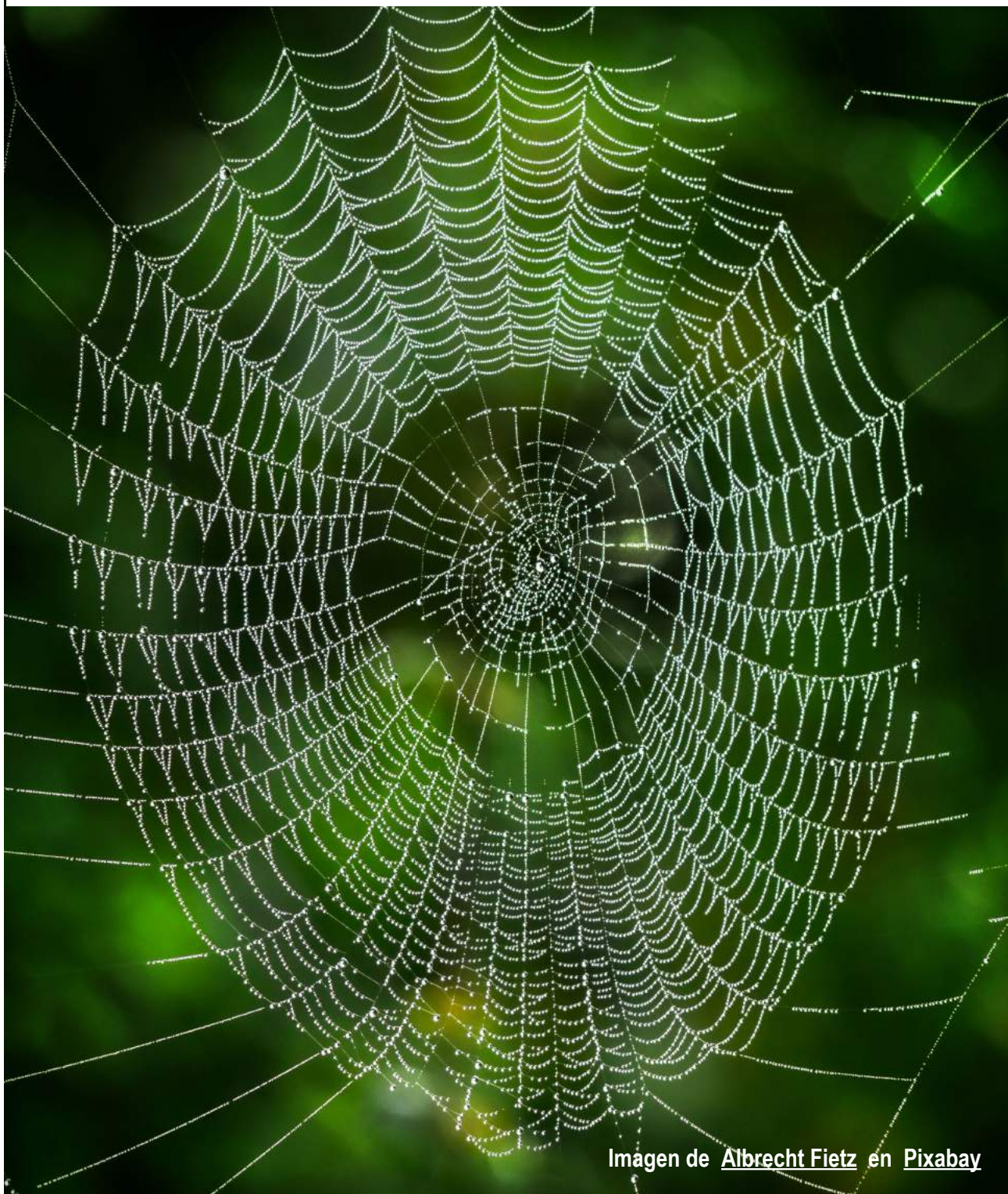


Imagen de [Albrecht Fietz](#) en [Pixabay](#)

OTRAS FUENTES

¿Por qué nuestros medicamentos son tan caros? Spoiler: No por las razones que te dicen... - PMC

Els Torrele.

Eur J Gen Pract. 2024; 30(1): 2308006. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10836477/>

Como señalábamos en la introducción al artículo de investigación, decidimos incluir este texto de Els Torrele por su claridad. Además, proporciona algunas de las claves para poner en contexto la situación actual del modelo de patentes y precios. De forma sencilla y amena aborda, desde los orígenes de la propiedad intelectual, hasta la revisión crítica de los mitos planteados por las grandes industrias farmacéuticas para justificar sus precios.

Un texto de lectura muy recomendable.

Resumen

A menudo descritos como una tendencia económica natural, los precios que las compañías farmacéuticas cobran por los nuevos medicamentos se han disparado en los últimos años. Las empresas afirman que estos precios están justificados por el "valor" que representan los nuevos tratamientos o que reflejan los altos costos y riesgos asociados con el proceso de investigación y desarrollo. También afirman que los ingresos generados a través de estos altos precios son necesarios para pagar la innovación continua.

Este artículo sostiene que los precios altos no son inevitables, sino el resultado de una decisión social y política de confiar en un modelo de negocios con fines de lucro para la innovación médica, vendiendo medicamentos al precio más alto posible. En lugar de centrarse en los avances terapéuticos, prioriza la maximización de beneficios para los accionistas e inversores en lugar de mejorar los resultados de salud de las personas o el acceso equitativo.

Como resultado, las personas y los sistemas de salud en todo el mundo luchan por pagar los productos sanitarios cada vez más caros, con desigualdades crecientes en el acceso

incluso a medicamentos que salvan vidas, mientras que la industria biofarmacéutica y sus financiadores son los sectores comerciales más lucrativos. Su sus orígenes

Como pusieron de relieve una vez más las desigualdades extremas en la utilización-no de la vacuna contra COVID-19, necesitamos urgentemente reformar el contrato social entre los gobiernos, la industria biofarmacéutica y el público y restaurar su propósito sanitario original. Los formuladores de políticas deben rediseñar las políticas y la financiación del ecosistema de investigación y desarrollo farmacéutico, de manera que los sectores público y privado trabajen juntos hacia el objetivo compartido de responder a las necesidades de salud pública y de los pacientes, en lugar de maximizar el retorno financiero, porque los medicamentos no deberían ser un lujo.

Introducción

En 2014, el precio de Gilead de 84.000 dólares por un tratamiento de tres meses contra la hepatitis C (77.628 euros al tipo de cambio actual), o 1.000 dólares por pastilla (924 euros al tipo de cambio actual), se consideró excesivo y sin precedentes [1]. Hoy en día, ya no nos sorprende que se

lance un nuevo tratamiento contra el cáncer o una enfermedad rara con un coste de entre 0,5 y más de 2 millones de euros [2], aclamado tanto por la prensa financiera y los inversores como por los grupos de pacientes.

Pero ¿por qué son tan caros los nuevos medicamentos? Las compañías farmacéuticas hacen todo lo posible para convencer al público y a los formuladores de políticas que estos altos precios están justificados debido al "valor" médico que representan los nuevos tratamientos, o que reflejan los altos costos y riesgos asociados con el proceso de investigación y desarrollo (I+D). También argumentan que los ingresos generados a través de estos altos precios son necesarios para pagar la innovación continua.

Este artículo presentará evidencia de que los precios altos son más bien construcciones artificiales que sirven principalmente para maximizar los ingresos para inversionistas y accionistas y reflejan la creciente financiarización del sector farmacéutico, priorizando el retorno financiero sobre la mejora de la salud de las personas. Los niveles actuales de precios de los medicamentos representan un cambio radical en comparación con hace apenas dos décadas, sin un aumento concomitante en los avances terapéuticos. Como era de esperar, las personas y los sistemas de salud en todo el mundo luchan cada vez más para pagar los altos precios que se cobran, con desigualdades crecientes en el acceso incluso a medicamentos que salvan vidas, mientras que la industria biofarmacéutica y sus financiadores se han convertido en uno de los sectores comerciales más lucrativos. Esto es el resultado de décadas de formulación de políticas para crear un entorno empresarial propicio para que las empresas biofarmacéuticas globales prosperen, con muy poca atención para garantizar que se promueva la salud y la equidad.

Lecciones no aprendidas: la historia se repite

Durante muchos años, los medicamentos inasequibles y el acceso desigual se

consideraron problemas que afectaban principalmente a los países en desarrollo, cuyos gobiernos altamente endeudados y sus ciudadanos pobres no tenían el poder adquisitivo para pagar los medicamentos, especialmente los caros. Esta inequidad salió a la luz internacional a finales de los años 1990, cuando una innovadora terapia combinada antirretroviral transformó el VIH/SIDA de una creciente epidemia mortal a una enfermedad crónica manejable, pero sólo en los países ricos [3]. El precio que cobraban las empresas por este tratamiento combinado que salvaba vidas era de 10.000 a 15.000 euros por persona al año (aproximadamente el doble de los precios actuales), mucho más allá de los medios disponibles financieros de los países en desarrollo, donde la epidemia de SIDA estaba asolando a las comunidades [4].

La razón por la que las compañías farmacéuticas cobraban precios tan altos no era porque fuera costoso producir esos medicamentos. De hecho, pronto se comprobó que el coste de producción era de sólo unos cientos de dólares o 50 veces menos que el precio de venta, y que se vendían con márgenes de beneficio considerables [5]. La causa fundamental fue que las empresas que producían estos medicamentos tenían monopolios de patentes (ver Cuadro 1), incluso si se basaban en gran medida en investigaciones del gobierno de Estados Unidos [6]. Así, las empresas con fines de lucro controlaron la producción, la disponibilidad y el precio de estos medicamentos que salvan vidas, y adoptaron estrategias de marketing que priorizaron la maximización de ganancias sobre la salud de las personas: vendiendo principalmente a países ricos que estaban dispuestos y eran capaces de pagar un alto precio (con la salud pública). sistemas y/o planes de seguro médico que cubren gran parte de los costes) [3]. Como los gobiernos de muchos países de bajos recursos no tenían el espacio fiscal para pagar esos medicamentos, las personas en esos países, que a menudo pagan los medicamentos de su bolsillo, se vieron privadas de acceso a

estos medicamentos críticos [4]. Como resultado, en gran parte del mundo en desarrollo, particularmente en el África subsahariana, hubo una explosión de personas en la flor de la vida que enfermaron y murieron a causa del VIH/SIDA no tratado y la propagación continua de la epidemia hasta bien entrada la década de 2000 [7]. .

Cuadro 1

¿Qué son las patentes y cómo funcionan?

Las patentes son una herramienta política utilizada por los gobiernos para incentivar (inversiones en) innovación útil para la sociedad al:

Proporcionar un derecho de monopolio temporal sobre la explotación de una invención que permite a los titulares de la patente excluir a otros del uso o venta de la invención durante un tiempo limitado (para recuperar las inversiones y recompensar los riesgos asumidos y los esfuerzos realizados);

A cambio de la divulgación de los métodos detallados (para fomentar la innovación posterior),

las patentes no son un derecho natural ni una propiedad verdadera. Originalmente fueron diseñados para lograr un equilibrio entre los intereses públicos y privados. Son una cuestión de competencia nacional: cada país promulga leyes y políticas para permitir el patentamiento y su aplicación dentro de su territorio.

¿Qué se puede patentar?

'Invencciones' en cualquier ámbito tecnológico que cumplan los **tres criterios** siguientes:

- Novedad (aún no descrita en ningún lugar anterior)

- Actividad inventiva (no obvia para alguien experto en el campo de la tecnología)
- Aplicabilidad industrial

El principal marco legal que rige las patentes a nivel global es el Acuerdo sobre Propiedad Intelectual Relacionada con el Comercio (ADPIC) de la Organización Mundial del Comercio (OMC) de 1994, que entró en vigor el 1 de enero de 1995 y que globalizó los estándares mínimos sobre patentes.

1995: Acuerdo sobre los ADPIC de la OMC:

Todos los países deben conceder y hacer cumplir las patentes de todas las tecnologías, incluidas las farmacéuticas, durante un mínimo de 20 años.

Período de transición limitado para los países de ingresos bajos y medianos, que se ampliará para los países de ingresos más bajos

Declaración de Doha de 2001 sobre los ADPIC y la salud pública: reafirma el derecho de todos los países a utilizar flexibilidades en la ley para proteger la salud pública, por ejemplo, licencias obligatorias.

Pero en la práctica... Los grupos de presión farmacéuticos y los países con importantes sectores industriales farmacéuticos (como EE.UU., los países de la UE, Suiza y Japón) han rechazado firmemente su uso y ejercen presión a través de acuerdos comerciales y otros canales para adoptar normas más estrictas que las requeridas en virtud de VIAJES ('VIAJES-plus')

Antes de 1995:

Los países aplicaron diferentes grados de protección de patentes de acuerdo con su capacidad tecnológica, política industrial y/u objetivos de política pública, por ejemplo:

- No hay patentes sobre productos farmacéuticos o sólo de corta duración.
- Primero establecer la capacidad técnica mediante la copia; luego proteger la innovación a través de patentes
- Sólo patentes de proceso, ninguna patente de producto (Suiza hasta los años 1970, India hasta 2005).

Esta situación requirió una gran movilización de activistas de derechos humanos y de salud en todo el mundo para desafiar la primacía de los intereses empresariales sobre las vidas de las personas, anteponer los derechos de los pacientes con VIH/SIDA a los derechos de patente y allanar el camino hacia una disponibilidad generalizada de medicamentos genéricos contra el SIDA de bajo costo [4,8]. Esta movilización consiguió el acceso al tratamiento del VIH/SIDA a nivel mundial e hizo posible que casi 30 millones de personas sigan vivas hoy con terapia antiviral crónica [9]. Sin embargo, millones de personas murieron en los 10 a 15 años que llevó que estos medicamentos que salvan vidas estuvieran disponibles en el mundo en desarrollo.

Avance rápido desde 2021.

Las innovadoras vacunas contra el Covid-19 que protegían a las personas en los países ricos contra enfermedades graves estaban bajo el control monopólico de un puñado de empresas, con el poder de decidir, a quién vender primero y a qué precio, lo que efectivamente creó importantes desigualdades y retrasos en el acceso, para personas en países en desarrollo [10]. Quienes imaginaron que la pandemia del SIDA nos habría enseñado lecciones sobre patentes y acceso equitativo a innovaciones médicas que salvan vidas se equivocaron [11].

Patentes y acceso a medicamentos esenciales: un equilibrio complicado

Las patentes son monopolios legales emitidos por los gobiernos con el objetivo de estimular

la innovación (tecnológica) útil en beneficio de la sociedad, que a menudo es una mezcla entre los intereses de las personas y los intereses estratégicos y geopolíticos de un país (ver Cuadro 1: ¿Qué son las patentes y cómo funcionan?). trabajo?) [12]. Como herramienta política, las patentes y otras formas de propiedad intelectual (PI) se han utilizado durante siglos para determinadas artesanías y tecnologías, incluso en las sociedades feudales y en las primeras industrias. Inicialmente fueron diseñados para lograr un equilibrio entre los intereses públicos y privados dentro de la economía: recompensar la innovación y la creatividad proporcionando un monopolio temporal sobre la explotación de invenciones a cambio de una divulgación que permita a la sociedad beneficiarse y fomente la innovación posterior [13]. . Con el surgimiento de la economía basada en el conocimiento en los países industrializados, el uso de la propiedad intelectual se volvió más prominente durante la segunda mitad del siglo XX, culminando en el acuerdo de 1994 de la Organización Mundial del Comercio (OMC) sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC). que globalizaron las normas mínimas sobre patentes en todos los sectores económicos. Desde entonces, se espera que los estados miembros de la OMC emitan y apliquen patentes sobre productos farmacéuticos durante un mínimo de 20 años, incluso si hasta ahora muchos países habían excluido o limitado tales monopolios por razones de salud pública [12]. No es casualidad que este acuerdo fuera impulsado en gran medida por las industrias farmacéutica y del entretenimiento de Estados Unidos, que previeron el formidable potencial comercial de un régimen globalizado de propiedad intelectual para privatizar y monetizar el conocimiento [14]. Mientras los ministros de comercio y sus departamentos negociaban el acuerdo ADPIC de la OMC, la atención se centró en los aspectos comerciales de la propiedad intelectual y las ventajas comerciales de privatizar los bienes del conocimiento, mientras que las preocupaciones sobre la salud y otros intereses públicos estuvieron en gran medida ausentes de las conversaciones [12,14].

Cuando poco después, las implicaciones para la salud y el acceso a los medicamentos se hicieron obvias, por ejemplo, en torno al acceso desigual a los medicamentos contra el VIH/SIDA que salvan vidas, una batalla en el campo de las políticas públicas en la que los defensores de la salud y los derechos humanos proponían anteponer el derecho a la salud a los intereses comerciales, y aquellos otros que priorizaban intereses económicos e industriales que aún continúan y dominan hoy [3,4,12].

Durante la pandemia de COVID-19, a las empresas farmacéuticas se les permitió mantener el control monopólico sobre las vacunas y medicamentos que producían, a pesar de las considerables contribuciones públicas a I+D, las inversiones de los contribuyentes y los compromisos anticipados de compra por parte de los gobiernos [15,16]. Por ejemplo, se estima que solo el gobierno de Estados Unidos ha gastado al menos 31.900 millones de dólares estadounidenses, o 29.700 millones de euros, en I+D, fabricación y compra de vacunas contra la COVID-19, sin aprovechar esta inversión para garantizar un acceso equitativo [17]. En octubre de 2020, India y Sudáfrica presentaron una propuesta urgente a la OMC para emitir una exención temporal sobre los derechos de propiedad intelectual relacionados con las vacunas, los medicamentos y los medios de diagnóstico contra el Covid-19 para facilitar la producción local y el acceso global oportuno. Apoyada por más de cien países, en su mayoría países en desarrollo, la propuesta fue bloqueada por los países ricos que priorizaron a sus aliados, las compañías farmacéuticas, y luego la destruyeron hasta el punto de convertirla en irrelevante [18]. Las desigualdades resultantes en el acceso a las vacunas, hicieron que los países ricos acumularan la mayoría de las dosis, para vacunar primero a toda su población, mientras que los países en desarrollo más vulnerables no pudieron acceder a las vacunas durante el pico de la pandemia, en lo que fue denominado "apartheid de vacunas" por el Director de la OMS. Tedros Ghebreyesus [19].

No siempre ha sido así

El predominio de las patentes y del poder monopólico de fijación de precios como principal incentivo para estimular la innovación médica comercial es un hecho relativamente reciente. Varios avances médicos importantes de principios del siglo XX, entre ellos la insulina, la penicilina y la vacuna contra la polio, se desarrollaron sin tales perspectivas de patentes y ganancias. Desde el descubrimiento de la penicilina en 1928, hasta la edad de oro de los nuevos antibióticos y vacunas durante las décadas de 1950 y 1970, se desarrolló una amplia gama de innovaciones médicas que se pusieron ampliamente a disposición y acceso para mejorar la salud pública, incluso a través de programas de vacunación y atención primaria de salud patrocinados por los gobiernos. Muchos países también invirtieron en desarrollar capacidad pública de fabricación de vacunas para suministrar vacunas infantiles, como pilar de su sistema de salud pública [20].

Sin embargo, durante las décadas de 1970 y 1980, asistimos a una creciente privatización y comercialización de la I+D médica, respaldada por diversas leyes y políticas que fomentan las inversiones privadas en este sector, y la investigación financiada con fondos públicos sirvió para reducir el riesgo de las inversiones privadas [21]. Como el capital privado espera un retorno financiero, esta medida cambió gradualmente la fuerza impulsora detrás de la I+D médica de un motivo de necesidades de salud a un motivo de generación de ganancias. Esta tendencia fue parte de una ola más amplia de políticas neoliberales que asumían que los "mercados" eran los mejores y más eficaces proveedores de bienes y servicios necesarios en la sociedad, incluidos los productos medicinales. Ha llevado a una pérdida del interés público en el ecosistema de I+D farmacéutico, a pesar de las continuas inversiones importantes en investigación sanitaria por parte de gobiernos y actores sin fines de lucro, a niveles comparables con las inversiones privadas [22,23].

De las necesidades de salud a los negocios saludables

Históricamente, las enfermedades infecciosas han sido una importante amenaza para la salud y, a medida que la ciencia progresó durante siglo XX, fueron el objetivo principal de la I+D farmacéutica. Durante la década de 1990, se produjo un cambio en las prioridades de I+D y en el modelo de negocio hacia enfermedades crónicas para las cuales se podían prescribir tratamientos de por vida (por ejemplo, medicamentos antihipertensivos o reductores del colesterol). Al mismo tiempo, los precios de los medicamentos comenzaron a subir, anunciando el período de los “éxitos de taquilla” en el sector farmacéutico. Un término acuñado inicialmente para describir nuevos fármacos excepcionalmente lucrativos que generaban ventas iguales o superiores a 1.000 millones de euros al año, basándose principalmente en ventas de gran volumen, pronto se convirtió en la norma y el objetivo para el desarrollo exitoso de fármacos, para inversores y accionistas [24]. Como resultado, las prioridades de I+D y las decisiones estratégicas en materia de proyectos se desplazaron aún más hacia objetivos que pudieran maximizar el valor para los accionistas. Esta financiarización se ejemplifica con la adquisición especulativa por parte de Gilead del fármaco candidato contra la hepatitis C, sofosbuvir, por 11.000 millones de dólares (10.200 millones de euros al tipo de cambio actual) y su posterior precio de entrada al mercado estadounidense de 84.000 dólares (77.628 euros al tipo de cambio actual). para un tratamiento de tres meses, generando unos ingresos de más de 10.000 millones de euros (9.200 millones de euros al tipo de cambio actual) sólo en el primer año [1].

En los últimos años, gracias a incentivos y medidas políticas que hacen que sea financieramente atractivo para las empresas desarrollar tratamientos para enfermedades huérfanas o raras, incluida la disposición a pagar precios muy altos, el modelo de negocio ha pasado de ser grandes éxitos a ser "destructores de nichos", altamente rentables. tratamientos para nichos de mercado de bajo

volumen [25]. En 2022, los medicamentos huérfanos representaron el 54% de todas las aprobaciones de nuevos medicamentos en los EE. UU. [26], mientras que el precio medio de lanzamiento de los nuevos medicamentos superó los 200.000 dólares estadounidenses (185.000 euros) [27]. Estos precios ya no guardan ninguna relación con el coste de la I+D o de la producción, como suele afirmarse [28], sino que reflejan los imperativos financieros de los accionistas y de los inversores de capital (especulativos), que deben maximizar el rendimiento financiero (a corto plazo) de la inversión [29]. Sin embargo, la falta de transparencia en torno a los costos y precios de I+D, justificada por las empresas como “información comercialmente sensible”, impide un debate social sobre cómo deberían ser los precios justos para los productos farmacéuticos [30-33]. Mientras tanto, los precios de los nuevos medicamentos siguen aumentando, y cada terapia innovadora trasciende los límites de lo aceptado; el último de ellos es un nuevo tratamiento para la anemia de células falciformes con un precio de más de 3 millones de euros [34]. Al mismo tiempo, las compañías farmacéuticas y sus grupos de presión se movilizan contra los esfuerzos de los responsables políticos por frenar los precios excesivos de los medicamentos [35-38]. Como se detalla en el Cuadro 2 (Mitos y realidades sobre los costos de I+D de medicamentos y su fijación de precios), las empresas farmacéuticas y sus aliados suelen utilizar una variedad de narrativas para defender el modelo de negocios actual, a pesar de un creciente conjunto de evidencias sobre sus problemas e ineficiencias.

Cuadro 2

Mitos y realidades sobre los costos de I+D y los precios de los medicamentos

No hay relación entre costo y precio.

Durante muchos años, el precio de los medicamentos se analizó a través de la

dinámica clásica del mercado y la estructuración de los precios de las materias primas. Se sugirió que el precio que cobran las empresas por los nuevos medicamentos refleja el costo combinado de producción y las inversiones y riesgos asumidos para desarrollar los nuevos medicamentos, con un margen de beneficio, sujeto a las leyes de la competencia, la oferta y la demanda. Se pensaba que los monopolios de patentes permitían recuperar los costos de las inversiones en I+D. Sin embargo, los recientes aumentos de precios y los precios excesivos han dejado claro que los precios de los medicamentos se basan en gran medida en lo que las empresas pueden fijar, independientemente de los costos de producción e I+D [28,39]. Especialmente en Estados Unidos, las empresas farmacéuticas ejercen un poder de mercado unilateral para fijar los precios y se ha demostrado que lo aprovechan sistemáticamente [56]. Además, existe una falta general de transparencia sobre quién paga y cuánto por los (nuevos) medicamentos, lo que socava aún más el potencial de eficiencia del mercado [30,31]. Con los precios de lista oficiales en niveles sin precedentes, las empresas negocian acuerdos de compra secretos con diferentes compradores (pueden ser gobiernos, regiones, hospitales, compañías de seguros de salud) y logran acuerdos que combinan compromisos sobre volumen, paquetes con otros productos, precios, exclusividades de mercado e incluso de responsabilidad. exenciones, como hemos aprendido de los contratos filtrados durante Covid-19 [57,58].

El secreto como máxima protección de los intereses comerciales.

Además de la opacidad en torno a los precios de los medicamentos, también existe una falta de transparencia sobre

cuánto cuesta realmente desarrollar nuevos medicamentos, con estimaciones que van desde varios 100 millones de euros hasta varios miles de millones, y gran parte de la I+D se basa en información pública previa. -investigación financiada o apoyada directamente por subvenciones gubernamentales adicionales o subsidiada de otras maneras [23]. Sin embargo, sin transparencia sobre quién ha pagado por la I+D, cuánto y cómo se estructuran y justifican los precios, es difícil tener un debate social informado sobre cuáles serían los precios "justos" de los medicamentos, a pesar de los mejores esfuerzos del mundo y de la OMS [30,37].

Los altos precios e ingresos (no) son necesarios para pagar la innovación continua

La justificación más utilizada para los precios altos es que los ingresos generados a través de ellos son fundamentales para pagar la innovación futura. Sin embargo, a pesar del secreto bien guardado sobre cuánto cuesta la innovación médica, los estudios han demostrado que las compañías farmacéuticas a menudo gastan más en marketing que en I+D, mientras que una porción igualmente grande de las ganancias va a los accionistas e inversores, a través del pago de dividendos y la compra de acciones. -respalda y sólo una modesta fracción se reinvierte en I+D [39,51]. Además, la mayoría de los tratamientos recientemente registrados no proporcionan un beneficio terapéutico adicional en comparación con lo que ya tenemos, una cifra que no aumentó a lo largo de los años a pesar de los niveles más altos de precios de los medicamentos y un margen de beneficio alto y continuo para la industria farmacéutica como sector [39, 46,48]. Junto con el argumento –o amenaza– farmacéutico

relacionado de que “la reducción de los precios de los medicamentos perjudicará la innovación futura”, este supuesto vínculo entre los ingresos a través de los altos precios y las inversiones en avances terapéuticos no está respaldado por evidencia.

Los altos precios reflejan el valor social de un medicamento

Un último mito a desacreditar es que los tratamientos críticos o que salvan vidas "valen" su alto precio, ya sea porque ahorrarían costos aún mayores de tratamientos adicionales u hospitalización, o simplemente porque la disposición a pagar es un reflejo del precio del "valor". ' traducido en valor de mercado monetario, o precio. Gilead utilizó el primer argumento para justificar el precio de 84.000 dólares estadounidenses (77.628 euros al tipo de cambio actual) por una cura para la hepatitis C (más barata que el trasplante de hígado que podría ser necesario si no se trata), mientras que el segundo es el núcleo de la industria. En esa lógica, que confunde el valor médico o personal con el valor monetario de mercado [59], el agua y otros productos y servicios vitales también deberían ser caros y, en su lugar, se les debería permitir convertirse en productos comerciales de lujo. de los elementos básicos de la vida a los que todas las personas deberían tener derecho, consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos [60].

Las patentes no están diseñadas para fomentar la innovación médica

En el modelo económico actual que subyace a la innovación farmacéutica, las patentes se consideran el mecanismo de incentivo clave, y los derechos de monopolio asociados brindan poder de mercado y fijación de precios para generar ingresos e impulsar nuevas inversiones (además de recompensar a los inversores y accionistas). Sin embargo,

históricamente las patentes no se crearon para impulsar específicamente la innovación médica. De hecho, los criterios para obtener una patente son independientes de la mejora de los resultados de salud y se basan estrictamente en la novedad, la inventiva y la aplicabilidad o utilidad industrial en general. Nada en la ley de patentes ni en los incentivos políticos relacionados exige que las solicitudes de patente demuestren que abordan necesidades médicas no satisfechas, demuestren un beneficio terapéutico o garanticen el acceso o la asequibilidad. Esto significa que, por diseño, las patentes no son un incentivo adecuado para estimular y recompensar las contribuciones para mejorar la salud de las personas.

Sin embargo, la búsqueda de patentes y oportunidades de mercado prevalece en el modelo de negocio farmacéutico actual, lo que se refleja en las prioridades de I+D y las tácticas de mercado de las empresas. Si bien muchas áreas de necesidades insatisfechas siguen desatendidas, un producto nuevo y patentable en un área de enfermedad establecida y rentable puede servir para generar ingresos considerables incluso si no representa un avance terapéutico (el llamado fármaco 'yo también') [39 ,40]. Mientras tanto, seguir indicaciones de "yo también" quita recursos valiosos a la verdadera innovación médica que se centra en el valor de la salud [41].

Creciente desalineación

Por lo tanto, la prominencia de las patentes y el afán de lucro como fuerzas impulsoras detrás del desarrollo farmacéutico afecta los precios y tiene un impacto importante en el establecimiento de prioridades de I+D, con grandes áreas de necesidades médicas insatisfechas cada vez más abandonadas. Las enfermedades relacionadas con la pobreza, como la tuberculosis o las llamadas enfermedades tropicales, como la malaria, la leishmaniasis o la enfermedad del sueño, han sido ignoradas durante mucho tiempo por las compañías farmacéuticas comerciales porque los pacientes carecen de poder adquisitivo suficiente para atraer su atención

[42]. A pesar de la creciente resistencia a los antimicrobianos a nivel mundial, también tenemos una escasez de nuevos antibióticos y las empresas abandonan el campo por falta de perspectivas de rentabilidad en comparación con otras áreas [43]. Incluso la disponibilidad de antibióticos críticos más antiguos (a menudo baratos) ya no está asegurada, en parte porque se ha vuelto mucho más rentable para las empresas centrarse en productos de mayor “valor agregado” [44]. Para que el sector privado participe en el desarrollo de vacunas y tratamientos para enfermedades epidémicas emergentes como el Ébola o el COVID-19, las empresas esperan financiación pública y otros incentivos para reducir riesgos, como compromisos de compra anticipada, e incluso entonces, se muestran reticentes a comprometerse a objetivos de salud pública como el acceso equitativo [17,45].

Es importante destacar que, a pesar de un discurso ampliamente promovido sobre importantes avances médicos e innovación en el sector farmacéutico, la realidad es que más de la mitad de los medicamentos recientemente aprobados no muestran evidencia de beneficio clínico adicional en comparación con los tratamientos ya existentes [39,46,47]. Esto significa que los incentivos actuales no están impulsando una innovación médica útil. En cambio, la mayoría de los medicamentos desarrollados recientemente no son mejores que los que ya tenemos, un síntoma de un ecosistema de innovación sanitaria altamente ineficiente. Aún así, a través de esfuerzos de marketing que equivalen aproximadamente al gasto en I+D, el sector farmacéutico puede prosperar financieramente basándose en el desarrollo y las ventas de productos con poco o ningún valor terapéutico añadido [39,40], y permanecer entre los sectores industriales más rentables [48,49].

Mientras tanto, debido a la premisa de que la innovación médica tiene un propósito de salud, el modelo de negocio farmacéutico está en gran medida subsidiado por el

financiamiento público (de los contribuyentes): desde una financiación sustancial para investigaciones iniciales en las universidades de las cuales la industria selecciona cuidadosamente los descubrimientos para otorgar licencias, hasta impuestos para créditos y otros subsidios para recompensar a las empresas que invierten en I+D, hasta generosas políticas de propiedad intelectual y exclusividad de mercado y, por último, pero no menos importante, diversos sistemas de seguro médico que cubren parte del precio de los medicamentos y minimizan el gasto de bolsillo de los hogares (principalmente en países ricos). Estas políticas públicas sirven principalmente para "eliminar el riesgo" del sector privado y sus inversores, sin embargo, sin garantizar que se salvaguarde el interés público, por ejemplo a través de condicionalidades sobre el acceso equitativo y el intercambio de tecnología y un énfasis en la buena gobernanza común [39,50]. En cambio, los beneficios y recompensas de los esfuerzos colectivos de I+D se privatizan a través de la propiedad intelectual y otros monopolios y se utilizan para maximizar los ingresos, que fluyen cada vez más hacia los accionistas e inversores [29]. Esto da como resultado una marcada desalineación entre los objetivos esperados de innovación médica basados en las necesidades de salud y los impulsores de las compañías farmacéuticas (Figura 1).

La naturaleza extractiva de esta financiarización se ilustra mejor con el fenómeno de las recompras de acciones, mediante las cuales las empresas utilizan sus ganancias no sólo para pagar dividendos sino para recomprar sus propias acciones, manteniendo así artificialmente altos los precios de las acciones en beneficio financiero de los accionistas, inversores y altos directivos, una táctica ampliamente utilizada en la industria farmacéutica [51,52]. En los últimos años, las principales empresas farmacéuticas gastaron más en recomprar sus propias acciones que en invertir en I+D [39,51].

Conclusión

Los continuos cambios en la privatización, monetización y financiarización de la I+D médica han provocado un importante desajuste entre las necesidades sanitarias y los intereses económicos y financieros que han llegado a dominar e impulsar el modelo de negocio, con un impacto perjudicial tanto en la dirección como en la calidad de la innovación médica. . Desafortunadamente, muchos investigadores, profesionales de la salud y formuladores de políticas todavía creen que este modelo económico es beneficioso para todos, que es la mejor opción posible, el precio a pagar por la innovación médica.

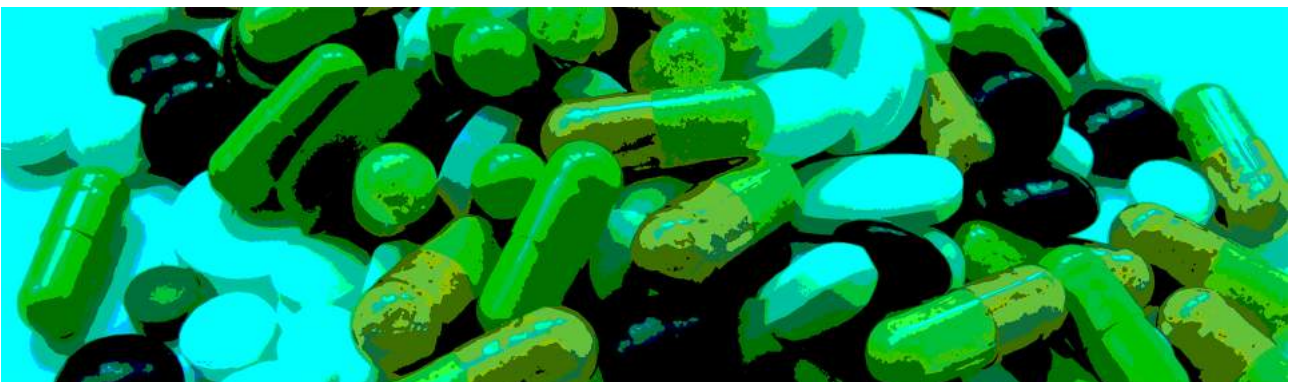
Un análisis más profundo del modelo de negocio farmacéutico y sus resultados muestra una realidad diferente. Los medicamentos son caros porque, como sociedad, hemos optado por confiar en un modelo de negocio con fines de lucro para la innovación médica que prioriza la maximización de ganancias en beneficio de los accionistas e inversores sobre los fines de salud, en detrimento de los verdaderos avances terapéuticos y el acceso equitativo. En términos de abordar las necesidades de salud, el actual ecosistema de innovación médica se está volviendo cada vez más inadecuado para su propósito: no obtenemos lo que necesitamos, la mayor parte de lo que obtenemos no proporciona valor terapéutico añadido y los pocos avances médicos son demasiado caros. , excluyendo el acceso excepto a los más ricos. La creciente financiarización cambia aún más la dirección de la I+D de abordar las necesidades de salud de las personas a

vender productos como artículos ordinarios o de lujo.

Pero no tiene que ser así. Estimulados por la pandemia de COVID-19, y a partir de una creciente comprensión por parte del público de que el contrato social entre el sector farmacéutico y los gobiernos responsables de la salud pública está roto, se están llevando a cabo múltiples procesos de reforma de políticas que pueden abordar estos problemas [22,53] . Como fue el caso en el pasado, los gobiernos pueden establecer reglas de manera diferente para redefinir los contornos y objetivos de ese contrato social y abordar las necesidades de salud de las personas de manera equitativa y de regreso al centro [22,54]. Requiere repensar y transformar el ecosistema de I+D farmacéutico de modo que los sectores público y privado trabajen juntos hacia el objetivo compartido de responder a las necesidades de salud pública y de los pacientes y garantizar una financiación que sea productiva en lugar de extractiva: invertida en proyectos colaborativos de I+D que aborden las necesidades sanitarias prioritarias. , compartir datos y tecnología para obtener el máximo beneficio para la salud y ofrecer innovación médica que mejore la salud de las personas para el bien común [50,55], porque los medicamentos no deberían ser un lujo.

Nota de la Comisión de Redacción.

La bibliografía de este artículo, se encuentra disponible para el lector interesado en el artículo original.



Puedes colaborar con esta revista o directamente con la Asociación de Acceso Justo al Medicamento (AAJM). <https://accesojustomedicamento.org/colabora-con-nosotros/>

ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO

AAJM

ISSN 2697-1712



Edita: Asociación Acceso
Justo al Medicamento.
Plaza de las Cortes 11. 4º.
28014 Madrid