

Nº. 41
SEPTIEMBRE
2025

✕ @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



La investigación y fabricación pública de medicamentos en Cuba, ejemplo de lo posible

SUMARIO

EDITORIALES

- (3) La inanición deliberada como arma de guerra *Primum Nocere*, II. María Julia Bertomeu.
- (6) In memoriam. Nuestro amigo, nuestro compañero Jesús.

ORIGINALES

- (8) Industrias sanitarias, profesionales y pacientes. Cómo evitar una relación con frecuencia tóxica (corrupta). SIAP Industria 2025.
- (22) Acceso a los medicamentos: igualdad y derecho a la vida. Javier Sánchez Caro.
- (28) La situación actual de los psicofármacos en España: a propósito de una mesa. Antonio Pujol de Castro.

OTRAS FUENTES

- (35) Cuba está abriendo nuevos caminos en el desarrollo de tratamientos farmacológicos. Michael Channan.

- (38) La explosión de los precios de los medicamentos amenaza el acceso a los cuidados. Marion Courtassol.
- (40) Recuperar el descubrimiento de medicamentos: por qué necesitamos productos farmacéuticos públicos. David Franco.

- (45) El acuerdo comercial entre India y Reino Unido amenaza el acceso a los medicamentos, advierten activistas. Peoples Dispatch.

- (47) Los miembros de la OMS se reúnen para finalizar el Instrumento de Acceso a Patógenos. Ellen't Hoen.

INFORMES Y DOCUMENTOS

- (50) Informes y documentos seleccionados por la CR.

MALDIGO LA POESÍA...

- (54) Pau Casals, un ejemplo de postura cívica ante el genocidio. Auden, himno no oficial de la ONU.

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 Iráizoz, Patricia Lacruz Gimeno, Joan-Ramón Laporte, David Larios Risco, 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 Jaume 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 41. SEPTIEMBRE 2025. [Histórico de revistas](#).

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



EDITORIAL

La inanición deliberada como arma de guerra

Primum nocere, II



María Julia Bertomeu.

Conicet – Universidad de Buenos Aires. Miembro de la Comisión Editorial de la rAJM.

En un artículo breve inteligentemente bautizado como “Primum nocere”, Juan Gervas y Mercedes Pérez Fernández (del Equipo CESCA de Madrid) denunciaron de manera contundente que: “La política colonial de Israel se asienta en el primum nocere (lo primero, dañar)”.... “Israel incumple sus obligaciones como potencia colonial y provoca inmensos daños a la población autóctona. No es que [sólo] robe tierras y recursos, es que además asesina, enferma, tortura y mutila causando un sufrimiento inmenso y en gran parte irreparable.” (<https://www.sinpermiso.info/textos/primum-nocere>)

Entre los daños que los autores indican, mencionan un ‘asedio medieval a Gaza’, a una población que no se rinde a pesar de no contar con murallas ni torres con centinelas. Hoy Palestina resiste el bloqueo del ingreso de comida y agua, además de productos sanitarios, repuestos y combustible. La población está muriendo de hambre, y estas privaciones se convierten en la estrategia de Israel y sus aliados (por activa o por pasiva) que intentan desplazar las históricas luchas del pueblo palestino por la liberación, y convertirlas en una lucha por la mera supervivencia. Se repite la estrategia de bombardear y asesinar, pero también la antigua y acostumbrada táctica de forzar a una población a rendirse por hambre, como titula Via Campesina un artículo de lectura indispensable.

(<https://viacampesina.org/en/2025/07/gazas-hunger-crisis-is-not-a-tragedy-its-a-war-tactic/>)

El hambre es también una estrategia que se emplea como arma de destrucción masiva, asistida por mentiras e indiferencia ante quienes sufren y mueren. En mayo de 2018, el Consejo de Seguridad de la ONU emitió la Resolución 2417 aprobada por unanimidad, condenando la inanición deliberada de civiles como un crimen de guerra. En ese momento la ONU comprometía a todas las partes en conflicto a garantizar el acceso de los actores humanitarios, resolución que Israel incumple. Desde entonces y si bien los litigios han llegado a instancias judiciales internacionales, su práctica como método de conducir las hostilidades continúa siendo utilizada.

(<https://accioncontraelhambre.org/es/actualidad/aniversario-la-resolucion-2417-naciones-unidas-hambre-conflicto>)

El hambre como táctica de dominación por desposesión

Sabemos que la estrategia es muy antigua y geopolíticamente identificable. Hay sobrados ejemplos históricos, entre ellos el de los habitantes pobres bengalíes que “pagaron las guerras imperiales con hambre e inanición, con la marcha fúnebre de campesinos, pescadores y artesanos bengalíes”. (Vandana Shiva, 2003, pp.16). La población civil palestina de hoy paga con su vida las nuevas guerras imperiales. Me interesa aquí analizar el tema del asalto final a los bancos de semillas, como estrategia de dominación por desposesión.

Vandana Shiva (la física, filósofa y escritora ecofeminista ghandiana) fundó en los 70 un

banco de semillas de la India a través del proyecto “Navdanya” (nueve semillas, en hindi), destinado a preservar el patrimonio agrícola del país, bajo el lema que se popularizó: las semillas son nuestra madre y guardarlas es un acto político. Se trataba de un programa para salvar la diversidad en los campos de los agricultores y especialmente de agricultoras indias. (Mateu, Paula, (2024), (https://www.nationalgeographic.com.es/medio-ambiente/vandana-shiva-acto-politico-guardar-semillas_22875).

Israel acaba de destruir el último banco de semillas de Palestina. Vivimos un 2025 convulsionado por distintas crisis geopolíticas en las que las semillas se han convertido en trofeos de guerra. El 31 de julio de 2025 las fuerzas israelíes derribaron el último banco de semillas de Hebrón, una unidad de multiplicación de semillas del banco de la UAWD (Union of Agricultural Work Committees), que en mayo de 2024 el Parlamento israelí propuso declararla como organización terrorista. La destrucción fue un acto político de desposesión, ”en ese acto, no solo se destruyó un recinto, sino el último archivo vivo de la memoria agrícola y el patrimonio cultural palestinos, fruto de generaciones de conservación de semillas y de conocimiento ecológico”. (<https://es.globalvoices.org/2025/08/28/israel-destruye-ultimo-banco-de-semillas-sobreviviente-haciendose-eco-del-legado-colonial-de-borrado/>).

En la Palestina ocupada, como consta en la denuncia internacional de la Unión de Comités de Trabajadores Agrícolas (UAWC), “La destrucción se llevó a cabo sin previo aviso y bajo protección militar, constituye un duro golpe para los esfuerzos palestinos por preservar la biodiversidad local y garantizar la soberanía alimentaria. Este ataque se produce en un contexto de recrudecimiento de la violencia de los colonos, acaparamiento de tierras y esfuerzos sistemáticos de la ocupación israelí para dismantelar los medios de supervivencia de las comunidades palestinas. La destrucción de un banco nacional de semillas es un acto de extinción,

destinado a romper los vínculos generacionales entre los agricultores y sus tierras.” (<https://sinmaiznohaypais.org/urgente-fuerzas-israelies-atacan-la-unidad-de-multiplicacion-del-banco-de-semillas-de-uawc-en-hebron/>).

Según la tesis clásica de Karl Polanyi, el hambre no es un problema incidental del capitalismo sino su la condición de posibilidad, entre otras cosas -y es ésta su principal tesis-, porque en la medida en que el desempleado no estuviera en peligro de sufrir inanición no habría aceptado enajenar su propia fuerza de trabajo. (Polanyi, Karl (2001), 222-223). En el caso de Palestina hoy -especialmente en Gaza y Cisjordania-, la salida no es la opción por el trabajo semi-esclavo para no morir de hambre, porque eso ya está garantizado en gran parte del mundo y especialmente ahora en Palestina; es hambrear primero para luego “alimentar y matar”, ofrecer comida a cambio de desplazamiento hacia el sur de Gaza, convertir al hambre en un arma tanto o más efectiva que las bombas. El robo del sustento de los agricultores palestinos mediante la estrategia de la guerra, se suma así al robo por parte de las grandes compañías que hoy reclaman semillas y plantas como “invenciones” suyas, como propiedad privada escoltada por patentes.

A modo de conclusión: La guerra de las semillas y las semillas de la guerra

Resulta curioso que en un mundo que mayoritariamente impone la defensa de la propiedad privada exclusiva y excluyente, como la popularizó el jurista británico dieciochesco William Blackstone; ambas partes de la disputa por la propiedad de las semillas consideran que la posesión de la otra parte debería considerarse “herencia común”. Las naciones del norte capitalista pugnan por un acceso libre a las redes de bancos de diversidad genética del sur, mientras el sur global brega por obtener, recíprocamente, un acceso abierto a las

semillas de la industria del norte. En 1984 el Wall Street Journal bautizó la disputa como “la guerra de las semillas”. La cuestión en ese momento era si los países del Tercer Mundo debían pagar por las nuevas variedades de semillas desarrolladas por las empresas occidentales a partir de semillas obtenidas en el Tercer Mundo, (Kloppenburg (2004), *First the Seed. The political economy of plant biotechnology*, University of Wisconsin Press, p. 184 ss)

La concentración en la industria de las semillas tuvo impactos negativos en los derechos de los agricultores y en la agrobiodiversidad porque las empresas tienden a centrarse en un número reducido de variedades rentables y sujetas al régimen de patentes. Cuando esto ocurre, se pierden tanto las variedades en sí mismas como los conocimientos sobre cómo cultivarlas. (Peschard, K. and Renderia, S. (2020) ‘Keeping seeds in our hands’: the rise of seed activism”, *The Journal of Peasant Studies*, pp. 22 ss).

Pocos de los herederos del común denuncian hoy a Israel por el ecocidio, por la guerra como estrategia de dominación por desposesión de semillas, fuente de ingresos de las poblaciones palestinas y “patrimonio

común de la humanidad”. Recordemos que en la Conferencia de Río de 2002 en Johannesburg, incluso Monsanto celebró que las semillas fueran declaradas “patrimonio común”, aunque no han alzado la voz para reclamar la herencia robada por la guerra imperial de Israel y sus aliados. (Peschard, Renderia (2020), p. 6-7).

Concluyo con una cita tomada de Viacampesina (“La voz global de los campesinos que alimentan al mundo”) que no cesa de reclamar por la destrucción de las semillas de los pueblos como estrategia de guerra.

“El ataque a los bancos de semillas en zonas de conflicto —desde Palestina hasta Sudán y Ucrania— revela cómo el ecocidio opera como una estrategia global de dominación. Al destruir la base biológica de la soberanía alimentaria, actores poderosos garantizan que las poblaciones desplazadas y oprimidas sigan dependiendo permanentemente de sistemas alimentarios externos controlados por sus opresores”.

(<https://viacampesina.org/es/los-ataques-de-israel-a-los-bancos-de-semillas-destruyen-milenios-de-patrimonio-cultural-palestino/>)



IN MEMORIAM

Nuestro amigo, nuestro compañero Jesús



Comision de Redaccion de la rAJM

Jesús Martino Sánchez Martínez (El Bonillo, Albacete, 1954, Prado del Caño, Bogarra, Albacete, 2025) ha fallecido después de una larga y penosa enfermedad.

Para la Asociación para un Acceso Justo a los medicamentos (AAJM) y para la revista AJM de cuya Comisión de Redacción formaba parte activa supone una dura y sensible pérdida.

La trayectoria vital de nuestro querido amigo Jesús es un buen ejemplo de una dedicación basada en conseguir la mejora de la calidad de vida de sus conciudadanos y asegurar un acceso justo, equitativo y universal a las prestaciones sanitarias.

Jesús realizó la licenciatura de Medicina en la Facultad de Medicina de Valencia en 1977, periodo durante el cual participó activamente en las luchas estudiantiles por la democracia y la libertad.

Posteriormente inició su formación MIR como médico especialista de Anestesia y Reanimación en el Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia. Finalizado el periodo de residencia inició su trabajo como, médico adjunto de Anestesiología y Reanimación en el Hospital de Yecla en 1982. En 1983 regresó su



querida ciudad de origen, Albacete y a partir de enero de 1984 asumió la responsabilidad de la dirección del Centro de Especialidades de Albacete.

Su compromiso con el sistema sanitario público y su implicación directa en el camino que dio lugar a la Ley General de Sanidad y al SNS fue el eje de su actividad y trabajo.

En 1986 y tras un proceso de selección pública fue nombrado por el INSALUD, director gerente del Hospital General de Albacete donde llevó a término el proceso de reforma, ampliación, y desarrollo de las actividades de las especialidades conformando las bases para un nuevo hospital, dirigido y dedicado a las y los ciudadanos de Albacete.

A continuación, asumirá la Dirección Gerencia del Hospital de Ávila y de su Área de Atención Especializada durante el periodo 1992 a 1995.

Con el traspaso de las competencias sanitarias a la Comunidad de Castilla-La Mancha, en enero de 2002, será nombrado director gerente del Hospital General de Albacete por el SESCAM. En esta nueva etapa que se extendió hasta 2011 se consolida el Complejo Hospitalario y Universitario de Albacete (CHUA) con la incorporación del Hospital Perpetuo Socorro y, posteriormente, en 2007, se crea el Área Funcional de Gestión de Albacete con la apertura de los hospitales comárcales de Almansa y Villarrobledo unificando la atención especializada en toda el área.

Nuestro amigo, nuestro compañero Jesús

Se inició el programa de trasplantes, poniendo en marcha especialidades e incorporando nuevas tecnologías para facilitar el acceso de las y los ciudadanos de Albacete al mejor diagnóstico y tratamiento posible.

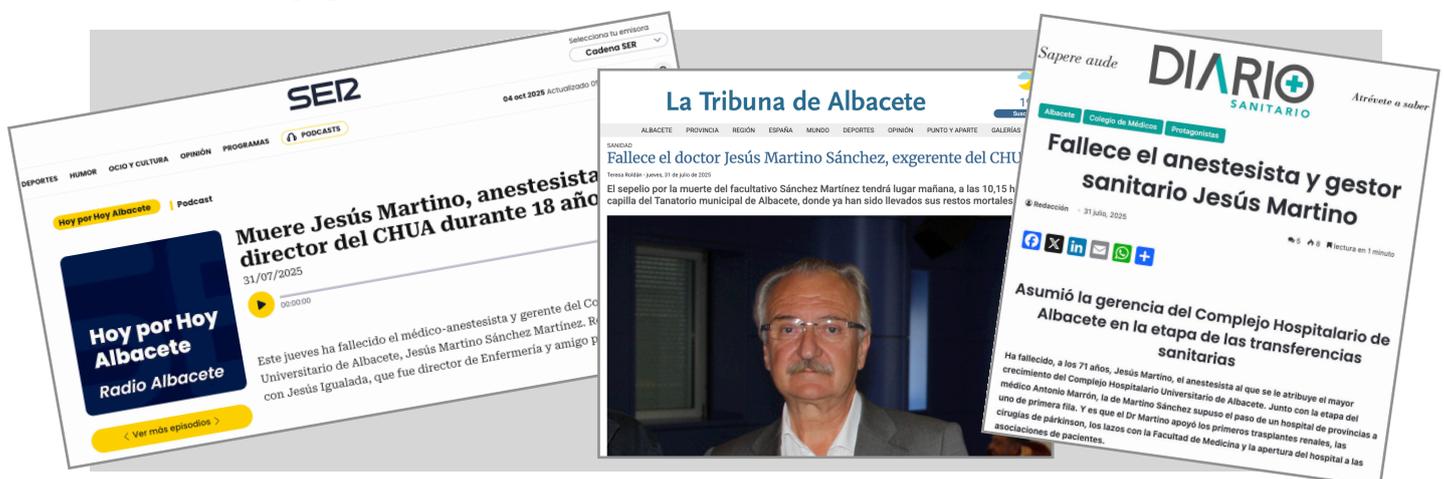
Finalmente, en la última etapa de su actividad existencial, reinició el ejercicio de su especialidad de Anestesia, con la atención directa a los pacientes.

En 2016 Jesús participó de una forma activa e ilusionada en la creación de la Asociación para un Acceso Justo al Medicamento. Pensaba que era necesario introducir reflexiones e ideas en los profesionales sanitarios y en la ciudadanía, destinadas a comprender el papel del coste de los medicamentos en el acceso de los ciudadanos a los tratamientos adecuados. Así, dentro de la Junta Directiva de la AAJM promovió y desarrolló activamente, seminarios y conferencias. Su papel en la organización de vídeo conferencias, donde expertos y profesionales desarrollaban temas de singular interés fue sin duda clave. La página web de la Asociación fue uno de sus esfuerzos y hoy su contenido y formato deben a Jesús, junto con Gerardo Colas, la imagen de la AAJM.

Pero también su impulso y apoyo en la publicación de la revista AJM fue fundamental. Desde la Comisión de Redacción estuvo siempre aportando ideas y sugerencias, además de nuevo, incluyendo a la revista en la página web.

Para los miembros que componemos la Comisión de Redacción, su presencia nos garantizaba un análisis riguroso y prudente de las diferentes iniciativas que nos planteábamos. Su compromiso con los objetivos de la revista fue siempre indiscutible. Consideraba que ésta era un instrumento, una herramienta para plantear a los ciudadanos la necesidad de un nuevo modelo de patentes y precios que garantizase a todos los y las ciudadanas el tratamiento adecuado que permitiera la recuperación de su salud. También era profundamente consciente que la evolución de los sistemas sanitarios depende de un enfoque decidido hacia una gestión sanitaria pública. Este planteamiento en el campo de los medicamentos y vacunas necesarios para recuperar y mantener la salud era claro y rotundo. Es imprescindible, como él veía de manera aguda, que el precio de los medicamentos y vacunas esté relacionado directamente con los costes de investigación y producción y no con los enormes beneficios de las empresas farmacéuticas.

Para los miembros de la Comisión de Redacción, la figura de Jesús permanecerá con nosotros como un ejemplo claro a seguir. Su compromiso para conseguir, con la aplicación de valores como la solidaridad y la fraternidad, una sociedad más justa donde la igualdad de todos los seres humanos para el acceso a la atención y cuidados sanitarios esté garantizada. Continuar el camino que Jesús Martino inició en nuestra revista seguirá siendo nuestro objetivo final.



ORIGINAL

Industrias sanitarias, profesionales y pacientes. Cómo evitar una relación con frecuencia tóxica (corrupta)



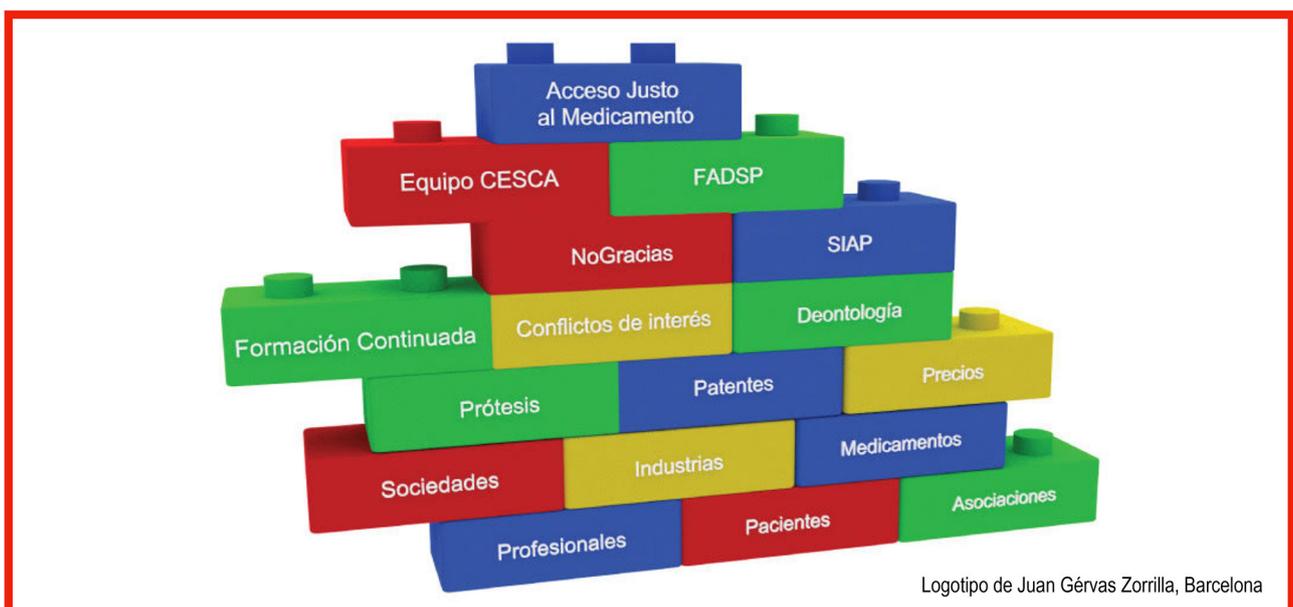
SIAP Industria 2025.

Los Seminarios de Innovación en Atención Primaria de Salud (SIAP), coordinados por el [Equipo CESCA](#), se celebran desde febrero de 2005 principalmente en España (Madrid, Barcelona, Bilbao, Granada, Lleida, Maó, Murcia, Oviedo, Toledo, Valencia y Zaragoza), pero también en otras ciudades del mundo como Buenos Aires, Cusco, Florianópolis, Lima, Lisboa, Oporto, Oxford, Quito, Río de Janeiro y Santiago de Chile.

Lo que se pretende es generar conocimiento colectivo. Un buen resumen es este, del comité organizador de SIAP Valencia 2019: “Los SIAP son encuentros multiprofesionales, que facilitan la participación y aprendizaje tanto a distancia como presencial, con el objetivo de mejorar el trabajo relacionado con la sanidad y en especial la Atención Primaria. Los contenidos son siempre competencias y

aspectos del día a día que muchas veces pasamos por alto, sin demasiada reflexión y con poca profundidad, y que, aunque no se encuentran fácilmente en libros y en artículos científicos, resultan trascendentales para una buena calidad en el ejercicio de nuestras profesiones”.

Los SIAP son una propuesta abierta y gratuita, «libres de humos industriales», con el único requisito de inscribirse y de participar en el proceso de reflexión y diálogo virtual previo. En el SIAP número 58, en septiembre de 2025, la fase virtual (correo electrónico) se inició el 1 de septiembre, y la reunión presencial de ponencias y debate se celebró los días 26 y 27 de septiembre, en la sede de la Organización Médica Colegial (en Madrid) que cedió gratuitamente sus instalaciones. Los participantes han sido, básicamente



profesionales sanitarios (200 de 215), y en profesiones, sobre todo médicos y residentes de medicina de familia (120 y 30, respectivamente).

Entre los objetivos del SIAP sobre «Industrias sanitarias, profesionales y pacientes. Cómo evitar una relación con frecuencia tóxica (corrupta)». El propósito principal ha sido generar conocimiento práctico sobre cómo lograr una relación prudente entre profesionales sanitarios (y sus sociedades), pacientes (y sus asociaciones) y las industrias (básicamente de medicamentos, pero también las de tecnología, productos sanitarios, alimentarias y otras). La segunda finalidad ha consistido en llevar a cabo el análisis de la situación actual, la elaboración de propuestas de mejoras, la comparación internacional y el estudio de posibles líneas de investigación. La cuestión es que la relación de las industrias con profesionales y pacientes sobrepasa en muchos casos los límites prudentes y las industrias se convierten en un problema al poner el afán de lucro por encima del interés de la salud.

Seguidamente ofrecemos una parte destacada del contenido.

Profesionales e industrias. El sistema sanitario sirve a pacientes y poblaciones, ¿o viceversa? ⁽¹⁾

A.- Introducción

B.- El problema (1 visión general, 2 visión cercana)

C.- Las consecuencias (1 en general, 2 en concreto)

D.- Las causas (1 de fondo, 2 de forma)

E.- Las soluciones (1 en grande, 2 en pequeño)

Conclusión

A.- Introducción

Algunos sociólogos de la salud, en París, en mayo de 1968, definieron que “los pacientes son el combustible del sistema sanitario”, terrible afirmación que se cumple muchas veces, lamentablemente.

Dicho de otra forma, es algo existencial: “Ser o no ser, ésa es la cuestión. ¿Cuál es más digna acción del sistema sanitario, servir a pacientes y poblaciones o servirse de pacientes y poblaciones?”.

Parece que la respuesta es sencilla, “servir a pacientes y poblaciones” pero los hechos dan lugar a dudas.

B.- El problema ⁽²⁾

1.- La visión general

En España, en 2022 el gasto sanitario público total ascendió a 92.072 millones de euros. De esta cantidad, 22.015 millones se gastaron en medicamentos. Es decir, el gasto en medicamentos supuso un 24% sobre el gasto sanitario público total, lo que supone el doble de lo prudente.

El exceso, unos diez mil millones de euros, implica beneficios legales pero ilegítimos para los accionistas de las empresas y los directivos de las mismas. El problema es que se produce un abuso sistemático de posición dominante, exigiendo las empresas precios mucho más altos de lo que serían necesarios para financiar la investigación que realizan (hasta siete veces más).

Por ejemplo, lenacapavir para el VIH cuesta unos 100 euros el tratamiento anual, pero se vende a 20.000, en un indecente ejercicio de “la bolsa o la vida” (que llega a ser en algunos casos “la bolsa y la vida”, por superar los daños de los medicamentos a sus beneficios).

Parte de ese gasto en exceso se emplea en acciones de cabildeo (lobby), marketing, promoción, formación continuada de profesionales, elaboración de guías clínicas, seminarios de pensamiento estratégico para Consejerías, Ministerios y parlamentarios, patrocinio de asociaciones científicas de profesionales, y de pacientes, etc.

De esta forma se controla el sistema pues se influye sobre las líneas de investigación, la aprobación, financiación, precios, y prescripción de medicamentos, y sobre la orientación, prioridades y leyes de los gobiernos regionales, nacionales, europeos y globales.

En España, el crecimiento continuado del gasto en medicamentos, siempre superior al crecimiento del Producto Interior Bruto, es un desafío fundamental para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y amenaza la equidad y la accesibilidad a los medicamentos necesarios.

2.- La visión cercana

En España, de cada 10 ciudadanos, tres toman algún psicofármaco, tres un omeprazol, y dos un medicamento para el colesterol. En cierta forma, la medicación se emplea como “bálsamo social” pues, por ejemplo, los opiáceos se prescriben con mayor frecuencia a personas con rentas bajas.

Entre los mayores de 70 años, la mitad toma cinco medicamentos o más. La mitad (generalmente una mujer) recibe algún psicofármaco cada año. En esta franja de edad, una de cada cuatro personas toma un fármaco para la depresión, también una de cada cuatro toma un medicamento para dormir, y una de cada 10 un neuroléptico.

Las actividades de propaganda (marketing) de la industria farmacéutica superan en gasto al de investigación y desarrollo, y logran su objetivo de consumo excesivo e innecesario de medicamentos. Al tiempo hay necesidades sin cubrir en algunos campos

concretos en los países enriquecidos y en casi todos los campos en los países empobrecidos.

C.- Las consecuencias

1.- En lo general

El exceso de gasto farmacéutico (ya citado, más de 10.000 millones de euros anuales) implica el uso innecesario e irracional de medicamentos sin beneficios. De hecho, se puede decir que “los medicamentos acaparan el presupuesto y gobiernan el sistema sanitario”.

El entramado que logra tal exceso de gasto corrompe al sistema sanitario de pies a cabeza y genera un caldo de cultivo en que cabe normalizar toda conducta reprochable, desde el aceptar sobornos por las industrias al incumplimiento de horarios pasando por la manipulación de listas de espera (que se palián con “peonadas”, a base de trabajo extra).

Finalmente, la corrupción impune alcanza a toda la sociedad, especialmente manipulada a través de los medios de comunicación.

El concepto de “factor de riesgo”, que es asociación estadística, se transforma en factor causal y, puesto que vivir es factor de riesgo para morir, toda adversidad, desasosiego y malestar se transforma en enfermedad (se llega a inventar enfermedades y sociedades científicas profesionales ad hoc que definen salud mediante cifras y normas a conveniencia, la biometría) y se exige un medicamento para cada molestia, con la idea de que hay una solución simple para problemas complejos. Por consecuencia se expropia la salud, se individualiza la respuesta y se incrementa la visión biológica de la existencia, una triada que favorece la percepción capitalista de que no existe la sociedad, sólo individuos.

En cierta forma la enfermedad se “independiza” y adquiere existencia propia, lo que permite la uniformación bien demostrada en protocolos y guías clínicas.

Ello refleja una visión realista comercial que predomina sobre la empirista clínica del “no hay enfermedades sino enfermos.

Además, el dinero del despilfarro del exceso de gasto farmacéutico podría servir para mejorar la Salud Pública, la Atención Primaria, la atención en Salud Mental, las condiciones de trabajo de los profesionales, los tiempos de espera y de atención, así como para consolidar los centros públicos de investigación (no solo en intervenciones farmacológicas) y generar alternativas públicas para la fabricación y desarrollo de medicamentos innovadores y medicamentos esenciales.

2.- En lo concreto

En España, entre el 15 y el 20% de las visitas a servicios de urgencias son atribuibles a efectos adversos de medicamentos cuya prescripción tendría que haber sido evitada en dos terceras partes de los casos.

De los más de 5 millones de ingresos hospitalarios anuales en España, entre 500.000 y 800.000 son atribuibles a dichos efectos adversos.

Uno de cada cinco pacientes hospitalizados sufre un efecto adverso potencialmente grave. El número anual de muertes en hospital atribuibles a efectos adversos es como mínimo de 16.000.

De los 60.000 casos anuales de fractura de fémur, 15.000 son atribuibles a medicamentos (la mayoría de ellos innecesarios o contraindicados en quienes los recibían). Una proporción significativa de los casos de neumonía, cáncer, infarto de miocardio, ictus, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, insuficiencia renal, diabetes, deterioro cognitivo y demencia son atribuibles a efectos adversos de medicamentos (a los que muchas veces se responde incrementando la dosis, o con otro medicamento).

Centenares de miles de personas —quizá un millón en España— han sufrido alteraciones de su sexualidad causadas por fármacos. No sabemos cuántos casos de violencia, agresión y suicidio son atribuibles a los fármacos antidepresivos ISRS⁽³⁾ y otros. Además, en general no se comentan con el paciente los efectos adversos posibles por lo que no hay consentimiento informado.

Demasiado a menudo el origen farmacológico de la enfermedad es desconocido por el médico, escasamente concienciado para sospecharlo, evaluarlo y corregirlo⁽⁴⁾.

Así, por ejemplo, la inhibición de la sexualidad por antidepresivos (PSSD, disfunción sexual post-ISRS) lleva muchas veces a etiquetar al paciente de deprimido, delirante o inestable, e incluso se le silencia o ridiculiza y, para colmo, a veces se le receta más medicación, agravando así el problema e incrementando sus consecuencias.

D.- Las causas

1.- De fondo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, un imposible que es impensable si no es en los instantes que dura un orgasmo, como bien señaló Petr Skrabanek.

La OMS propuso una salud perfecta y completa, y el sistema sanitario y sus profesionales se arrogan el poder de conseguirla, por más que sólo el 10% de la salud dependa de dicho sistema.

Se produce, así, una “paradoja de la salud”, y a mayor salud mayor insatisfacción con misma pues la sociedad y sus individuos aspiran a la juventud eterna, a un estado de completo bienestar físico, mental y social. Es decir, se incentiva el consumo de “salud” como un bien que justifica todo, desde la prevención sin límites al uso de medicamentos idem. Se aspira a vivir mucho

y bien, a evitar todo mal, aunque sea a costa de vivir obsesionados y sin disfrutar del día a día, “consumiendo salud” en forma de medicamentos (también vacunas), higienismo, alimentación “sana”, cursos de autoayuda, etc. Por consecuencia se medicalizan, y “medicamentizan” todas las facetas vitales, desde el embarazo a la muerte, la crianza, la etapa escolar, la adolescencia, la alimentación, la menopausia, la salud mental, la salud sexual, el deporte, etc.

Hay una colusión de intereses entre la sociedad, el sistema sanitario, la academia y sus profesionales, medios de comunicación y periodistas y los “vendedores” de remedios (todas las industrias sanitarias) que legitima acciones incluso corruptas y dañinas, como “la promoción de enfermedades” y la invención de las mismas (como sostenían los estudiantes de medicina de Farmacéuticos acerca de la industria farmacéutica: “estamos produciendo medicamentos para enfermedades que inventaremos”).

Así, la combinación de nuevos medicamentos de alto coste, una demanda creciente y un sistema de regulación insuficiente basado en un modelo de patentes abusivo, lleva a un aumento incontrolable del gasto farmacéutico.

2.- De forma

En el campo sanitario, con la excusa de favorecer innovación e investigación se ha implantado un sistema de patentes que permite la manipulación del mercado, incrementa las ganancias y, de hecho, limita la innovación y la investigación. Además, transfiere derechos públicos a entes privados de forma que la investigación mayoritariamente pública termina en manos de empresas con ánimo de lucro. Por consecuencia, respecto a medicamentos, se mantienen precios artificiales aprovechando el monopolio que justifica cada patente.

Las patentes extienden dicho monopolio a veinte años cuando los gastos de investigación se cubren en apenas dos.

Además, en torno a las patentes se crea todo un mundo de "patent thickets", "evergreening" y "product hopping" para mantenerlas artificialmente. Buen ejemplo es Teva, empresa israelí con una larga historia de condenas judiciales y multas incluyendo 462,6 millones de euros de multa de la Unión Europea en 2024 por abuso de posición dominante al ampliar artificialmente la protección de la patente de Copaxone (glatiramero, para la esclerosis en placa) y difundir sistemáticamente información engañosa sobre un producto competidor para obstaculizar su entrada en el mercado.

Todo el personal sanitario relacionado con medicamentos es humano, y por tanto sensible a halagos y prebendas, a la “captura”, desde la ministra de Sanidad y las correspondientes Consejerías al jefe de servicio en un gran hospital docente pasando por la auxiliar de farmacia de un pueblo.

Aprovechando la mezcla de ignorancia y arrogancia frecuente en el sistema sanitario, en todos los niveles y profesionales, es fácil introducir dicho mecanismo perverso, “la captura” de instituciones y personas, que lleva a normalizar el uso irracional de medicamentos.

La captura va desde la más básica de la determinación de necesidades en investigación, al uso final por el paciente, que exige y percibe la intervención sanitaria como siempre beneficiosa y sin ningún riesgo (“eficaz y segura”), o todo ello se dulcifica. Por ejemplo, en la prensa científica y general se magnifica el efecto de nuevos medicamentos para el Alzheimer (donanemab y lecanemab) al tiempo que se comparan con medicamentos para el cáncer (“también muy costosos, poco eficaces y con importantes efectos adversos, pero que se utilizan”) como si hacerlo mal en un caso lo justificase en otro.

La captura afecta al citado Ministerio de Sanidad (y de Hacienda, y otros) y a toda la cadena que acaba en los mencionados efectos adversos, que en muchos casos no se declaran ni por profesionales ni por pacientes (la captura “ciega” casi físicamente hasta llegar a negar la realidad evidente y dolorosa).

E.- Las soluciones

1.- En grande

Como consideró Immanuel Kant, hasta en una aldea de demonios se podría configurar un orden social con leyes vinculantes para todos, siempre que los demonios tuvieran entendimiento (lo que les caracteriza es la falta de valores). Es el “egoísmo inteligente” que apoya la existencia de un sistema sanitario público de cobertura universal que mejora la salud de ricos y pobres y actúa como determinante social de la salud, además de favorecer la convivencia y la paz ciudadanas y ser la mejor expresión de la solidaridad humana. Incluso en el caso de que solamente consideremos el interés personal, nos convendría más un sistema sanitario público de cobertura universal que el modelo capitalista de sistema sanitario privado de cobertura según primas.

Lamentablemente, las corporaciones y entes capitalistas que gobiernan el mercado, fondos de inversión y similares, son demonios sin entendimiento, monstruos avariciosos que se alimentan insaciablemente de dinero, aunque sea a costa de destruir la sociedad y el mundo que hace vivible la vida. Hablan de “afán de lucro” pero es avaricia, un pozo sin fondo que agota a la persona en un esfuerzo sin fin para satisfacer la necesidad sin alcanzar nunca la satisfacción, que definió Erich Fromm. Hay, pues, hay que controlar el afán de lucro de las empresas y corporaciones apelando a su responsabilidad social, al presente y al futuro, e imponiendo un sistema fiscal justo. El precio de los medicamentos se debería

ajustar por el precio de coste (no por la capacidad de pagar por ellos). Y el acúmulo de riqueza sólo tiene sentido si produce bienestar grupal mediante la redistribución de esta.

Es imperativa también la reforma del sistema de patentes, que se ha logrado parcialmente en algunos casos sangrantes como, por ejemplo, respecto a los medicamentos para el VIH en Brasil, India y Sudáfrica. En general, lo que ha sido generado con dinero público debería revertir razonablemente en lo público, por lo que se precisa un sistema que regule no sólo el acceso a los medicamentos sino el complejo campo de relación entre investigación privada y pública.

Regulación que debería ir de la mano de la transparencia, elemento fundamental y crítico a incrementar en todos los eslabones del medicamento, desde que nace hasta su dispensación y consumo y muy especialmente en los pasos intermedios relativos a su financiación y precio.

Por otra parte, cuando constatamos que el sistema sanitario, a través del uso incorrecto de medicamentos, es un importante generador de enfermedad, incapacidad y muerte, la prioridad en este campo debería ser promover la prescripción saludable: retirar los medicamentos ineficaces y los innecesarios para el paciente, evitar las dosis elevadas y las duraciones excesivas, ajustar los tratamientos existentes y en general evitar la prescripción “por reflejo”. Es clave, también, desarrollar investigación sobre la efectividad (en el terreno) de los medicamentos de reciente introducción.

En la generación de conocimiento y su difusión conviene “volver a juntar lo político y lo científico en una misma conversación pública” que reclama Bruno Latour. Esto exige instituciones científicas que rindan cuentas, que se abran a la crítica plural y que sean capaces de mantener su independencia tanto frente al mercado como a la manipulación ideológica populista.

Es el enfoque Bio-Tecno-Sanitario Constructivo-Complejo que replantea el desarrollo biomédico como un proceso socialmente negociado. Este modelo promueve la deliberación democrática de los intereses en conflicto, evitando que la innovación esté impulsada únicamente por visiones tecnocráticas o corporativas. Se aboga por incorporar múltiples perspectivas —ciudadanía, pacientes, profesionales, empresas, gestores, políticos— a través de espacios deliberativos reales.

Las experiencias de diálogo generativo, o de magma creativo, se producen porque muchos individuos libres ponen el foco colegiadamente en un tema común y no en sí mismos. Ello genera consensos duraderos.

2.- En lo pequeño

El Servicio Nacional de Salud debería proveerse de un mecanismo de compra centralizada de medicamentos de gran uso, y envasado en “blanco” para la distribución directa a los pacientes. Tuvo especial relevancia la financiación selectiva de medicamentos tras conocer los mejores precios posibles (mal denominadas subastas andaluzas).

Se precisa una industria pública de medicamentos genéricos (sin marca comercial), que evite tanto el desabastecimiento habitual de “medicamentos de bajo interés comercial” como la manipulación del mercado incluso por las propias empresas de medicamentos de genéricos (en España cuestan, en promedio, el doble que en Suecia). De hecho, en la actualidad los genéricos son tan caros y los precios tan alejados de lo que cuestan, que poco tienen que envidiar, en cuanto a rentabilidad, a los de marca, teniendo en cuenta que aquellos no han gastado dinero en investigación. Por ejemplo, la memantina, 20 mg envase de 56 comprimidos, se vende a unos 144 euros en

España, cuando en el Reino Unido se vende a unos 42.

La investigación de campo y la formación sanitaria (en medicina, enfermería, farmacia, nutrición, psicología, etc) deben ser independientes de las industrias hasta lograr el cambio exigido por la deontología y la profesionalidad de rechazar toda injerencia en las mismas.

Así, por ejemplo, los ensayos clínicos tienen que pasar de “elegancia interna e irrelevancia externa”, como bien los criticó Bárbara Starfield, a justo lo contrario.

En otro ejemplo, la pregunta pertinente no es “¿Por qué no recibes a los representantes”? sino viceversa.

Más: las frecuentes “unidades” (dolor, menopausia, cefalea, insuficiencia cardíaca, osteoporosis, etc) habría que analizarlas una a una, y en su mayoría cerrarlas pues son en realidad despachos de empleados de las industrias farmacéuticas que introducen medicamentos no justificados “en cascada” hasta la atención primaria.

Por supuesto, las industrias pueden participar en dicha investigación y formación, pero por mecanismo interpuesto que evite el contacto directo y los “conflictos de interés”. Los responsables de administraciones públicas deberían releer y aplicar los artículos 77 y 83 del Texto Refundido de la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento, para potenciar las estructuras públicas que deben garantizar esa formación postgrado sobre medicamentos y productos sanitarios a los profesionales sanitarios. ¡Ay, la disposición adicional sexta! ¿Hasta cuándo se va a mantener la formación continuada con fondos de aportaciones por volúmenes de venta?

Hay estructuras permanentes y órganos de participación en los servicios de salud en las Comunidades Autónomas en las que participan profesionales de diferentes

ámbitos y que son fundamentales para mantener y difundir el conocimiento científico crítico del Servicio Nacional de Salud (SNS) y que lo pueden hacer en “servicio de proximidad”. Es necesario potenciar la intervención en docencia e información independiente, de forma cercana y a pie de los servicios y de los centros de salud, con los profesionales que ya tenemos, para reforzarlos con recursos del presupuesto de salud y sobre todo con una gestión y dirección con objetivos y estrategias claras, que tenga también en cuenta la difusión de conocimientos y cultura a la población.

Hay que idear e implantar sistemas de evaluación, “carrera” profesional y oposición-concurso en los que el peso de las actividades patrocinadas por las industrias (publicaciones, conferencias, ponencias en congresos, ensayos clínicos, etc) no cuente, y en todo caso no sea determinante, en que lo clave sea el buen trabajo clínico y la investigación independientes. Es decir, que ser jefe de servicio no implique el convertirse en empleado de las industrias.

Conviene “ocupar los espacios” en el sentido de participación democrática. Por ejemplo, concurriendo y participando a las elecciones en instituciones tipo Colegios de Médicos, sociedades y academias científicas, etc de forma que se evite la situación actual en que dichas instituciones llegan a legitimar lo comercial.

En todo caso, convendría la transparencia absoluta y, por aquello de que lo pequeño es hermoso, por ejemplo, poner un cartel en el despacho cerrado que diga algo del estilo de: "El Dr. VVVV está ausente los días del SSSS al RRRR por asistir al Congreso de XXXX, en la ciudad de CCCC. La inscripción, NNNN euros, el viaje HHHH euros, el alojamiento y manutención WWW euros y una bolsa de HHHH euros, los cubre la industria ZZZZ, con interés en la enfermedad JJJJ. El tiempo de ausencia lo paga el sistema sanitario público (usted con

sus impuestos y peor atención, y sus compañeros que le suplen)".

Se trata de lograr el cambio profesional que vea como corrupción la reprochable seducción de la asistencia a congresos, la participación en la elaboración de “guías de práctica clínica” y “consensos” patrocinados, el trabajo en “cátedras de patrocinio” y otras actividades básicamente de propaganda de las industrias.

Convendría la difusión del ejemplo de actos y organizaciones que ofrecen espacios de debate y logran brindar excelente formación independiente de las industrias, como La Capçalera, la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Osatzen (sociedad vasca de medicina de familia), NoGracias, NUPENS (grupo de investigación sobre nutrición en Sao Paulo), la experiencia de la reforma de la atención primaria en Río de Janeiro (en que coincidió voluntad política con presupuestos adecuados y técnicos competentes), Equipo CESCO, Asociación por el Acceso Justo al Medicamento, SIAP, El Parto es Nuestro, etc. También de otros campos, como 4º Mundo (y su trabajo sobre “dimensiones ocultas de la pobreza”) y la lucha por la vivienda que une a sectores ideológicos de derechas e izquierdas, y el ejemplo concreto de la Plataforma de Afectadas por la Hipoteca (PAH).

También son importantes los cambios personales (“lo personal es político”) y locales que lleven a un mejor profesionalismo (el paso de la frecuente hubris a la necesaria frónesis en todos nosotros; el paso de la arrogancia y la ignorancia a la humildad, la sabiduría y la ternura).

Los pequeños cambios pueden lograr grandes impactos, ser revolucionarios en sentido literal (el hacer simplemente lo que hay que hacer, el heroísmo de cada día de Albert Camus).

Así, por ejemplo, conviene saber llevar el conocimiento a todo tipo de públicos, por ejemplo, con actividades lúdicas que faciliten

la toma de decisiones en lo concreto (con fundamento científico).

También, el evitar “el aprendizaje supersticioso” que crea una confianza excesiva basada en creencias, no en ciencia ⁽⁵⁾.

Así mismo, el aprendizaje que surge de vernos en el espejo deformado de los “medical reversals” (reversiones bruscas de lo previamente aceptado como “la biblia”, como el daño del acetilsalicílico en cardiovascular, la inutilidad de los antidepresivos en casos leves, la falta de fundamento del uso sistemático de guantes en las UCI, el daño de los betabloqueantes en infartos no complicados, especialmente en mujeres, etc). En otros ejemplos, 1/ la formación de estudiantes en la Universidad Pompeu Fabra (Barcelona) y otras, 2/ el escuchar y dar crédito al relato de los pacientes, 3/ “pensar” en reacciones adversas en lo clínico, 4/ el explicar con arte y ciencia las recomendaciones terapéuticas para facilitar el consentimiento informado, 5/ realizar actividades docentes en centros de salud y hospitales sobre casos clínicos, 6/ contar con la “inteligencia local” (expertos y profesionales) para organizar actividades docentes austeras, 7/ estudiar las causas y condiciones de muerte de los propios pacientes, 8/ seguir las novedades científicas con revistas como la francesa *Prescrire* y en general boletines farmacoterapéuticos (INFAC, BIT, etc), 8/ incorporar al “currículo oculto” el “currículo que se exhibe” de independencia de las industrias, 9/ evitar la secuencia que nos transforma de víctimas en verdugos y vigilantes en torno a nuestra propia salud (y la ajena), 10/ elaborar listas de “no hacer” indicando “qué hacer”, 11/ enseñar a superar las tentaciones de las industrias, sus obras, sus pompas, y sus seducciones, 12/ contar con “aliados” entre colegas de propia y distinta profesión, 13/ crear conocimiento con los pacientes, etc.

Conclusión

No podemos pedir a los lobos que sean vegetarianos, pero podemos crear un

ecosistema que facilite la co-existencia con lobos al conjunto de los seres vivos.

De la misma forma, no podemos evitar el afán de lucro (la codicia) del ser humano, pero podemos crear un “ambiente” que favorezca el disfrute de la vida y la expectativa de que formamos parte de una sociedad en que vale la pena vivir.

En ese sentido, las industrias sanitarias son necesarias, pero en un ecosistema social en que no nos juguemos ni la bolsa ni la vida. Se trata de que el sistema sanitario sirva a pacientes y poblaciones, y en dicho objetivo nos va la propia existencia, el ser no ser.

Notas

[1] Resumen del #siapIndustria25 (Seminario de Innovación en Atención Primaria sobre «Industrias sanitarias, profesionales y pacientes. Cómo evitar una relación con frecuencia tóxica (corrupta)», celebrado en forma virtual, por correo electrónico desde el 1 de septiembre de 2025, y en forma presencial los días 26 y 27 del mismo mes. Con 215 inscritos en virtual y 84 participantes en presencial, sobre 18 ponencias, hubo 274 intervenciones en el debate virtual y 95 en el presencial. La convocatoria, con el programa y más en <https://seminariossiap.es/bsms/siapindustria25/> y un resumen en <https://seminariossiap.es/bsms/blog/seminario-sobre-industrias-sanitarias-profesionales-y-pacientes-como-evitar-una-relacion-con-frecuencia-toxica-corrupta/> La sesión del viernes 26 puede verse en <https://www.youtube.com/watch?v=UCuo3PwJYE4> y la sesión del sábado 27 en <https://www.youtube.com/watch?v=YBYodNTev7A> Cada cual (ponentes, asistentes y organizadores) cubrió sus propios gastos de viaje, alojamiento y manutención por lo que fue cero euros el coste del Seminario (la Organización Médica Colegial cedió sus instalaciones en Madrid para la reunión presencial).

[2] Las cuestiones tratadas se refieren a todas las industrias en su relación con el sistema sanitario (farmacéuticas, tecnológicas, de información, alimentarias, de dispositivos, de gestión, etc), pero nos centramos en las industrias farmacéuticas. “Todas” las industrias es término amplísimo; por ejemplo, en un curso en un hospital público español sobre muerte fetal hubo patrocinio de industria funeraria.

[3] “Inhibidores de la recaptación de la serotonina”, ISRS, medicamentos cuyo pomposo nombre no se corresponde con ningún mecanismo que tenga fundamento científico y que, además, carecen de impacto clínico en general. A tener en cuenta que las alternativas no farmacológicas, las intervenciones “psi” (psicoterapia y demás), también tienen efectos secundarios.

[4] Hay que tener en cuenta que, quizá, la “perfección” en la prescripción farmacéutica sea “mala para la salud”, en el sentido de que la clínica diaria incluye situaciones que se resuelven con medicamentos incluso a sabiendas del error (“lo perfecto es enemigo de lo bueno”, que se dice). Por ejemplo, en un caso concreto de médico seguidor y promotor del mejor uso de medicamentos se demostró que el 20% del total de su prescripción era “uso irracional” en el sentido científico, pero correcto en el conjunto de la atención personalizada a cada caso. La cuestión no es emplear indebidamente una estatina para mantener la relación con un paciente concreto en un momento determinado, sino creer que las estatinas son necesarias para los pacientes en general, para “el problema del colesterol”.

[5] Es ciencia el conjunto de conocimientos organizados, jerarquizados y comprobables que el ser humano ha obtenido a partir de la observación de los fenómenos naturales y sociales de la realidad y de su verificación a través de métodos experimentales y otras formas de demostración empírica. La clave no es la cantidad de estudios y datos que apoyen una idea o teoría que explica un hecho; lo clave es si existe alguna forma de

ponerla a prueba y arriesgarse a que resulte equivocada. La ciencia no es un conjunto de verdades absolutas, sino un proceso de eliminación de errores. La ciencia es un modelo de formación de conocimientos basado en la racionalidad humana, el empirismo y el pensamiento crítico, cuyos saberes acumulados sirven de base a las investigaciones futuras. De este modo, la ciencia se alimenta a sí misma, pero también se cuestiona y se corrige con el paso del tiempo y es parte de su “momento” (condiciones socioculturales). Por ello no hay nada más acientífico que pedirnos “creer en la ciencia”, cuando la ciencia no desea ser creída sino criticada con una duda metódica constante.

Decálogo SIAP ⁽⁶⁾ por una sanidad pública libre de humos industriales

Este decálogo busca fortalecer la independencia de la sanidad pública y garantizar que las decisiones médicas se guíen únicamente por el interés de la salud de la población.

1. Formación sin conflictos de interés

La formación médica y sanitaria debe ser gestionada por los propios profesionales y respaldada por las instituciones públicas, sin financiación ni patrocinio de la industria farmacéutica. Las actividades financiadas por las industrias no deberían contar con acreditación ni académica ni profesional en procesos de carrera profesional, oposiciones ni recertificaciones

2. Acceso a información objetiva y basada en evidencia

La actualización científica debe provenir de fuentes independientes, revisadas por pares y sin influencia comercial, garantizando una prescripción ética y basada en la mejor evidencia disponible. Se debe priorizar el uso de boletines farmacoterapéuticos

independientes y rechazar fuentes con intereses comerciales.

3. Prohibición de actividades promocionales en centros sanitarios

No se deben realizar sesiones formativas patrocinadas por la industria farmacéutica dentro de los centros sanitarios ni permitir la propaganda o distribución de material promocional en estos espacios.

4. Uso racional del medicamento

La prescripción debe basarse en criterios de eficacia, seguridad, coste-efectividad y equidad, priorizando siempre el bienestar del paciente y evitando la sobreprescripción y la polimedicación innecesaria. Debe fomentarse activamente la deprescripción de medicamentos inadecuados.

5. Eliminación de la visita médica como fuente de información

Se debe cuestionar el acceso de visitantes médicos a los centros sanitarios y reemplazar esta práctica por fuentes de información independientes y de calidad sobre medicamentos. Los centros deberían ofrecer listados públicos de profesionales que no reciben visitas comerciales, como reconocimiento de buena práctica.

6. Declaración y gestión de conflictos de interés

Todo profesional sanitario que participe en formación, investigación o elaboración de guías clínicas debe declarar cualquier relación económica o de colaboración con la industria farmacéutica, incluyendo la cantidad exacta recibida. Sin embargo, la mera declaración no es suficiente: se debe promover activamente la ausencia total de conflictos de interés.

7. Comités de formación, evaluación y elaboración de guías y protocolos

oficiales libres de influencias comerciales

Las comisiones de formación, investigación y evaluación de medicamentos, así como las encargadas de la elaboración y actualización de guías clínicas o protocolos oficiales, deben estar conformadas por profesionales sin conflictos de interés con la industria farmacéutica. A su vez, las sociedades científicas y colegios profesionales deben publicar ingresos y patrocinios, y establecer incompatibilidades claras.

8. Fomentar la prescripción por principio activo y la bioapariencia

Se debe priorizar la prescripción por principio activo sobre las marcas comerciales, promoviendo así el acceso equitativo a medicamentos y evitando la presión comercial en la prescripción. Además, es fundamental considerar la bioapariencia, que los medicamentos genéricos tengan una apariencia similar, para minimizar errores de administración y mejorar la seguridad del paciente.

9. Regulación y transparencia en la relación con la industria

Las instituciones sanitarias deben establecer normativas claras que regulen la interacción entre profesionales de la salud y la industria farmacéutica, garantizando la transparencia y la rendición de cuentas. Además, las agencias reguladoras (como la AEMPS) deben ser completamente independientes, sin financiación ni vínculos con la industria.

10. Compromiso institucional con una sanidad independiente

Las autoridades sanitarias deben asumir la responsabilidad de garantizar la independencia de los profesionales, fomentando la ética en la prescripción y evitando la influencia comercial en la toma de decisiones clínicas. Es especialmente importante que las actividades formativas patrocinadas por la industria farmacéutica

no reciban acreditaciones ni puntúan para oposiciones, recertificaciones o procesos oficiales de evaluación profesional. De modo que se incentive únicamente las actividades libres de influencia industrial, basadas en la evidencia y la independencia, promoviendo una formación sanitaria verdaderamente autónoma y de calidad.

Nota

[6] Proyecto iniciado y coordinado por Mikel Baza, médico de familia, en cooperación con los participantes en los Seminarios de Innovación en Atención Primaria (SIAP) #siapFuturo25 y #siapIndustria25, celebrados, respectivamente, en mayo y septiembre de 2025. Para comentarios, críticas y sugerencias, por favor a Mikel Baza: mikelbaza@gmail.com

5 medidas clave para mejorar el uso de los medicamentos

Inspiradas en el [decálogo por una sanidad pública independiente de la industria farmacéutica](#) y en el debate del SIAP industria farmacéutica.

Objetivo general: Promover un sistema sanitario ético, transparente y centrado en el bien común, evitando la influencia negativa de la industria farmacéutica, que promueva el uso adecuado de los medicamentos y que garantice el acceso equitativo de los mismos.

- Si eres profesional sanitaria
- Si eres gestor sanitario
- Si perteneces a una sociedad científica o a un colegio profesional
- Si eres política/o o legislador/a
- Si perteneces a una asociación de pacientes
- Si eres paciente o familiar

Si eres profesional sanitaria/o:

1. **Formación independiente:** Prioriza fuentes de información independientes que no precedan de la industria farmacéutica y que no tengan intereses comerciales, existen muchos boletines farmacoterapéuticos independientes de alta calidad, y rechaza financiación privada en actividades docentes.
2. **Transparencia:** Rechaza las visitas de los representantes comerciales de la industria tanto dentro del horario laboral y en los centros asistenciales, como fuera de ellos. Declara públicamente los conflictos de interés si los hubiera.
3. **Prescripción racional:** Utiliza los principios activos, evita novedades sin valor añadido, haz un uso racional de los medicamentos y fomenta la deprescripción de fármacos inadecuados.
4. **Seguridad del paciente:** Revisa periódicamente la medicación de tus pacientes y notifica las reacciones adversas.
5. **Equidad:** Detecta barreras económicas y deriva a circuitos de ayuda cuando sea necesario.

Si eres gestor/a sanitario/a:

1. **Políticas institucionales sin patrocinio:** Crea comités de formación y evaluación libres de influencia comercial y excluye la formación patrocinada a la hora de la carrera profesional de las/os profesionales, y promueve la formación continuada independiente con recursos públicos.

2. **Auditoría y transparencia:** Publica listados de conflictos de interés por unidad/servicio.
3. **Evaluación y compra pública:** Impulsa comités de evaluación independientes y compras centralizadas.
4. **Farmacovigilancia activa:** Establece indicadores de deprescripción y seguridad, con informes públicos.
5. **Acceso equitativo:** Monitoriza desigualdades y activar mecanismos de abastecimiento alternativo.

Si perteneces a una sociedad científica o a un colegio profesional

1. **Financiación pública:** Asegura que los recursos públicos para formación y publicaciones no tienen patrocinio privado.
2. **Guías clínicas independientes:** Elabora y promueve guías basadas en la evidencia no patrocinada y que recojan recomendaciones relevantes para las/os profesionales y las/os pacientes
3. **Transparencia:** Publica ingresos y patrocinios, y establece incompatibilidades con la industria tanto en los órganos de dirección como en los grupos de trabajo.
4. **Promoción de deprescripción:** Impulsa programas formativos y clínicos centrados en la reducción de la medicación innecesaria.
5. **Participación ética:** Rechaza conflictos de interés en congresos, comités y publicaciones.

Si eres política/o o legislador/a

1. **Reforma legislativa:** Modifica la Ley del Medicamento para exigir transparencia en costes y aplicar precios coste-plus, y sanciona las malas prácticas por parte de la industria farmacéutica.
2. **Agencia de evaluación independiente:** Crea o refuerza una agencia pública sin vínculos con la industria.
3. **Control de monopolios:** Limita patentes a innovación real y aplica licencias obligatorias cuando sea necesario. Promueve cambios en legislación internacional (UE, OMC, OMS) para suprimir patentes en medicamentos.
4. **Financiación pública de la I+D:** Consolidar el papel del ISCIII y redes públicas en investigación biomédica.
5. **Producción pública:** Impulsa empresas públicas de medicamentos, vacunas y terapias avanzadas.

Si perteneces a una asociación de pacientes

1. **Independencia financiera:** Rechaza patrocinios condicionados y publica registros anuales de ingresos y conflictos de interés.
2. **Educación basada en evidencia:** Co-diseña materiales educativos con profesionales, centrados en decisiones compartidas y alternativas no farmacológicas.
3. **Participación en evaluación:** Exige presencia en audiencias públicas y procesos de evaluación de medicamentos.

4. **Transparencia:** Informa públicamente sobre ingresos, donaciones y su impacto en el presupuesto.
5. **Defensa de necesidades no cubiertas:** Documenta barreras de acceso y participa en la priorización de la investigación pública.

Si eres paciente o familiar

1. **Información clara y crítica:** Exige explicaciones comprensibles

sobre beneficios, riesgos y alternativas no farmacológicas.

2. **Toma de decisiones informada:** Pregunta por el valor terapéutico real y rechaza presiones hacia novedades sin beneficio probado.

3. **Revisión periódica de tratamientos:** Solicita revisiones con tu equipo sanitario y explora opciones como actividad física, apoyo social o psicoterapia.



SIAP Industria 2025

Industrias sanitarias, profesionales y pacientes

ORIGINAL

Acceso a los medicamentos: igualdad y derecho a la vida



Javier Sánchez Caro.

Vocal de la Junta Directiva de la AAJM, presidente del Comité de Biética de Castilla-La Mancha.

1.- PLANTEAMIENTO

En el presente trabajo se examinan dos cuestiones diferentes pero enlazadas entre sí y que hacen referencia a la posibilidad excepcional de acceder a determinados medicamentos invocando el principio de igualdad y el derecho a la vida, tal y como resulta de dos de los derechos fundamentales recogidos en nuestra Constitución (artículos 14 y 15) y de los textos internacionales relacionados. Ambos supuestos, representan, desde el punto de vista bioético, valores prominentes en cualquier ordenamiento jurídico desde el momento en que hacen referencia a la vida, la integridad física, la equidad de los sistemas públicos, la igualdad y la no discriminación.

El derecho a la protección de la salud, recogido también en nuestra Carta Magna (artículo 43) no es suficiente para garantizar dicho acceso, salvo que esté acompañado del correspondiente

desarrollo normativo, pues su alcance y efectos, a diferencia de las libertades y derechos fundamentales, se limitan a informar la legislación, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos pero solo podrá ser alegados ante la Jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes de desarrollo. Esto es, la dispensación de medicamentos, en principio, no se incardina en un derecho fundamental sino en principios rectores que no tienen la protección de éste.

Sin embargo, como veremos a continuación, un deterioro importante de la prestación de la asistencia sanitaria, grave y cierto, puede desembocar en la posibilidad de hacer efectivo el derecho a la vida o a la integridad física, derecho fundamental de aplicación directa e inmediata (artículo 53 CE).

2.- DESCRIPCIÓN DEL CONFLICTO: CASO RAXONE

Se trata de un paciente que padece neuropatía óptica hereditaria de Leber (NOHL), enfermedad consistente en la pérdida de la visión central (ceguera) y en atrofia (degeneración) que afecta a ambos ojos. Es repentina y puede causar dolor de cabeza. Se debe a mutaciones en el ADN mitocondrial en diversos genes que privan a las células del ojo de



Javier Sánchez Caro

la energía necesaria para cumplir su función, incide más en los varones entre los veinte y los treinta años y el 95 % de los que la sufren pierden la visión antes de los cincuenta años.

El paciente adujo ante el Servicio Extremeño de Salud que existe un tratamiento con el principio activo Idebenona, con nombre comercial Raxone, que ayuda a mejorar la producción de energía, a restaurar la función de las mitocondrias afectadas por las mutaciones y evita el daño celular y la pérdida de la visión.

Explicó que se trata de uno de los medicamentos llamados huérfanos autorizado por la Agencia Europea del Medicamento y por la Agencia Española correspondiente, es de uso hospitalario y gratuito para los enfermos incluidos en el reglamento por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales (2009), como “medicamento extranjero”, pues no está incluido en la carta básica del Sistema nacional de Salud.

En el hospital correspondiente, la facultativa que le atendió solicitó un estudio genético y otro de neuroimagen a results de los cuales pidió el tratamiento urgente con Raxone, que le fue denegado por la Comisión de Uso Compasivo, al tiempo que se le indicó que podía efectuar una nueva valoración si aportaba bibliografía y datos. Y así lo hizo la doctora, pero la Administración resolvió negativamente su petición. Ante ello, el paciente reclamó, argumentando que se había resuelto favorablemente en otras Comunidades Autónomas y que su negativa afectaba a su derecho fundamental a la integridad física, pero no obtuvo respuesta por lo que acudió a la vía jurisdiccional.

Se exponen a continuación los argumentos en contra de la solicitud, los argumentos a favor y la posición del Tribunal Supremo (sentencia, 2024), que resolvió la cuestión a favor del paciente y en contra de la negativa del Tribunal Superior de Justicia de Extremadura.

3.-ARGUMENTOS EN CONTRA DE LA SOLICITUD

La Agencia Europea del Medicamento autorizó el medicamento en relación con NOHL para su comercialización en circunstancias excepcionales y tal decisión se adoptó porque la empresa que lo elabora no pudo proporcionar datos completos sobre su eficacia y seguridad en condiciones normales de uso. No está financiado con fondos públicos y no se dan las condiciones especiales y excepcionales previstas en el reglamento (2009).

La vulneración del principio de igualdad en la prestación farmacéutica se habría producido, en consecuencia, si la Comunidad Autónoma hubiese accedido a su pretensión, puesto que está excluida su financiación. El reclamante, además, no ha aportado un término de comparación válido, pues se limita a decir que hay otros pacientes afectados por NOHL, la “población diana”, sin acreditar que reúna las condiciones especiales y personales de los que han sido beneficiarios del medicamento.

La Administración ofreció, pues, una justificación objetiva y razonable: la financiación de Raxone no ha sido asumida por el Sistema Nacional de Salud; es limitado o dudoso el valor terapéutico; hay que cumplir con los criterios de racionalización del gasto público; se constata la existencia de alternativas del mismo principio activo y existe una formulación magistral a menor precio.

Para medicamentos como Raxone, autorizados y no financiados, la norma que regula la receta y órdenes de dispensación (2010) establece que solo podrán ser adquiridos y utilizados por los hospitales del Sistema Nacional de Salud previo acuerdo de la comisión responsable de los protocolos terapéuticos u órgano colegiado equivalente en cada Comunidad Autónoma. Además, únicamente podrán usarse en el ámbito hospitalario mediante solicitud dirigida a la

Comisión de Farmacia del Área de Salud a que corresponda el hospital.

Si la Comunidad Autónoma hubiera autorizado financiar el fármaco en alguna ocasión nos encontraríamos con un escenario distinto, pero tal circunstancia no ha sucedido, por lo que no se ha conculcado el principio de igualdad y su suministro a pacientes de otras Comunidades, en un período muy amplio de tiempo, sin saber a cuantos se les ha denegado o no prescrito ni las demás circunstancias, no puede considerarse infracción del derecho a la igualdad.

4.-ARGUMENTOS EN FAVOR DE LA SOLICITUD

La autorización de la comercialización del medicamento por las autoridades europeas se basó en que sus beneficios superan a sus riesgos y la ley del medicamento (2015) permite la importación de medicamentos comercializados en otros Estados “siempre que resulte imprescindible para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de patologías concretas, por no existir en España alternativa adecuada autorizada”, que ha sido objeto de desarrollo reglamentario (2009).

Se ha conculcado el principio de igualdad en razón a que la Agencia Española del Medicamento lo autorizó en cuarenta y nueve casos en condiciones similares a la que ahora se solicita, tres en la sanidad privada y los demás en la sanidad pública.

La solicitud denegada cumplía los requisitos reglamentarios: prescripción facultativa, informe de necesidad del tratamiento de la enfermedad rara, su duración y el consentimiento informado, esto es, los mismos seguidos en los casos en que, según la Agencia Española del Medicamento, fueron autorizados los accesos individuales, de manera que quedó acreditada la discriminación sufrida, pues queda probado que hay una “población diana “que recibe con cargo a fondos públicos el tratamiento.

La negativa no respeta el juicio de igualdad de carácter relacional, pues se ha introducido una diferencia de trato inadmisibles entre categorías de personas que están en la misma situación, por lo que el término de comparación no resulta arbitrario o caprichoso.

Corresponde a la Administración extremeña acreditar que no hubo discriminación por ser diferentes las circunstancias concurrentes en los casos en los que se autorizó el medicamento. En caso contrario, se exigiría al paciente una prueba diabólica al ser imposible obtener la información y legalmente prohibida por contraria al derecho fundamental a la protección de datos.

Por otro lado, para que se pueda invocar el derecho a la vida y a la integridad física, (artículo 15 CE), no es necesario que llegue a producirse un daño, sino que basta con que haya un riesgo relevante de lesión, lo que en el supuesto contemplado no ofrece duda alguna.

5.- EL TRIBUNAL SUPREMO SE PRONUNCIA A FAVOR DEL PACIENTE (Sentencia 610/2024)

De esta interesante resolución judicial destacamos los siguientes aspectos, esenciales para el entendimiento de la cuestión planteada.

5.1.- Admisibilidad del examen del recurso del paciente.

La solicitud del paciente es de interés para la formación de jurisprudencia, esto es, el proceso por el cual el Alto Tribunal establece un criterio unificador y reiterado al interpretar y aplicar la ley, para que sirva como guía y referencia en la resolución de casos futuros similares, siendo necesario al menos dos sentencias del Tribunal Supremo.

El mencionado interés consiste en determinar si cuenta con una justificación objetiva, suficiente y razonable la denegación del acceso a la financiación pública de un fármaco, en condiciones de

equidad e igualdad, sobre la base de que pesa sobre la parte recurrente la carga de acreditar las circunstancias individualizadas de otros pacientes beneficiarios de la autorización del medicamento.

Es decir, hay que aclarar para el futuro esta importante cuestión y para ello hay que interpretar el artículo 14 de la Constitución (igualdad) y las normas que recogen dicho principio en el marco sanitario: fundamentalmente, la ley de Cohesión y Calidad (2003); la ley del medicamento (2015) y el reglamento por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales (2009).

5.2.- La sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Extremadura (TSJE) vulneró el principio de igualdad y no discriminación. Ha quedado acreditado que desde 2012 se autorizó el acceso al medicamento Raxone a varias decenas de pacientes aquejados de NOHL, por lo que el paciente en cuestión ha invocado su derecho a no sufrir discriminación y reprocha al TSJE haberlo infringido al exigirle una prueba diabólica: la consistente en demostrar que en su caso se daban las circunstancias presentes en los anteriores autorizados y es cierto que en ningún momento se ha explicado cuales fueron los motivos por los que se dieron las autorizaciones, de manera que no se sabe si los pacientes que se beneficiaron de ellas se encontraban o no en la misma situación en la que se encontraba ahora éste.

Ahora bien, la cuestión consiste en determinar sobre quién debe recaer la prueba correspondiente, lo que razonablemente corresponde a la Administración, pues tiene los medios para ello y cuenta siempre con acceso a la información de la Agencia Española del Medicamento. En resumen, no puede recaer sobre el paciente la carga de acreditar las circunstancias individualizadas de los otros pacientes beneficiados por la autorización del medicamento.

El TSJE trasladó al solicitante una actuación de imposible ejecución, sin atender a la regla

legal que fija como criterio de distribución de la carga probatoria el de la disponibilidad y facilidad probatoria.

Se debe tener en cuenta que el paciente desarrolló una actividad alegatoria suficientemente precisa y concreta en torno a los indicios de la existencia de discriminación, razón por la cual era la Administración la que venía obligada a probar, no solo que su actuación fue absolutamente ajena a todo propósito atentatorio de derechos fundamentales, sino también que la vulneración que se le atribuye no representaba objetivamente actos contrarios a la prohibición de discriminación.

No es suficiente para denegar la solicitud afirmar que Raxone está excluido de la financiación pública, que es limitada su eficacia terapéutica y que la Administración debe velar por la racionalidad del gasto farmacéutico. Tales razones son, sin duda, muy importantes, pero no pueden hacerse valer en abstracto cuando consta que no han impedido la autorización puntual del acceso al mismo.

No sirve en efecto acudir a la eficacia del medicamento porque no se dice que haya variado y, en todo caso, parece implicar algún beneficio para quienes lo hayan recibido, el suficiente para que se hayan dado las cuarenta y nueve autorizaciones.

Tampoco es suficiente traer a colación la racionalidad que debe presidir el gasto farmacéutico porque es un criterio sobrevenido y no fue obstáculo en esas otras ocasiones.

Importa destacar que estamos ante el Sistema Nacional de Salud, no ante un conjunto de compartimentos estancos para los que sería irrelevante cuanto sucede en los demás. Por eso no importa que en Extremadura no se concediera ninguna de las autorizaciones dadas.

Por todo lo expuesto, se incurrió en la vulneración del principio de no discriminación.

5.3.- El criterio del Tribunal Supremo se refuerza por su sentencia anterior en el caso del medicamento Translarna, cuyo principio activo es Ataluren (sentencia 264/2024). Se trata de un caso semejante al descrito. El tribunal Supremo recuerda ahora que, tal y como dijo entonces, el objeto de su decisión no es analizar si concurren o no los requisitos para la autorización excepcional solicitada, la singularidad de cuya situación no está en discusión por la grave enfermedad rara que se le ha diagnosticado, sino determinar si se vulneró su derecho a la igualdad y no discriminación en el acceso a las prestaciones, lo que ha de resolverse en sentido afirmativo.

Además, hay que tener en cuenta que la competencia para decidir sobre las actuaciones excepcionales de acceso a medicamentos corresponde a la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, no al centro hospitalario ni al Servicio de Salud.

5.4.- La vulneración del artículo 15 CE
El artículo 15 de la Constitución (“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral”) es de aplicación al supuesto contemplado.

Ha de tenerse en cuenta que el artículo 43 de nuestra Carta magna, que se refiere al derecho a la protección de la salud, además de haber sido objeto de un intenso desarrollo legislativo y del reconocimiento de diversos derechos específicos de los pacientes, puede en ocasiones coincidir con lo dispuesto en el artículo 15 CE: en aquellos supuestos en que la salud se enfrente a riesgos graves y ciertos, lo que sucede en el caso presente.

En efecto, riesgos graves y ciertos son los que afrontan los pacientes que padecen NOHL, pues la pérdida de la visión es una merma muy seria que afecta a la integridad física protegida por ese precepto constitucional.

Esta forma de interpretar y comprender el artículo 15 CE es una constante en nuestros jueces y tribunales. Como ejemplo, recordamos ahora el supuesto recogido por nosotros a propósito de una enfermedad rara “hemoglobinuria paroxística nocturna”, que impedía al paciente el normal desempeño de su profesión y secundariamente ponía su vida en riesgo, por lo que era necesario el tratamiento con un medicamento costoso.

Interesa en este momento destacar que el Tribunal Superior de Justicia de Galicia (2013) condenó al Servicio Gallego de Salud a administrar al paciente el medicamento correspondiente (de alto precio, lo mismo que los que se han enumerado anteriormente) en base a los siguientes argumentos: a) Los poderes públicos tienen el deber de adoptar las medidas necesarias para proteger la vida y la integridad física (artículo 15 CE, con cita de diversas sentencias del Tribunal Constitucional); b) La protección del derecho a la salud se lleva a cabo, también, a través de la prestación farmacéutica en presencia de determinadas necesidades clínicas de los usuarios, como sucedía en el caso, porque se ponía en grave peligro y riesgo la vida de una persona; y c) El derecho subjetivo a la protección de la salud individual se integra en determinadas ocasiones en el derecho a la vida y a la integridad física y moral de las personas, por lo que el artículo 15 CE resulta directamente aplicable.

NOTAS

1) “Constitución, salud y medicamentos”, Luis Alcover Llubiá y Jordi Faus Santasusana. Cuadernos de derecho farmacéutico, Nº 89.

2) FERNANDO LAMATA Y JAVIER SÁNCHEZ CARO, Asociación para el Acceso justo al Medicamento. “La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y la política farmacéutica”, en la obra Homenaje de Aida al profesor D. Jesús González Pérez”, Tirant lo Blanch, Valencia 2019.

3) Normativa relacionada con el principio de igualdad en la sentencia del Tribunal Supremo 610/2024:

- El artículo 14 de la Constitución.
- El artículo 43 de la Constitución.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, art-2.a).
- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos, arts-19.1, 24 y 91.
- Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales, arts-17 y 18.
- Real Decreto 1718/210, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, art-17.6.

4) En relación con los medicamentos huérfanos:

- Reglamento (CE) 141/2000, del Parlamento Europeo y del Consejo, art-3.1 a) y b).

5) Sobre autorización de medicamentos de uso humano:

Reglamento (CE) 726/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo de 2004, art-13.

6) Sentencias del Tribunal Supremo: Núm. 264/2024 y 610/2024.

7) Sentencia del Tribunal Constitucional 81/1982, de 21 de diciembre, FJ 2: sobre quién recae la carga de la prueba, en relación con la Ley 1/2000, de Enjuiciamiento Civil, art-217.7.

ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO

AAJM

ISSN 2697-1712

REVISTA



Si quieres recibir la revista en tu correo electrónico, suscríbete en este enlace: <https://accesojustomedicamento.org/suscripcion/>

ORIGINAL

La situación actual de los psicofármacos en España: a propósito de una mesa



Antonio Pujol de Castro.

Médico Interno Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública en el Hospital Clínico San Carlos (Madrid). Graduado en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid. Vocal de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. Vocal de la Asociación por el Acceso Justo al Medicamento (AAJM).

El pasado jueves 24 de julio de 2025 tuvo lugar en el Colegio Mayor Santa Teresa (Madrid), la segunda jornada de las Jornadas Formativas 2.0 del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM). En este evento tuvo lugar la mesa titulada “La situación actual de los psicofármacos en España”, a la cual fue invitada la Asociación de Acceso Justo al Medicamento (AAJM). En nombre de la AAJM participamos Juan José Rodríguez Sendín, médico de familia, y yo, Antonio Pujol de Castro, residente de salud pública. En la mesa también participó Marta Chinchilla Moreno, vocal de Salud Pública del CEEM y fue moderada por Sofía Blanco Lucas, vicepresidenta de Política Social y Formación del CEEM.

Durante esta mesa pude hacer una exposición de los principales aprendizajes que he recibido tras leer y escuchar a grandes referentes en el abordaje de la Salud Mental con una perspectiva poblacional como Marta Carmona, Alicia Valdés, Javier Padilla o Belén González.

1. ¿Cuál es la situación actual del consumo de psicofármacos en España? ¿Qué tendencias podemos observar?

El consumo de antidepresivos tiende a aumentar en el periodo de 2019 a 2022, los ansiolíticos vuelven a niveles prepandémicos y los hipnóticos y sedantes se mantienen. El

consumo de los tres grupos de psicofármacos sigue un patrón similar. Un consumo mayor en mujeres (entre 1,5 y 3 veces más) que en hombres en los distintos grupos de todas las variables de desagregación. Consumo mayor en desempleados, aumenta con la edad, aumenta cuanto menor es el nivel de renta y cuanto menor es el tamaño del municipio. (BDCAP, 2024)

Todo esto es lo que llamamos determinantes sociales de la salud. Cómo estamos atravesados por distintos ejes (género, nivel socioeconómico, empleo, etc.) y cómo en cada eje se define un extremo más privilegiado y otro más desfavorecido. No obstante:

1. Estos ejes no son blanco o negro. Existe un llamado “gradiente social”, por el cual no solo se van a ver afectados los extremos sino todo el espectro de forma gradual. Por ejemplo: no solo los más ricos tiene mejor salud que los más pobres, sino que los resultados en salud se van a ver afectados de forma proporcional en función de qué capacidad económica tengas.
2. Estos ejes no son compartimentos estancos cuyo impacto en salud es la suma de los impactos de salud de cada uno de ellos. La realidad es que los distintos ejes interaccionan, tanto cuantitativamente (si soy pobre pero tengo papeles en regla,

voy a tener mejores resultados en salud que si soy pobre y además estoy en una situación documental irregular) como cualitativamente (en una empresa estadounidense que estaba obligada a contratar a cierto porcentaje de mujeres y cierto porcentaje de negros contrataban mujeres blancas para la atención al público y hombres negros para los trabajos de almacén, pero ninguna mujer negra fue contratada).

2. ¿Qué papel juegan los determinantes sociales y económicos en el incremento del consumo de psicofármacos?

Partimos del concepto de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” Tal como describe Javier Padilla, esta definición es una antilogía obsoleta, imposible e incluso dañina, dado que plantea como no saludable todo aquel estado que no sea completamente perfecto. (Padilla, 2019)

Como consecuencia de esta definición se dan varios fenómenos y procesos simultáneos:

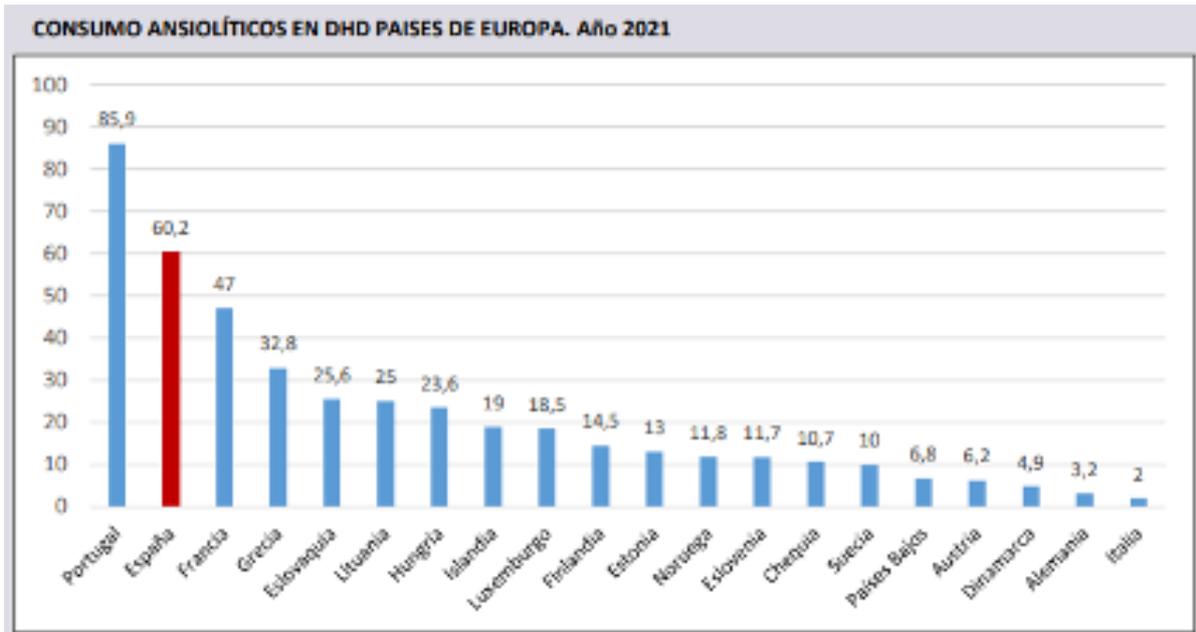
1. Medicalización: los problemas de la vida cotidiana y las injusticias sociales se despolitizan y se individualizan a través de la patologización. Si tú y yo tenemos desasosiego porque hemos perdido nuestro trabajo, tal vez no necesitamos un psicólogo cada uno para manejar el síntoma, sino una abogada laboralista o un sindicato. “Identificamos (y llamamos a) nuestro desasosiego con la

ansiedad o nuestra tristeza con la depresión, lo que nos lleva a una innecesaria y peligrosa psicologización y patologización de todo estado de ánimo, algo que se refuerza con la tendencia actual de la psicología mainstream a tratar estos síntomas como trastornos en sí.” (Valdés, 2024)

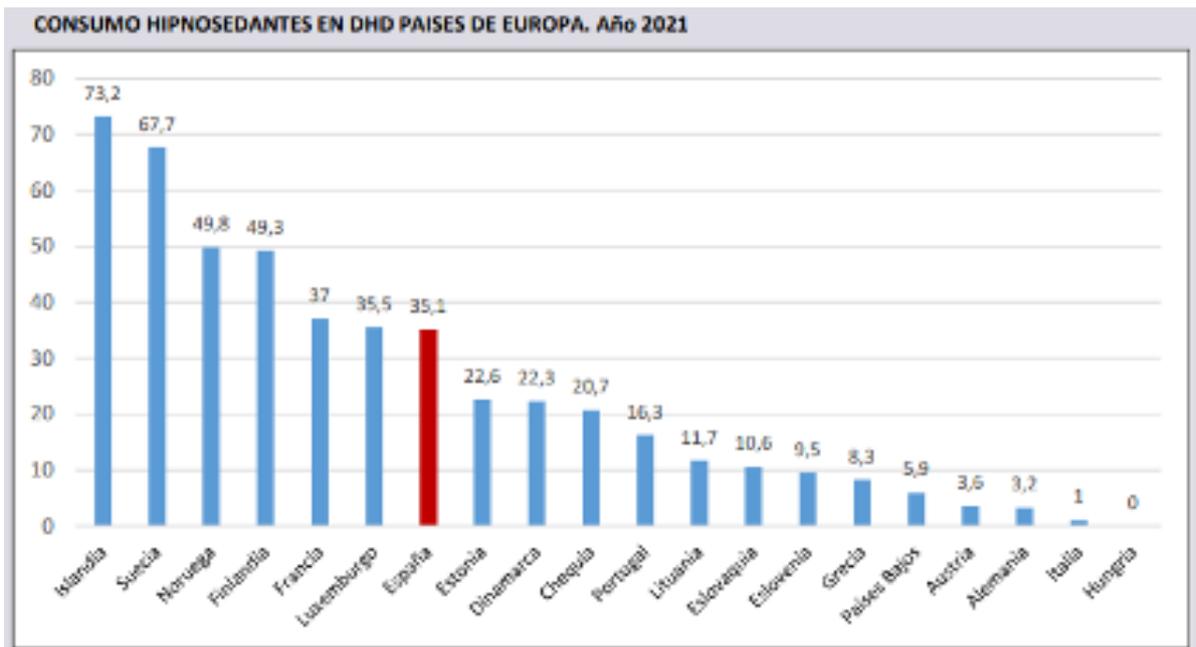
2. Saludificación: término acuñado por Javier Padilla. Hace referencia a la interiorización de la medicalización y de la cultura de la productividad. En un entorno de extrema competitividad (contra los demás y contra uno mismo), el individuo se convierte en un empresario de uno mismo, el Poder se ejerce de forma reflexiva. Uno se convierte en víctima, verdugo y vigilante. Incluso la prevención se convierte en una herramienta de control social, da prioridad a los especialistas del comportamiento adecuado: qué vas a comer, cuánto ejercicio vas a hacer, con quién vas a acostarte, qué contenidos vas a consumir, etc. Todo desde una óptica individual que te responsabiliza de los éxitos pero sobre todo de los fracasos.
3. Interés industrial-comercial: claramente existen intereses comerciales y toda una industria farmacéutica que va a querer aumentar la prescripción. Hablamos de sus estrategias más adelante.
4. A nivel social florece el individualismo, la falta de redes de cuidados y de lucha. La constante conexión y consumo sin reflexión lleva a un estado de desrealización y desmovilización, a discursos de la inacción: “Resulta complicado

plantear horizontes de cambio cuando nos sobrevuela la amenaza medioambiental y de la eliminación del propósito de lograr que tengamos unas vidas vivibles.” (Padilla, 2019)

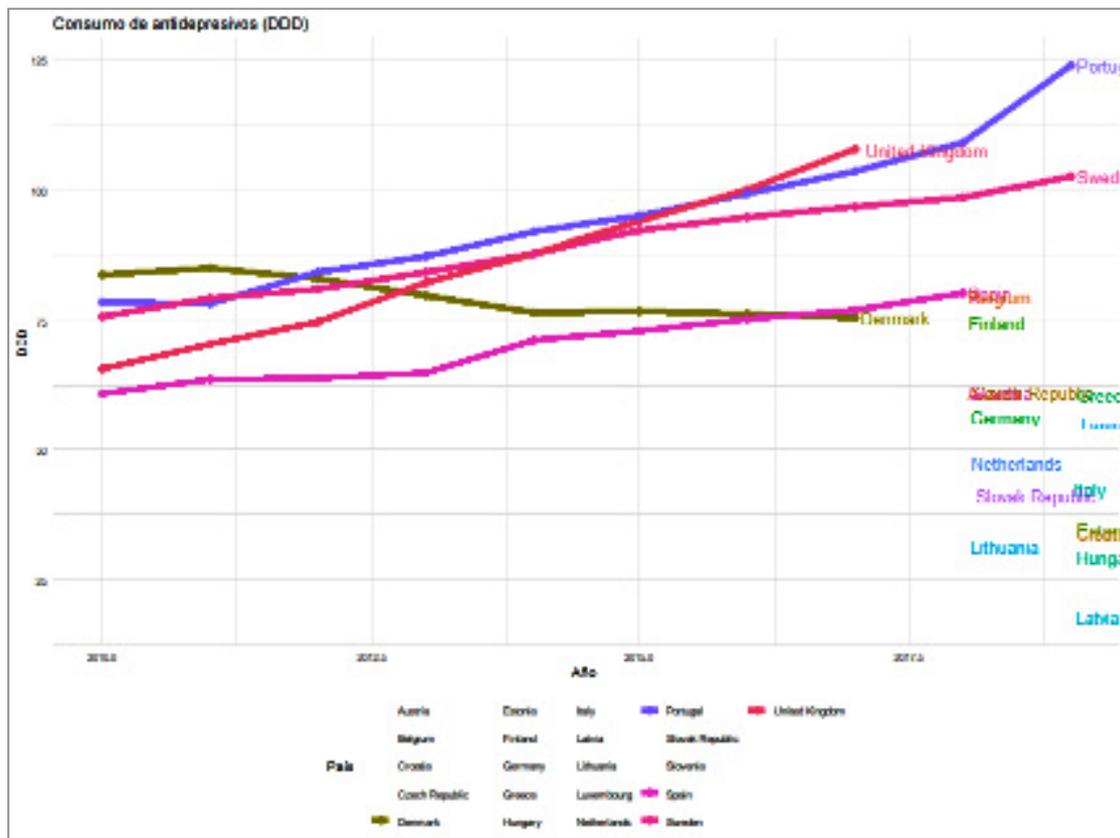
3. ¿Creéis que esta diferencia en la prescripción de psicofármacos entre España y el resto de países de la UE se debe a una deficiente contratación de profesionales del ámbito de la salud mental? ¿Cómo pueden las carencias del SNS influir en esta problemática?



Gráfica 1. Consumo ansiolíticos en DHD en países de Europa (Teruel, 2023)



Gráfica 2. Consumo hipnosedantes en DHD en países de Europa (Teruel, 2023)



Gráfica 3. Consumo antidepressivos en DDD en países de la OECD (elaboración propia a partir de datos de Civio)

España tiene un buen sistema sanitario. A pesar de los ataques y recortes, es un sistema “too big to fall”, demasiado grande para caer. No por su papel en el cumplimiento del derecho a la salud y el mantenimiento de la igualdad de oportunidades sino por la proporción de la actividad económica del país que depende de él, como transferidora de recursos públicos hacia el sector privado. En la actualidad, la industria privada, tanto de cuidados como de producción, no intenta competir con la pública. Desde luego tampoco es una relación de cooperación. Es un parasitismo. Las enormes cantidades de dinero que se desvían año tras año a través de concesiones, conciertos y la partida siempre creciente del gasto farmacéutico es un secuestro de la posibilidad de inversión en infraestructuras e innovación, así como en personal y en formación.

Por este motivo, cuando se dan recortes, se recortan de todos los servicios sociales, pero la sanidad es el único servicio que sigue manteniendo sus puertas abiertas, haciendo que sea la única ventanilla a la que pueden asistir las personas con distintas necesidades sociales, medicalizando sus problemas y alimentando el ciclo.

4. ¿Está la atención primaria preparada para abordar la salud mental sin un recurso tan sistemático como los psicofármacos?

Podemos entender los psicofármacos como un andamio. Uno monta un andamio porque va a comenzar un trabajo de rehabilitación. Esta rehabilitación puede ser una psicoterapia o el abordaje de los problemas sociales, laborales, etc. Hay una parte de esta rehabilitación (social, laboral) que pese a no ser sanitaria está siendo abordada en los centros sanitarios. Estamos usando una pala para cortar un árbol. Hay otra parte que es sanitaria (atención psiquiátrica-psicológica), que debería ser manejada por especialistas en psiquiatría o psicología clínica, pero hay grandes dificultades en el acceso y en las prestaciones que están financiadas públicamente. Hay otra parte que es intrínsecamente atención primaria por el abordaje longitudinal y transversal que definen este nivel. Está demostrado que

tener un mismo médico de familia durante varios años reduce las hospitalizaciones y la mortalidad. La atención primaria tiene muchas carencias. Faltan recursos, en general. El exceso de burocracia y la medicalización de procesos no médicos satura el trabajo de los médicos y profesionales sanitarios.

5. ¿Qué responsabilidad tiene la industria farmacéutica en el uso excesivo de psicofármacos?

La industria farmacéutica, como cualquier otro lobby, hace uso de la captura corporativa. La captura corporativa es el proceso intencionado por el cual las decisiones políticas responden a un interés particular, privado, en detrimento del interés público. El resultado es una regulación injusta o la ausencia de regulación cuando esta es necesaria para la protección del bien común. (Royo, 2019)

La captura corporativa tiene cuatro componentes:

- Captura material o corrosiva: busca ganarse a los reguladores a través de puertas giratorias, donaciones a partidos, o incluso acciones ilegales como sobornos.
- Captura social: busca ganarse a la sociedad, haciendo “disease mongering” o “promoción de la enfermedad” a través de medios de comunicación, la financiación de asociaciones pacientes que acaban defendiendo los intereses de la propia industria, o el marketing directo.
- Captura intelectual: la industria tiene mil tentáculos que intervienen en toda la cadena de la supuesta “ciencia”. Controlan la formación de grado a través del patrocinio de cátedras universitarias y pagos a directos a profesores-investigadores. Controlan la formación continuada a través de los congresos y financiación de sociedades científicas. Controlan la

investigación, financiando las fases finales de las moléculas más prometedoras, quedándose luego con el retorno cuando estas salen al mercado siendo muy lucrativas. Controlan la publicación a través de la financiación de las revistas. Controlan la recomendación y guías clínicas a través de su influencia en los comités asesores y decisores.

- Captura cultural: influyen en los reguladores porque pertenecen al mismo grupo social, tienen las mismas amistades, llevan la misma ropa, tienen el mismo estatus.

La captura social y la intelectual actúan principalmente fomentando la prescripción, mientras que la captura material y cultural actúan sobre el legislador, promoviendo una legislación favorable para sus estrategias y negocios.

6. ¿Cómo afecta el sistema MIR y la práctica clínica habitual de los residentes a la prescripción de psicofármacos? ¿Se nos inculca como médicos esta prescripción sin medida?

El modelo de formación médica destaca por su excesivo enfoque biologicista, dejando de lado aspectos psicosociales y éticos. Desde luego hay una gran carencia del fomento de la reflexión crítica. La alta competitividad tanto en el acceso como durante el grado de medicina hace que tengamos deportistas de élite de sacar buenas notas. Jóvenes que sabemos economizar el estudio y el esfuerzo para maximizar el resultado de escupir contenidos y rellenar exámenes. El pensamiento crítico no se ve recompensado de ninguna forma. De hecho, puede no solo alejarte de las buenas notas sino que además puede penalizarte enemistándote con “los poderosos”. Señores y señoras con carreras consolidadas que pueden hacerte la vida personal y profesional muy difícil.

La formación MIR es una continuación de este sistema, añadiendo al perfil de persona en formación el perfil de personal laboral. Los resultados en exámenes son sustituidos por “sacar el trabajo

adelante sin causar muchos problemas”. La excesiva carga asistencial hace que los profesionales de los que tenemos que aprender encuentren en la prescripción una respuesta rápida a las situaciones que hemos comentado antes, haciendo que asumamos estas prácticas como la “práctica estándar”.

7. ¿Qué medidas podrían tomarse para reducir la sobremedicalización y avanzar hacia un modelo más centrado en las personas?

En primer lugar hay que matizar el modelo “más centrado en las personas”. Una de las trampas de la medicina personalizada es que cuando toda enfermedad se lleva hasta el componente más pequeño (a veces, incluso a perfil genético), toda enfermedad se convierte en rara. Esta conversión del yo en “lo raro” es un spin-off de la individualización del cliente, creando un nuevo nicho de negocio.

Tal como sugieren algunos autores (Padilla, 2019), es importante también dejar de prescribir hábitos de vida y entender las condiciones de vida. No nos parece extraño decir a nuestros pacientes “haga más ejercicio”, “coma más sano”. No obstante, en ocasiones cumplir con estos preceptos no solo desplaza la responsabilidad al individuo en controlar factores sobre los que muchas veces no tienen control. Sería como prescribirles: “tenga un trabajo estable estable y bien pagado”, “no pertenezca a ningún colectivo excluido” o “viva en un barrio con amplias zonas verdes”.

Por ese motivo, es fundamental desmedicalizar, desindividualizar y recuperar el potencial político de la sanidad pública como forma de lucha contra las desigualdades sociales (no solo en salud). No tendría que ser raro ver a médicos y sanitarios en manifestaciones o reclamando derechos laborales (de otros colectivos, no solo del médico), impidiendo grandes proyectos de especulación inmobiliaria, impidiendo desahucios o luchando contra los lobbys. Frente a una medicina 4P (personalizada, preventiva, predictiva y

participativa) hay que reclamar una salud pública 4P (poblacional, política, promotora y procomún).

8. ¿Cómo podemos implicar al estudiantado de medicina en una visión crítica de la salud mental de la población?

La realización de jornadas y eventos de formación no formal como este es ideal para hacer un “primer contacto” con los distintos temas. Luego se puede profundizar más en actividades de representación o entrando en grupos más específicos. El CEEM siempre se ha caracterizado por ser la punta de lanza de los aspectos más sociales de la profesión.

Es fundamental que el estudiante de medicina forme parte de la sociedad. No puede estar en la torre de marfil, pensando que la realidad es solo lo que se enseña en la facultad y lo que ve en su entorno privilegiado. Una buena forma es participar en otras asociaciones, no solo en sociedades científicas y colegios de médicos, los cuales suelen tener conflicto de interés. También hay que tener cuidado con las asociaciones de pacientes por los motivos previamente expuestos. Es preciso que el estudiante y el futuro residente conozca su entorno y sea un activo en su comunidad.

Pero la clave es encontrar el sentido de la acción. A cada persona nos toca más un tema: el cambio climático, los derechos laborales, la salud mental, etc. En mi caso, mi interés es conseguir una sociedad más igualitaria, y los lobbys son uno de los mayores obstáculos para este fin. En el mundo sanitario, como hemos comentado, la industria farmacéutica es un lobby que lo toca todo o casi todo, por lo que la Asociación por el Acceso Justo al Medicamento (AAJM) ofrece formación y herramientas que dan sentido a nuestro activismo por una sociedad más justa.

Referencias:

1. BDCAP, Área de información y estadísticas de atención primaria. Secretaría General de Salud Digital, información e innovación del SNS. Subdirección General de Información Sanitaria.

- Consumo de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos y sedantes. 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/S_I_A_P_/12_Ansioliticos_antidepresivos_hipnoticos.pdf
2. Padilla J. ¿A quien vamos a dejar morir? Sanidad pública, crisis y la importancia de lo político. Capitán Swing. 2019.
 3. Valdés A. Política del malestar: Por qué no deseamos alternativas al presente. DEBATE. 2024.
 4. Teruel C. Datos y hechos sobre benzodiazepinas y otros ansiolíticos e hipnosedantes. 2023.

Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/agoraDGPNSD/2023/Agora16/231010_XVI_AGORA_Cristina_Teruel.pdf

5. Civio. Consumo de antidepresivos en Europa. 2021. Disponible en: <https://datos.civio.es/dataset/consumo-de-antidepresivos-en-europa/>
6. Royo-Bordonada MA. Captura corporativa de la salud pública. Rev. Bioética y Derecho [Internet]. 2019 [citado 2025 Jul 26]; (45): 25-41. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000100004&lng=es.



“La industria farmacéutica, como cualquier otro lobby, hace uso de la captura corporativa. La captura corporativa es el proceso intencionado por el cual las decisiones políticas responden a un interés particular, privado, en detrimento del interés público. El resultado es una regulación injusta o la ausencia de regulación cuando esta es necesaria para la protección del bien común” (Royo, 2019).

OTRAS FUENTES

Cuba está abriendo nuevos caminos en el desarrollo de tratamientos farmacológicos

Michael Channan.

Jacobin Review. 19-07-2025. <https://jacobin.com/2025/09/cuba-alzheimers-drug-treatments-documentary/>

Este breve, pero interesante artículo comenta la película “El sueño de Teresita: La batalla de Cuba contra el Alzheimer” que relata y describe las investigaciones realizadas por la Dra. Teresita Rodríguez Obaya sobre el tratamiento para la demencia de Alzheimer.

Cuba de nuevo demuestra su dedicación a la investigación, para ayudar y resolver los problemas de salud. Su desarrollo de la vacuna Soberana para COVID -19 fue un ejemplo de su capacidad y solidaridad con los países de bajos y medianos ingresos. Sus trabajos en el campo del cáncer de pulmón o en la implementación de vacunas para la meningitis B, la hepatitis B y el cólera muestran como la investigación y producción pública pueden dar respuesta a las necesidades de salud de la ciudadanía. Su enorme esfuerzo supera el injusto e inmoral bloqueo del gobierno de los EE.UU. Una vez más, este ejemplo demuestra como la producción pública de vacunas y medicamentos puede garantizar resultados de excelencia y conseguir el acceso a los tratamientos necesarios para recuperar y mantener su salud. El film ha sido presentado en la Universidad de Glasgow, College of Social Sciences, College of Medical, Veterinary and Life Sciences and Havana Glasgow Film el 16 September 2025.

Cuba ha desarrollado su propia infraestructura para producir tratamientos médicos, con un historial notable a pesar del bloqueo estadounidense y otras limitaciones materiales. Un nuevo medicamento tiene el potencial de aliviar los síntomas del Alzheimer.

El sueño de Teresita: La batalla de Cuba contra el Alzheimer es una película modesta sobre un medicamento para la enfermedad de Alzheimer que es innovadora en más de un aspecto. En primer lugar, porque el medicamento se ha desarrollado en Cuba, lo cual no es poca cosa. En segundo lugar, por su carácter inusual como documental sobre el desarrollo de una droga.

Producido por Belly of the Beast, un colectivo de medios cubano-estadounidense, Teresita's Dream es narrado por la Dra. Teresita Rodríguez Obaya, una investigadora biotecnológica cuya madre sufría de Alzheimer. Ella ha sido

fundamental en el desarrollo del nuevo tratamiento y nos cuenta su propia historia sobre el cómo y el porqué.

Tratando la demencia

Me pareció una historia alentadora, que une mi larga relación con Cuba y mi preocupación más reciente por el Alzheimer, después de que un primo y luego mi hermano contrajeran la enfermedad.

Las grandes farmacéuticas del Norte Global han gastado miles de millones de dólares durante varias décadas en desarrollar medicamentos para el Alzheimer, con un éxito limitado. Cuba, a la que el bloqueo impide acceder a medicamentos estadounidenses, creó su propio instituto de biotecnología en la década de 1980. A pesar de las limitaciones que enfrenta, desde entonces ha producido vacunas exitosas para varios tipos de cáncer, meningitis y hepatitis B, por no mencionar la COVID-19.

Michael Channan

Las grandes farmacéuticas del Norte Global han gastado miles de millones de dólares en desarrollar medicamentos para el Alzheimer, con un éxito limitado.

Conocí la iniciativa poco después de su creación. Durante un receso en la grabación de un reportaje sobre Cuba para el Canal Cuatro del Reino Unido, me llevaron de visita. En aquel entonces, desconocía la biología y no estaba preparado para comprender el trabajo de los investigadores del instituto, pero seguí siguiendo sus actividades a distancia, por lo que la noticia de la nueva vacuna no me sorprendió.

La demencia en sus diversas formas, de las cuales el Alzheimer es el tipo más común, presenta dificultades particulares. La causa de la enfermedad sigue siendo desconocida, y el efecto de los fármacos desarrollados hasta la fecha es escaso y a corto plazo. Además, los fármacos solo tienen algún efecto si se administran en las primeras etapas de la enfermedad, y también conllevan el riesgo de efectos secundarios graves.

El problema es que la demencia es difícil de diagnosticar a tiempo como para marcar la diferencia, y la urgencia es cada vez mayor. El Alzheimer ataca en la vejez, y la población cubana está envejeciendo, por múltiples razones, entre ellas la emigración de las generaciones más jóvenes y la baja tasa de natalidad. Como muestra la película, desarrollar una vacuna y probarla según los estándares internacionales en estas circunstancias es un logro notable.

Documentando el Alzheimer

El Sueño de Teresita también destaca por su relato del proceso de desarrollo del fármaco. He estado escribiendo un libro sobre la representación de la demencia en la pantalla mundial. Existen docenas de películas de ficción y cientos de documentales, tanto cortos como largos, muchos de ellos instructivos y educativos. Algunos son retratos creativos en primera persona de pacientes individuales, mientras que otros, como este, adoptan la forma de reportajes de investigación.

En estas películas se aprende mucho sobre la vida con demencia, incluyendo tanto los síntomas del deterioro cognitivo como las cargas que recaen sobre los cuidadores. Sin embargo, nos dicen muy poco sobre la medicación y nada en absoluto sobre la investigación y el desarrollo que conlleva, que es el enfoque principal de El Sueño de Teresita.

El nuevo tratamiento cubano es uno de los numerosos fármacos que se encuentran actualmente en fase de ensayos clínicos; según un informe reciente, hasta 180. Los ensayos siguen los estrictos protocolos establecidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA), que sirven como estándar internacional. Consisten en tres fases que tardan años en completarse: Pocos candidatos sobreviven a la Fase III.

El creciente número de candidatos que entran en ensayos clínicos se explica por el fracaso de los fármacos basados en el modelo dominante. Este modelo se remonta a 1906, cuando Alois Alzheimer, de quien toma su nombre, reconoció por primera vez la demencia como una enfermedad y no simplemente como una carga de la vejez. Alzheimer descubrió proteínas anormales en el cerebro de una paciente tras su muerte.

La investigación posterior se vio obstaculizada hasta el desarrollo de las neurociencias tras la Segunda Guerra Mundial, que gradualmente reveló anomalías en el supuesto curso de la enfermedad (algunas personas presentaban las proteínas anormales sin presentar síntomas). La industria farmacéutica ignoró estas anomalías hasta que los investigadores observaron que algunos fármacos desarrollados para otros fines mostraban propiedades neuroprotectoras.

Teresita se fijó en uno de ellos, en desarrollo en Cuba para enfermedades cerebrales como el Párkinson, cuyos ensayos preliminares mostraron ausencia de efectos secundarios. Se dio cuenta de que podría ayudar a personas con Alzheimer como su madre y se unió al equipo.

Durante tres años, utilizó el fármaco para tratar a su madre, de quien habla con mucha emoción. Nos muestra fotos, habla de cómo vio una mejoría en sus síntomas, e incluso vemos evidencia de ello en un fragmento de una película casera donde aparece bailando.

El nuevo tratamiento cubano es uno de los numerosos medicamentos que se encuentran actualmente en fase de prueba; según un informe reciente, hasta 180.

Esto dio lugar a ensayos clínicos con pacientes de Alzheimer en un centro de atención en un pueblo cercano a La Habana, con 174 participantes. El 30 % se estabilizó y el 54 % mejoró, sin que se detectaran efectos secundarios.

A medida que los ensayos avanzan a la siguiente fase, con casi 1500 participantes en todo el país, la película sigue el formato estándar del documental de investigación, ampliándose para incluir entrevistas con los colegas de Teresita y seguirla en sus visitas a pacientes y sus familias, quienes hablan de mejoras notables.

Precondiciones para el Progreso

Las causas subyacentes de la demencia siguen siendo desconocidas. El nuevo fármaco no cura la enfermedad y es demasiado pronto para saber su eficacia a largo plazo. Sin embargo, por lo que vemos en esta película, promete aliviar gran parte de la carga que la enfermedad supone para quienes la padecen, sus familias y el sistema sanitario.

Esto es mucho más de lo que se puede decir de los últimos fármacos de las gigantes farmacéuticas de Estados Unidos y otros países que han obtenido la aprobación final. El Servicio Nacional de Salud británico no los ha adoptado porque son demasiado



Dra. Teresa Rodríguez.

caros, sus efectos son efímeros y apenas perceptibles, y requieren una monitorización constante de los efectos secundarios.

Esto es el resultado de un sistema fragmentado de desarrollo de fármacos dominado por intereses comerciales. En ese marco, los científicos crean laboratorios de investigación para desviar fondos gubernamentales con la esperanza de vender sus esfuerzos a las empresas que realizan los ensayos y luego cobrar precios exorbitantes si tienen éxito (muchos son abandonados por considerarlos inútiles).

La lección de la película es que el sueño de Teresita solo puede hacerse realidad en un país con un sistema de salud totalmente socializado e integrado, libre de intereses capitalistas. Al final de la película, Teresita dice que le gustaría ver la vacuna comercializada en el extranjero, pero se pregunta quién podría prestarle atención.

No necesita explicarlo. Ciertamente no en Estados Unidos, por mucho que pudiera ayudar a aliviar un sistema de salud quebrado. Desde una perspectiva más optimista, he visto informes sobre una nueva empresa de cooperación biofarmacéutica entre Cuba y China para la producción de medicamentos innovadores contra el cáncer, así como para enfermedades autoinmunes y neurodegenerativas.

- **Michael Chanan** es profesor emérito de cine y vídeo en la Universidad de Roehampton, Londres. Sus libros incluyen "From Printing to Streaming: Cultural Production Under Capitalism", "The Politics of Documentary" y "Cuban Cinema".
- Tráiler de la película disponible en <https://youtu.be/a2Y5FBR0pnU?si=v4ffYD01OSoLEBR8>

OTRAS FUENTES

La explosión de los precios de los medicamentos amenaza el acceso a los cuidados

Marion Courtassol.

Le Nouveau paradigme. 22-09-2025. <https://lenouveauparadigme.fr/lexplosion-des-prix-des-medicaments-menace-lacces-aux-soins/>

Este artículo, describe desde un análisis de la situación francesa del elevado precio de los medicamentos y su repercusión sobre el sistema de salud, la necesaria utilización de mecanismos (que conocemos ampliamente en otros artículos publicados en AJM), como la transparencia, la utilización de licencias obligatorias, etc.

Su conclusión, es la ineludible necesidad de una producción pública de medicamentos como forma de garantizar un acceso universal a medicamentos y vacunas

El caso del anticancerígeno Keytruda, estudiado por el UFC-Que Choisir, ilustra un modelo farmacéutico financiarizado que socava la sostenibilidad del sistema de salud y el acceso equitativo a la atención. Cada vez más actores se oponen y proponen soluciones para proteger las drogas de la especulación y los intereses privados.

En 2024, el sistema francés de seguros de salud gastó más de 2.000 millones de euros en Keytruda, el medicamento contra el cáncer más vendido del mundo, un producto estrella de Merck. Esta cifra, revelada en un estudio reciente de UFC-Que Choisir, representa más del 5% de todos los reembolsos de medicamentos en Francia. Con un valor nominal por tratamiento que alcanza los 70.000 euros por paciente al año, cabe preguntarse cuánto tiempo seguirá la sanidad pública financiando sin límites las prácticas especulativas de las grandes farmacéuticas. Y, sobre todo, ¿cuánto durará el sistema sanitario antes de colapsar?

La UFC señala que los descuentos negociados por el Estado, es decir, las reducciones de precio obtenidas de las farmacéuticas a cambio del reembolso de la Seguridad Social, están protegidos por secreto comercial. Esto excluye, en la

práctica, cualquier control democrático. Sin embargo, estimaciones independientes sitúan el precio justo de Keytruda entre 52 y 885 euros. Entonces, ¿qué se financia realmente: la innovación médica o las operaciones financieras que la acompañan? La asociación de consumidores también cita el caso de Zolgensma, un fármaco de terapia génica utilizado en el tratamiento de la atrofia muscular espinal infantil (AME). Una sola inyección cuesta nada menos que dos millones de euros, a pesar de que se desarrolló en gran medida gracias a la investigación pública.

Desabastecimiento de medicamentos vitales

Estos grandes éxitos farmacéuticos no son neutrales. Consumen considerables recursos en detrimento de hospitales, personal sanitario y equipos. Para absorber estos costes, el gobierno impone recortes en genéricos y biosimilares, lo que debilita la producción local y fomenta el desabastecimiento. A finales de 2024, casi 400 medicamentos no estaban disponibles en Francia, incluyendo tratamientos vitales.

Frente a esta tendencia, UFC-Que Choisir no está sola. En Francia, el Tribunal de Cuentas ha advertido sobre el aumento

descontrolado del gasto en medicamentos innovadores contra el cáncer. Asociaciones de pacientes como la Liga contra el Cáncer han denunciado los precios excesivos que amenazan el acceso equitativo a la atención médica. A nivel europeo, varios países han optado por unir fuerzas para negociar juntos, mientras que el Parlamento exige mayor transparencia. La Organización Mundial de la Salud enfatiza que los precios reflejan la capacidad de pago de los sistemas de salud, más que el valor terapéutico real. ONG como Médicos Sin Fronteras también señalan que este enfoque excluye a millones de pacientes en todo el mundo.

Debates en torno a un centro farmacéutico privado

Se han presentado varias propuestas. La transparencia de los precios reales de las patentes debe convertirse en la norma, no en

la excepción. Es necesario negociar a nivel europeo para reequilibrar el poder con los gigantes de la industria. Las licencias obligatorias previstas por el derecho internacional deben utilizarse en cuanto los precios se vuelvan excesivos. Debe iniciarse la reubicación estratégica de la producción de medicamentos esenciales para asegurar el suministro y restablecer la soberanía sanitaria.

Entonces, ¿por qué no mirar más allá con la creación de un centro farmacéutico verdaderamente público, capaz de garantizar la investigación, la producción y la distribución de tratamientos esenciales, libre de lógicas especulativas? Dicha estructura permitiría la planificación democrática de la política farmacéutica y garantizaría el acceso universal a las innovaciones terapéuticas.

“¿Por qué no mirar más allá con la creación de un verdadero centro farmacéutico público, capaz de garantizar la investigación, la producción y la distribución de tratamientos esenciales, libre de lógicas especulativas? Dicha estructura permitiría la planificación democrática de la política farmacéutica y garantizaría el acceso universal a las innovaciones terapéuticas”.



OTRAS FUENTES

Recuperar el descubrimiento de medicamentos: por qué necesitamos productos farmacéuticos públicos

David Franco.

Peoples Dispatch. 15-07-2025. <https://peoplesdispatch.org/2025/07/15/reclaiming-drug-discovery-why-we-need-public-pharma/>

Espléndido artículo de David Franco que expone con precisión, como los argumentos de la Big Pharma y su estrategia son rotundamente falsos. Actualmente la industria farmacéutica ha disminuido de forma considerable la investigación y desarrollo directa de nuevos fármacos. Como señala el autor en “realidad, funcionan más como redes de exploración, no desarrollando tratamientos innovadores, sino identificando startups prometedoras y proyectos académicos que las grandes farmacéuticas pueden adquirir” El autor describe como “un ecosistema de investigación explotador”, el modelo actual de investigación basado en empresas más pequeñas que asumen el trabajo científico y la inversión financiera. Las grandes compañías farmacéuticas son, sin embargo, las que consiguen enormes ganancias mientras los ciudadanos y los gobiernos deben pagar” dos veces: primero, subsidiando la investigación temprana y, nuevamente, mediante precios inflados de los medicamentos”. Un problema añadido, singularmente grave, es que este sistema dirigido a conseguir la mayor rentabilidad financiera se impone de manera decisiva a las necesidades terapéuticas reales, priorizando la rentabilidad financiera sobre la salud y las necesidades terapéuticas de los pacientes.

Recomendamos vivamente a nuestras lectoras y lectores su lectura.

Big Pharma prospera al beneficiarse de la innovación financiada con fondos públicos: pero una Public Pharma puede recuperar el control y poner la salud por encima de las ganancias.

A las grandes farmacéuticas les encanta presentarse como la fuerza impulsora de los avances médicos: una industria que expande incansablemente los límites de la ciencia para ofrecer tratamientos que salvan vidas. Sin embargo, tras las grandes narrativas de la "innovación", la verdad es mucho más calculada. En lugar de comprometerse con el costoso y arriesgado proceso del verdadero descubrimiento científico, gigantes farmacéuticos como Sanofi, Johnson & Johnson (J&J), Roche, Pfizer, Bristol-Myers Squibb (BMS), Merck y AstraZeneca han perfeccionado un enfoque más estratégico y rentable: dejar que otros asuman riesgos y luego aprovechar las recompensas.

Centros de innovación: explorar, no descubrir

Muchas corporaciones farmacéuticas presumen de sus centros globales de innovación estratégicamente ubicados en Boston, San Francisco, Londres, París y Shanghái. Estos a menudo se presentan como centros de investigación y desarrollo (I+D) de vanguardia. Sin embargo, en realidad, funcionan más como redes de exploración, no desarrollando tratamientos innovadores, sino identificando startups prometedoras y proyectos académicos que las grandes farmacéuticas pueden adquirir o cooptar posteriormente. Sanofi, J&J y Roche utilizan estos centros para supervisar laboratorios universitarios, empresas de biotecnología y plataformas de descubrimiento de fármacos basadas en IA, a la espera de la aparición de fármacos candidatos prometedores antes de intervenir. Merck y AstraZeneca se centran en

colaboraciones basadas en IA, externalizando la fase de descubrimiento a empresas de aprendizaje automático como BenevolentAI, en lugar de liderar las iniciativas internas de descubrimiento de fármacos.

Al evitar la incertidumbre inherente a la investigación de descubrimiento de fármacos y los recursos financieros que conlleva, y al centrarse en la vigilancia y la extracción en lugar de en la colaboración genuina, estos centros de innovación ayudan a consolidar el control corporativo sobre el conocimiento y las tecnologías médicas.

Alianzas estratégicas: dejemos que las empresas biotecnológicas se encarguen del trabajo pesado

En lugar de comprometerse con costosas investigaciones internas, muchas compañías farmacéuticas optan por dejar que empresas biotecnológicas más pequeñas e innovadoras se encarguen de las etapas iniciales, que conllevan un alto riesgo, del descubrimiento de fármacos. Pfizer y Merck solo se lanzaron a la carrera por las vacunas de ARNm después de que BioNTech y Moderna ya hubieran desarrollado la tecnología fundamental. J&J y AstraZeneca esperaron a que empresas más pequeñas demostraran la viabilidad comercial del desarrollo de fármacos impulsados por IA antes de establecer sus propias alianzas. Sanofi, Roche y BMS han seguido el mismo patrón, adquiriendo derechos sobre terapias basadas en ARN, tratamientos contra el cáncer y tecnologías de edición genética solo cuando ya se han completado las fases más inciertas del desarrollo.

Si bien estas colaboraciones se presentan a menudo como aceleradores de la innovación, la estructura de dichas alianzas está organizada de tal manera que las grandes farmacéuticas pueden reivindicar la propiedad de los avances médicos al final sin ser responsables de sus riesgos ni de sus trayectorias de desarrollo.

Adquisiciones: comprar innovación en lugar de crearla

El ejemplo más flagrante del modelo de aversión al riesgo de las grandes farmacéuticas es su dependencia de las adquisiciones en lugar de la investigación interna. El proceso sigue un esquema habitual. Las empresas biotecnológicas más pequeñas asumen el riesgo de desarrollar terapias novedosas, invierten años en ensayos clínicos en fase inicial y demuestran que sus tratamientos tienen potencial de mercado. Una gran corporación farmacéutica entra en la fase final. Adquiere la pequeña empresa por precios exorbitantes, de hasta miles de millones, y se lleva los beneficios sin comprometerse con el progreso científico a largo plazo. La adquisición de Celgene por parte de Bristol-Myers Squibb, la de Seagen por parte de Pfizer y la de Genentech por parte de Roche ejemplifican esta estrategia.

Esta estrategia socava la sostenibilidad de la innovación biotecnológica independiente y concentra el poder en manos de unas pocas empresas dominantes. Fomenta el desarrollo de medicamentos de nicho de éxito en detrimento de la investigación terapéutica más amplia y, en última instancia, limita el alcance de la innovación a lo que se alinea con la lógica comercial de las grandes farmacéuticas.

Acuerdos de licencia: obtener beneficios sin invertir

Cuando las adquisiciones directas no son una opción, las grandes farmacéuticas dependen de acuerdos de licencia para asegurar derechos exclusivos sobre fármacos prometedores sin comprometerse con su desarrollo inicial. El acuerdo de licencia de Merck con Kelun-Biotech le permitió entrar en el mercado de terapias contra el cáncer conjugadas con anticuerpos y fármacos sin invertir en investigación. AstraZeneca llegó a un acuerdo similar con Daiichi Sankyo, lo que le permitió obtener beneficios de los fármacos conjugados con anticuerpos antirretrovirales (ADC) sin asumir el riesgo financiero de su desarrollo. Sanofi, J&J y Roche firman con frecuencia acuerdos de

licencia para terapias de ARN, tecnologías de edición genética e inmunoterapias, obteniendo acceso a nuevos tratamientos solo después de que un tercero haya realizado el trabajo preliminar.

Las consecuencias a largo plazo de estos acuerdos pueden ser profundamente perjudiciales, dando lugar a precios restrictivos, derechos de fabricación limitados, un estricto control de la propiedad intelectual y, muy probablemente, la inaccesibilidad a tratamientos vitales. Las licencias también distorsionan las prioridades de I+D, incitando a las empresas biotecnológicas a centrarse en lo que se puede licenciar rápidamente en lugar de en lo que es más necesario para la salud pública.

El impacto sistémico del modelo de las grandes farmacéuticas

El uso que las grandes farmacéuticas hacen de centros de innovación, alianzas estratégicas, adquisiciones y acuerdos de licencia refleja una estrategia coherente. No se trata de malas prácticas dispersas, sino de un sistema estrechamente integrado de extracción corporativa. Este modelo prioriza la rentabilidad financiera sobre las necesidades terapéuticas, el valor a corto plazo para los accionistas sobre la salud pública a largo plazo. Distorsiona la dirección de la I+D farmacéutica, canalizando fondos públicos e innovación en etapas iniciales hacia monopolios privados, que luego utilizan su control para fijar precios altos, limitar el acceso y concentrar el poder. El resultado acumulativo es un panorama farmacéutico donde incluso los avances financiados con fondos públicos se vuelven inasequibles para el público, y donde las prioridades de salud de poblaciones enteras se subordinan a la rentabilidad corporativa.

No se trata simplemente de un fallo del mercado, sino del resultado predecible de un sistema diseñado para privatizar los beneficios y socializar el riesgo. Para construir un ecosistema farmacéutico que

realmente sirva a la salud pública, no solo necesitamos criticar las prácticas extractivas de las grandes farmacéuticas, sino también diseñar e invertir en alternativas que funcionen de forma diferente en todos los niveles. La industria farmacéutica pública ofrece una alternativa estructural que aún reconoce la importancia de los centros de innovación, la colaboración, el crecimiento y el intercambio de conocimientos, pero lo hace bajo propiedad pública, con el interés público como mandato central.

Centros públicos de innovación farmacéutica: de la vigilancia a la gestión

En lugar de actuar como centros de exploración corporativa, los centros públicos de innovación pueden ser instituciones transparentes y con una misión clara, centradas en las necesidades de salud insatisfechas. Su mandato no es asegurar futuras adquisiciones, sino impulsar el conocimiento científico, compartir datos abiertamente y desarrollar medicamentos asequibles. Pueden mantener vínculos estrechos con universidades y comunidades, dirigiendo la I+D hacia las enfermedades desatendidas y la equidad en salud.

Ya se pueden ver ejemplos de un enfoque similar en el mundo: el Statens Serum Institut (Dinamarca) combina investigación, fabricación y estrategia de salud pública bajo un mismo techo. El desarrollo de su vacuna se guía por las prioridades de salud pública y la preparación nacional, más que por el tamaño del mercado. A diferencia de los “centros de innovación” privados, desarrolla tratamientos incluso cuando los márgenes de beneficio son bajos o inexistentes.

Alianzas estratégicas en la industria farmacéutica pública: de la explotación a la colaboración

La industria farmacéutica pública puede seguir colaborando con empresas biotecnológicas más pequeñas, grupos académicos e innovadores tecnológicos, pero bajo condiciones que preserven la propiedad pública, garanticen el intercambio de



conocimientos y protejan el interés público. Estas alianzas pueden ser a largo plazo y estar orientadas a una misión, con mecanismos integrados para mantener los productos resultantes asequibles y accesibles.

Esta posibilidad se ilustra en Fiocruz (Brasil), que ha formado alianzas con universidades y desarrolladores de tecnología locales e internacionales, incluso para la producción de vacunas contra la COVID-19. Estas alianzas se centran en la transferencia de tecnología y el desarrollo de capacidades, no en la captura de propiedad intelectual. El beneficio público está integrado en cada etapa del acuerdo.

Adquisiciones en la industria farmacéutica pública: de la consolidación corporativa a la expansión pública

En lugar de permitir que las empresas biotecnológicas sean absorbidas por corporaciones monopolistas, los organismos públicos pueden intervenir para adquirir o codesarrollar tecnologías prometedoras y garantizar que permanezcan en el dominio público. Estas adquisiciones no se centrarían en el control del mercado, sino en asegurar el conocimiento estratégico, expandir la capacidad de producción pública y proteger la cadena de suministro de las interrupciones comerciales.

El Instituto Pasteur de Dakar, en Senegal, por ejemplo, está ampliando su capacidad de producción de vacunas con inversión pública. En lugar de ser vendido a multinacionales, recibe apoyo internacional, incluyendo el de la UE y la OMS, para escalar la producción, manteniendo al mismo tiempo la propiedad pública y las garantías de acceso regional.

Acuerdos de licencias farmacéuticas públicas: del bloqueo de la propiedad intelectual al acceso abierto

La industria farmacéutica pública puede desarrollar nuevos modelos de licencia que rechacen explícitamente la exclusividad. En su lugar, puede promover licencias abiertas, la agrupación de patentes y acuerdos de transferencia de tecnología que maximicen el acceso global. Las condiciones de licencia pueden diseñarse para garantizar la asequibilidad, la producción local y la equidad global.

Por ejemplo, el *peoplesdispatchy* gobiernos, es un modelo práctico de cómo se pueden obtener licencias en beneficio del interés público. Las iniciativas farmacéuticas públicas podrían ir aún más lejos, utilizando mecanismos similares a los del MPP no solo para los medicamentos contra el VIH-1 o la COVID-19, sino para todo el espectro de medicamentos esenciales.

Farmacia pública para Europa: recuperando el poder colectivo

Un creciente movimiento político impulsa alternativas farmacéuticas públicas a nivel regional. La coalición Farmacia Pública para Europa (PPfE), formada por organizaciones de la sociedad civil, pacientes, profesionales sanitarios, académicos y activistas, aboga por la creación de infraestructuras farmacéuticas públicas en toda Europa. Su objetivo es simple pero transformador: devolver a los gobiernos, y no a las corporaciones, el control de la investigación, la producción y la distribución de medicamentos.

Al eliminar el afán de lucro del núcleo del desarrollo farmacéutico, la Coalición PPfE

visualiza un modelo donde el dinero público sirve a un propósito público. Propone la creación de nuevas instituciones, como un Instituto Europeo Salk financiado con fondos públicos, para coordinar la investigación no comercial y producir medicamentos libres de patentes corporativas y precios abusivos.



Durante demasiado tiempo, el sistema farmacéutico ha operado bajo la lógica del capitalismo neoliberal, tratando los medicamentos como mercancías y la salud pública como una preocupación secundaria. Los resultados son claros: canales de innovación moldeados por el valor de mercado, no por la necesidad médica; precios desorbitados de los medicamentos; acceso monopolizado; y avances científicos bloqueados tras patentes. La Farmacia Pública podría ofrecer lo contrario. Se trata de una visión de la medicina como un bien público, impulsada por valores democráticos, inversión colectiva y solidaridad global. Restablece la transparencia, la rendición de cuentas y la planificación a largo plazo en el desarrollo de fármacos, a la vez que garantiza que los tratamientos que salvan vidas sigan siendo accesibles para todos.

La era de las medias tintas ha pasado. Ampliar la capacidad farmacéutica pública —a nivel regional, nacional y global— no es solo una decisión política. Es un imperativo ético y una necesidad de salud pública.

OTRAS FUENTES

El acuerdo comercial entre India y Reino Unido amenaza el acceso a los medicamentos, advierten activistas

- ***Los activistas advierten que el nuevo acuerdo de libre comercio entre India y el Reino Unido pone en peligro el acceso a los medicamentos al socavar las protecciones existentes.***

Peoples Dispatch.

Peoples Dispatch. 30-07-2025. <https://peoplesdispatch.org/2025/07/30/india-uk-trade-deal-threatens-access-to-medicines-activists-warn/>

Este artículo muestra, una vez más, como los tratados de libre comercio (TLC) son utilizados por los países de altos ingresos en sus negociaciones con el resto de países, como un instrumento para imponer los intereses económicos de sus empresas.

En el campo de los medicamentos, las grandes industrias farmacéuticas impulsan a sus gobiernos, a incluir medidas en los TLC dirigidas fundamentalmente a fortalecer y endurecer aún más las disposiciones incluidas en ADPIC.

El texto que podemos leer a continuación muestra bien como el Gobierno de la India ha sido sometido a la presión suficiente por el Gobierno de UK para incluir medidas que dificultan las licencias obligatorias, hacen retroceder la transparencia y prolongan la propiedad intelectual. Las consecuencias para la población de la India, en el acceso a medicamentos necesarios para la recuperación de la salud serán sin duda muy notables.

El acuerdo comercial recientemente firmado entre India y el Reino Unido tendrá efectos perjudiciales en el acceso a medicamentos en la India, advirtió la semana pasada. Al aceptar concesiones en materia de transparencia, licencias obligatorias y en el sistema de patentes, las autoridades indias corren el riesgo de socavar las garantías de salud pública que tanto han costado conseguir en la legislación nacional, incluida la Ley de Patentes de la India, declararon expertos durante una conferencia de prensa organizada por el grupo.

K.M. Gopakumar, coorganizador del Grupo de Trabajo, señaló que, si bien el debate público en torno al tratado de libre comercio (TLC) se ha centrado en la posibilidad de un whisky más barato en India, se ha prestado

mucha menos atención a su impacto en la accesibilidad a los medicamentos. Según Gopakumar, al debilitar las garantías contra la perpetuación de patentes y privilegiar las licencias voluntarias sobre las obligatorias, entre otras cosas, el TLC introduce en la práctica disposiciones ADPIC+ por la puerta trasera.

“El TLC claramente establece el mecanismo voluntario, como la licencia voluntaria, como la vía preferida y óptima para promover el acceso a los medicamentos”, afirmó el grupo de trabajo. La licencia voluntaria permite a las compañías farmacéuticas otorgar a determinados productores el derecho a fabricar medicamentos patentados en las condiciones que ellas mismas definen. Dado que estas

condiciones se establecen para proteger los beneficios de la compañía, la práctica no beneficia a las personas que necesitan el tratamiento. En cambio, la licencia obligatoria permite a los gobiernos autorizar la producción de genéricos sin el consentimiento de la compañía titular de la patente, lo que aumenta las posibilidades de que la producción beneficie a la salud pública.



Gopakumar, el experto en comercio internacional Prof. Biswajit Dhar, y el defensor del acceso a medicamentos Roshan Joseph coincidieron en que este cambio hacia las licencias voluntarias tendrá un efecto disuasorio sobre los posibles solicitantes de licencias obligatorias, ya que indica que las autoridades indias no consideran viables estas medidas. "Esta preferencia explícita por las licencias voluntarias deja el acceso a los medicamentos en manos de las fuerzas del mercado y socava la función del gobierno a la hora de facilitar la disponibilidad de medicamentos asequibles para la población", declaró el Prof. Dhar. "También envía una clara señal a los posibles solicitantes de licencias obligatorias de que no son bienvenidos".

Las disposiciones del TLC entre India y el Reino Unido, añadió el Prof. Dhar, "no son un buen augurio para los pacientes ni para la accesibilidad a los medicamentos". Esta no es la primera vez que India debilita las protecciones existentes en materia de salud pública. El año pasado, el país firmó un acuerdo comercial con cuatro países europeos que también diluyó dichas salvaguardias, alineando la política india más estrechamente con las demandas de los países de altos ingresos y las corporaciones farmacéuticas multinacionales. "Existe un movimiento progresivo hacia la aceptación de las demandas de los países desarrollados, que eliminan sistemáticamente las salvaguardias de interés público disponibles

en la Ley de Patentes de la India", escribió el grupo de trabajo.

Las disposiciones del TLC van más allá de las preferencias en materia de licencias: también reducen los requisitos de transparencia. En las condiciones actuales, los titulares de patentes deben presentar informes anuales sobre su situación, pero el nuevo acuerdo permite presentar informes cada tres años. "Esto compromete efectivamente la capacidad de los potenciales solicitantes de licencias obligatorias de demostrar demandas insatisfechas, lo que constituye un motivo para la licencia obligatoria", declaró Jyotsna Singh, co-coordinadora del Grupo de Trabajo: "Inclina claramente la balanza a favor de las corporaciones farmacéuticas transnacionales".

La sección de propiedad intelectual también corre el riesgo de erosionar las protecciones contra la perpetuación de patentes al impulsar la armonización, lo que podría socavar la capacidad de la India para evaluar y regular las patentes de forma independiente. "Actualmente, India cuenta con disposiciones que no permiten la perennización, es decir, la concesión de patentes sobre una pequeña modificación de un medicamento existente", afirmó Gopakumar. "La armonización impulsará a India a hacerlo".

El grupo de trabajo instó a una resistencia oportuna y organizada a las tendencias plasmadas en el TLC entre la India y el Reino Unido. Roshan Joseph enfatizó que, a medida que se introduzcan más disposiciones de este tipo mediante acuerdos comerciales y otros acuerdos bilaterales, será cada vez más difícil revertirlas. «La implementación de estas disposiciones reduce la capacidad de los gobiernos central y estatales para cumplir con su obligación constitucional en materia de derecho a la salud», concluyó el Grupo de Trabajo

OTRAS FUENTES

Los miembros de la OMS se reúnen para finalizar el Instrumento de Acceso a Patógenos y Reparto de Beneficios

Ellen't Hoen .

Medicines Law & Policy. 10-09-2025. <https://medicineslawandpolicy.org/2025/09/who-members-meet-to-finalise-the-pathogen-access-and-benefit-sharing-instrument/>

Este artículo de Ellen't Hoen explica la situación actual y el devenir próximo del instrumento PABS (Acceso a los Patógenos y la Distribución de Beneficios) en vigor del acuerdo pandémico. Se plantean como es habitual en los procesos de negociación los problemas con el acceso a vacunas y medicamentos relacionados con propiedad intelectual y la transferencia de tecnología. Los países de altos ingresos muy probablemente seguirán obstaculizando, como hicieron durante las negociaciones del Acuerdo sobre la Pandemia la concesión de licencias de tecnología posicionamiento que colisiona con el objetivo de disponer de un intercambio rápido de información sobre patógenos para facilitar la investigación y el desarrollo de contramedidas contra pandemias.

Veremos qué sucede, pero como sabemos bien por la experiencia anterior, la posición de los países de altos ingresos, y aún más en el contexto actual, será la de mantener la propiedad intelectual y no acceder a la transferencia de tecnología.

En mayo de 2025, los estados miembros de la OMS adoptaron el Acuerdo sobre Pandemias, pero postergaron la creación de un instrumento para el Acceso a los Patógenos y la Distribución de Beneficios (PABS). Para ello, se estableció un Grupo de Trabajo Intergubernamental (GTI), y los países volvieron a la mesa de negociaciones en Ginebra.

El GTI tiene la tarea de redactar y negociar un nuevo instrumento sobre el PABS. Su mandato es crear un marco integral y jurídicamente vinculante que garantice el acceso equitativo a los patógenos con potencial pandémico y a los beneficios derivados de ellos.

Este Instrumento PABS será un anexo al Acuerdo sobre Pandemias de la OMS, y su finalización es un paso crucial, ya que, sin él,

el Acuerdo no podrá ratificarse ni entrar en vigor.

El Acceso a los Patógenos (PA) se refiere al intercambio rápido de materiales e información secuencial sobre patógenos con potencial pandémico. Esta información es crucial para las estrategias de prevención y el desarrollo de los productos necesarios para responder a una amenaza pandémica, como vacunas y medicamentos. Sin embargo, compartir dicha información también conlleva efectos adversos para el país que la comparte. Por ejemplo, en 2021, científicos sudafricanos compartieron información genómica sobre una nueva variante de la COVID-19, que 72 horas después se denominó Ómicron. Sin embargo, en cuestión de un día, Sudáfrica se enfrentó a restricciones de viaje impuestas por varios países. Esto pone de relieve la tensión entre

Ellen't Hoen

priorizar la salud pública mundial y los riesgos económicos de hacerlo sin garantías de acceso a los productos desarrollados mediante el intercambio rápido de información sobre patógenos.

El objetivo del instrumento PABS es doble: comprometerse con el intercambio rápido de información sobre patógenos y garantizar que quienes comparten información sobre nuevos patógenos, utilizada para el desarrollo de nuevos conocimientos y productos, tengan acceso a los beneficios derivados de dicha información. Los países acordaron en mayo de 2025 que el instrumento PABS debía garantizar una distribución rápida, oportuna, justa y equitativa de los beneficios derivados del intercambio y/o la utilización de materiales e información de secuencias PABS con fines de salud pública.

El objetivo del intercambio rápido de información sobre patógenos es facilitar la investigación y el desarrollo de contramedidas contra pandemias. Para ello, desde 2015, la OMS también ha desarrollado el Plan de I+D para Epidemias, que incluye un marco científico para la preparación para la investigación en epidemias y pandemias, incluyendo la priorización de patógenos.

La primera reunión del IGWG se celebró los días 9 y 10 de julio y abordó principalmente cuestiones de procedimiento relacionadas con su trabajo. La segunda reunión del IGWG tendrá lugar del 15 al 19 de septiembre de 2025 y se espera que aborde los detalles sustantivos. La OMS ha presentado un borrador de dos páginas con los elementos que abordará el sistema PABS.

El Instrumento PABS

El Instrumento PABS tiene como objetivo proporcionar un sistema global para compartir patógenos y los beneficios derivados de su uso. Los Estados miembros de la OMS decidieron crear el sistema PABS al adoptar el Acuerdo sobre Pandemias en

mayo de 2025. El Artículo 12 del Acuerdo establece los parámetros del instrumento:

1. **Intercambio Rápido de Patógenos:** Los Estados se comprometen a compartir rápidamente materiales biológicos (patógenos) y la información de su secuencia genética con la OMS y los laboratorios designados tras la identificación de una posible amenaza de pandemia. Esto garantiza que los científicos y las empresas dispongan de las muestras necesarias para la investigación, la vigilancia y el desarrollo de contramedidas.
2. **Distribución Equitativa de Beneficios:** A cambio de compartir patógenos, se garantiza a los países el acceso a los beneficios, incluyendo vacunas, terapias y diagnósticos derivados del intercambio y/o uso de materiales, así como contribuciones monetarias y no monetarias. Los beneficios son multifacéticos e, además del acceso a los productos, incluyen:

Desarrollo de capacidades y asistencia técnica

- Cooperación en investigación y desarrollo.
- Facilitación del acceso rápido a vacunas, terapias y diagnósticos para responder a los riesgos para la salud pública.
- Otorgamiento de licencias no exclusivas a fabricantes en países en desarrollo para la producción y distribución eficaz de vacunas, terapias y diagnósticos.
- Transferencia de tecnología: intercambio de conocimientos técnicos y capacidades de fabricación.

La propuesta para el instrumento PABS debe finalizarse antes de la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2026. Esto puede

parecer una eternidad para quienes anhelamos las vacaciones de primavera, pero en el mundo de la elaboración de tratados, ocho meses es muy poco tiempo, sobre todo porque las conversaciones abordarán cuestiones espinosas relacionadas con el acceso a productos sanitarios, las licencias de propiedad intelectual y la transferencia de tecnología. Temas que regularmente retrasaron el progreso durante las negociaciones del Acuerdo sobre la Pandemia.

Para preparar el IGWG-2, la Oficina ha solicitado a los Estados miembros de la OMS que presenten propuestas de texto, que servirán de base para las negociaciones. Hasta la fecha, la OMS ha recibido 18 propuestas de países y grupos de países.

Las propuestas anticipan los puntos más delicados de las conversaciones. Algunas de ellas recordarán los temas más difíciles de las negociaciones del Acuerdo sobre la Pandemia. Por ejemplo, el Grupo de Equidad, que reúne a 29 países en desarrollo, propone:

“(iii) en caso de una ESPII o una emergencia pandémica, otorgar a la OMS licencias no exclusivas que puedan sublicenciarse a

fabricantes de países en desarrollo, especialmente a aquellos que proporcionaron materiales PABS e información de secuencias PABS, para el desarrollo o la producción de productos relacionados con la pandemia necesarios en dichos países, con el fin de ampliar rápidamente el suministro y garantizar un acceso equitativo y rápido en dichos países. Dicha licencia debe incluir la entrega de la documentación reglamentaria completa, los conocimientos técnicos y cualquier material necesario (por ejemplo, líneas celulares, etc.)”.

Los países de altos ingresos han insistido durante las negociaciones del Acuerdo sobre la Pandemia en que la concesión de licencias de tecnología solo se realizaría de forma voluntaria. Es probable que esta demanda se retome en las negociaciones del PABS.

Las negociaciones del PABS se habrían beneficiado de disposiciones claras en el Acuerdo sobre la Pandemia sobre licencias de propiedad intelectual, acceso a los conocimientos técnicos y transferencia de tecnología. A falta de compromisos firmes para compartir tecnología sin barreras de propiedad intelectual, es probable que el tema vuelva a surgir en las conversaciones del IGWG.



Imagen: OMS / Christopher Black

INFORMES Y DOCUMENTOS SELECCIONADOS POR LA COMISIÓN DE REDACCIÓN, DE LECTURA RECOMENDABLE, DISPONIBLES EN LA RED



Primum nocere

Juan Gervas - Mercedes Pérez Fernández. **Sin Permiso**, 20-08-2025. <https://sinpermiso.info/textos/primum-nocere>

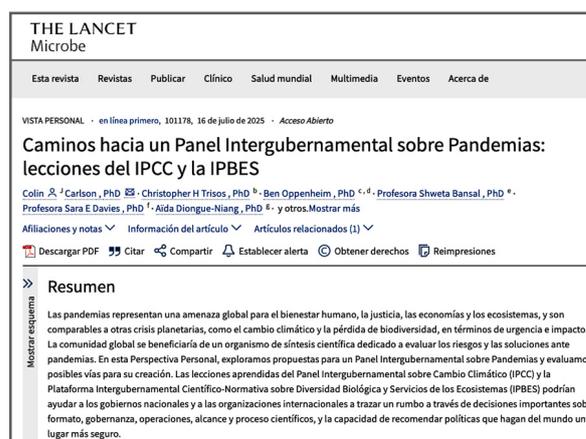
Desde la AAJM y desde las páginas de la AJM venimos, destacando la insoportable situación de sufrimiento, dolor y muerte que está viviendo el pueblo palestino. Recogemos aquí un artículo donde se expone de nuevo la naturaleza y alcance del genocidio y la necesidad de adoptar de forma urgente medidas efectivas para conseguir su final definitivo.

Viviana Muñoz Téllez. **Southviews** n° 295. 25 septiembre 2025 https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2025/09/SV295_250924.pdf

Este informe elaborado por Viviana Muñoz destaca las enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional que entraron en vigor el 19 de septiembre de 2025 en los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La autora señala, que, si bien estas actualizaciones no proporcionan nuevos poderes a la OMS, al menos pueden ayudar a promover un acceso justo a las vacunas, tratamientos y diagnósticos necesarios para dar respuesta a las emergencias sanitarias. **Nota de la CR:** recordamos a las lectoras y lectores interesados que el texto del acuerdo pandémico está disponible en https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_R1-en.pdf



Nuevas enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional: Fortalecimiento del acceso a los productos sanitarios en situaciones de emergencia y pandemia



Vías hacia un Panel Intergubernamental sobre Pandemias: lecciones del IPCC y del IPBES

Colin J Carlson, Christopher H Trisos, Ben Oppenheim, Shweta Bansal, Sara E Davies, Aïda Diongue-Niang, et al. **The Lancet Microbe** 16 Julio 2025
[https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247\(25\)00106-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247(25)00106-5/fulltext)

En este documento, los autores señalan el beneficio que supondría para la comunidad global, la existencia de un organismo científico dedicado a evaluar los riesgos y soluciones en situaciones de pandemia. Proponen constituir un Panel Intergubernamental sobre Pandemias y las posibles vías para su creación, siguiendo los ejemplos del Panel Intergubernamental sobre el Cambio Climático (IPCC) y de la Plataforma Intergubernamental de Políticas Científicas sobre Servicios de Biodiversidad y Ecosistemas (IPBES). Consideran que este panel serviría para diseñar un trayecto común a gobiernos y organizaciones internacionales que podría ayudar en el diseño de políticas, frente a pandemias y emergencias sanitarias

significativa en los precios y la asequibilidad de 549 medicamentos esenciales en 72 mercados durante el año 2022.

Los autores concluyen en la necesidad urgente de diseñar estrategias para promover precios equitativos y mejorar la asequibilidad de los medicamentos.

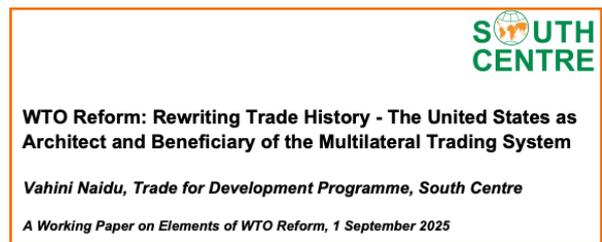
Nota de la CR: Un interesante comentario sobre el artículo anterior, se encuentra en: Access to Essential Medicines—High-Level Insights and Unanswered Questions, Andrew Gray et al Health Policy | JAMA Health Forum | JAMA Network
<https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2837525> https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2837525#google_vignette



Precios y asequibilidad de los medicamentos esenciales en 72 mercados de ingresos bajos, medianos y altos

Olivier J. Wouters' et al. **JAMA Health Fórum**, vol 6, n° 8.
<https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2837522>

Este estudio, realizado mediante un análisis transversal, demuestra una variación



Reforma de la OMC: Reescribiendo la historia del comercio - Estados Unidos como arquitecto y beneficiario del sistema multilateral de comercio

Vahini Naidu, Trade for Development Programme, **South Centre**, 1 September 2025.

<https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2025/09/Working-Paper-on-WTO-Reform-Rewriting-Trade-History-1-Sept-2025.pdf>

Este documento es de singular interés y de referencia para comprender el papel que desempeña EE.UU. en la política comercial, que como explica el autor, utiliza y justifica aranceles unilaterales y acuerdos bilaterales coercitivos, dejando a los países en desarrollo más vulnerables a la exclusión. Esta política está en la base de la política farmacéutica que favorece a la BigPharma.



GILEAD'S LICENSE & IMPLICATIONS FOR ACCESS (LENACAPAVIR - LEN-LA)

Health Gap, Health Just Initiative, MSF, Just Treatment, Sankalp Rehabilitation Trust, ABIA (Asociación Brasileira interdisciplinar de AIDS) **FAQ 2**/ agosto 2025

https://healthjusticeinitiative.org.za/wp-content/uploads/2025/08/NO-EXCUSES-FAQ-2_August-25.pdf

Las organizaciones civiles que firman este escrito plantean como la profilaxis previa a la exposición (PrEP) sigue siendo una de las herramientas más efectivas para prevenir el VIH especialmente la forma inyectable lenacapavir (LEN-LA). Su administración protege prácticamente al 100 % de nuevas seroconversiones del VIH.

Sin embargo, el monopolio de patentes de Gilead, sus acuerdos de licencias voluntarias de carácter restrictivo y sus precios opacos están provocando la imposibilidad de acceso a un tratamiento tremendamente eficaz esencial para adolescentes, mujeres jóvenes y grupos vulnerables. Esta situación se ha agravado más con la retirada del Gobierno de Estados Unidos del programa de financiación de PrEP.

El documento detalla como las patentes son la mayor barrera para el acceso a medicamentos genéricos que Gilead utiliza en su política destinada a maximizar sus beneficios por encima de la salud pública

Nota de la CR: Un artículo muy reciente sobre este tema ha sido publicado el 25 de septiembre por Salud por Derecho “The New Agreement on Generic Lenacapavir Still Fails to Guarantee Global Access” <https://saludporderecho.org/en/the-new-agreement-on-generic-lenacapavir-still-does-not-guarantee-global-access/>



La importancia de los sistemas equilibrados de propiedad intelectual para el acceso de los pacientes a los medicamentos: Un Análisis

Archana Jatkar and Nicolás Tascón. **Southviews** n° 290.

https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2025/08/SV290_250805.pdf

Los autores de este documento comentan la reciente publicación de un informe de la Asociación Internacional de Medicamentos Genéricos y Biosimilares (IGBA) en el que ésta última propone un equilibrio crítico entre innovación, competencia y acceso oportuno a los medicamentos.

Realizan un análisis crítico en el que destacan elementos como:

- **La mala calidad de las patentes:** por procesos deficientes de examen y la concesión de patentes no innovadoras como la causa principal de las barreras para los desarrolladores de genéricos y biosimilares.
- **Las marañas de patentes** con proliferación de una gran cantidad de patentes para un mismo producto provocando aumento del periodo de protección de la propiedad intelectual y litigios costosos y prolongados, para las empresas de genéricos y biosimilares.

Estas estrategias, como describe el documento, sirven para presionar a los organismos reguladores para que denieguen el acceso al mercado de medicamentos sin patente.



**SOBREPATENTADOS,
SOBREPRECIO. Un resumen de
datos sobre medicamentos
negociados por Medicare: Eliquis,
Ozempic, Rybelsus y Wegovy**

I-MAK. <https://www.i-mak.org/overpatented/>

Este informe es de singular interés, pues aunque se refiere al proceso de negociación de Medicare para los fármacos: Eliquis, Ozempic, Rybelsus y Wegovy los datos y consideraciones que aporta son notables.

El documento destaca como “ los mecanismos legales de Ajuste de la Duración de las Patentes (PTA) y Extensión de la Duración de las Patentes (PTE) retrasan la entrada de medicamentos genéricos y generan miles de millones de dólares en ingresos adicionales para los

fármacos nuevos” La utilización de de las numerosas patentes subsiguientes con modificaciones menores sobre la molécula patentada original permite a las compañías farmacéuticas la obtención a través de los mecanismos de PTA y PTE la obtención de patentes adicionales sobre el mismo fármaco. Estas marañas de patentes son utilizadas para bloquear la competencia de los genéricos o bien para negociar acuerdos para retrasar la entrada de genéricos y mantener el monopolio del mercado.

Un ejemplo que podemos leer en el texto: *La patente para apixaban utilizado en el producto Eliquis fue presentada el 17 de septiembre de 2002. La fecha de vencimiento original el 17 de septiembre de 2022, veinte años después de que se presentó la patente. Como resultado de la concesión de un PTE, el plazo de la patente se extendió hasta el 21 de noviembre de 2026, más de cuatro años de protección adicional de patente y monopolio del mercado. Esto supone que Eliquis genere aproximadamente 39.100 millones de dólares en ingresos solo en EEUU, una enorme ganancia resultante únicamente del PTE.*

El documento aporta interesantes datos similares respecto a los otros medicamentos estudiados.



MALDIGO LA POESÍA DE QUIEN NO TOMA PARTIDO HASTA MANCHARSE

“La poesía es un arma cargada de futuro”.

Cantos iberos. Gabriel Celaya. 1955

Pau Casals, un ejemplo de postura cívica ante el genocidio

El genocidio en Gaza cómo hemos venido denunciando en AJM ha continuado, aún más cruelmente exacerbado, durante estos meses. Las terribles consecuencias de la utilización por el gobierno de Israel de bombardeos masivos, con el hambre y el desplazamiento forzoso de la población palestina han generado en la opinión internacional un fuerte rechazo general. La movilización decidida de los ciudadanos y ciudadanas ha obligado a algunos gobiernos, por vez primera, a adoptar medidas dirigidas al reconocimiento del Estado Palestino y a la denuncia rotunda del genocidio ejecutado por Israel al pueblo palestino.

Recientemente hemos podido leer los posicionamientos y denuncias realizadas por diferentes países en el seno de las Naciones Unidas.

Así, al revisar la historia de las Naciones Unidas hemos podido recordar la intervención y el discurso de Pau Casals, durante el concierto por el Día de las Naciones Unidas en 1958 y su posterior intervención en 1971.

Pau Casals (El Vendrell, 1876; San Juan de Puerto Rico, 1973) ha sido uno de los músicos de mayor prestigio durante el siglo XX. Su aportación genial a la técnica del violonchelo, y sus interpretaciones, convirtieron al violonchelo en un instrumento sublime.

Una labor que continuó como director de orquesta e impulsor de la Orquesta Pau Casals y al mismo tiempo compositor de piezas excepcionales como su oratorio *El Pessebre* o el *Cant dels Ocells*.

Pau Casals fue un humanista y un defensor de los valores republicanos de libertad, igualdad y fraternidad, un firme luchador por la democracia.

Su compromiso con estos valores le llevó en 1946 a adoptar la decisión tremendamente dolorosa para él, de dejar en silencio a su violonchelo y a su música como forma de protesta y respuesta cívica ante la actitud de los países aliados de tolerancia e inacción para impedir la continuidad del régimen dictatorial represor y asesino instaurado en España por el general Franco. Pau Casals afirmaba con rotundidad: “*Hay cosas más importantes que la música*” manifestando así su negativa a interpretar en público y su decisión de ayudar a los exiliados españoles que como él mismo tuvieron que pasar a Francia para salvar sus vidas.

Hoy esta posición, cuando estamos viendo la terrible situación en Palestina, constituye para todos un ejemplo de dignidad y de defensa activa y real de los valores humanos

Pau Casals seguiría planteando su lucha contra el franquismo y las

dictaduras, al mismo tiempo que incorporaría su lucha por la paz y su rechazo de la amenaza nuclear. Para desarrollar y mantener esos objetivos mantuvo una estrecha vinculación con la Organización de las Naciones Unidas para la cual compuso en 1971, la música del himno de las Naciones Unidas (no oficial)

La letra de la canción es el poema **Una oda a la paz mundial** (*An Ode to World Peace*) del poeta estadounidense **Wystan Hugh Auden**, estructurada en tres partes. Su estreno fue el 24 de octubre de 1971 en la sede de la ONU de New York1 e interpretada por el coro de la **Escuela de Música de Manhattan**, el coro de las Naciones Unidas **UN Singers** y la Festival Chamber Orchestra del **Festival Pau**

A continuación, reproducimos el texto de Auden

Eagerly, musician, sweep your strings.
So we may sing,
Elated, optative,
Our several voices Interblending,
Playfully contending,
Not interfering
But co-inhering,
For all within
The cincture of the sound,
Is holy ground
Where all are brothers,
None faceless others.

Let mortals beware
Of words, for
With words we lie,
Can say peace
When we mean war,
Foul thought, speak fair
And promise falsely,
But song is true:
Let music for peace
Be the paradigm,
For peace means to change
At the right time,
As the world clock
Goes "tick" and "tock".

So may the story
Of our human city
Presently move
Like music, when

Begotten notes
New notes beget
Making the flowing
Of time a growing
Till what it could be,
At last it is,
Where even sadness
Is a form of gladness,
Where fate is freedom,
Grace and surprise.

*Con entusiasmo, músico, rasga tus cuerdas.
Para que podamos cantar,
Exaltados, optativos,
Nuestras distintas voces entrelazándose,
Competiendo de forma juguetona),
Sin interferirse
Si no influenciándose,
porque ceñidos en el círculo del sonido,
territorio sagrado
donde todos somos hermanos,
Nadie es anónimo.*

*Que los mortales se cuiden
de las palabras, pues
con las palabras mentimos,
Pueden decir paz
Cuando queremos decir guerra,
Pensamientos viciados, hablan con justicia*

*Y prometen falsamente,
Pero la canción es verdadera:
Que la música para la paz
Sea el paradigma,
Porque la paz significa cambiar
En el momento adecuado,
Mientras el reloj mundial
Marca "tic" y "tac".*

*Entonces que la historia
de nuestra ciudad humana
Pueda moverse
como la música, cuando
las notas engendradas
engendran nuevas notas
haciendo que el fluir
del tiempo crezca
hasta que lo que podría ser,
y llega a serlo
donde incluso la tristeza
es una forma de alegría,
donde el destino es libertad,
gracia y sorpresa.*

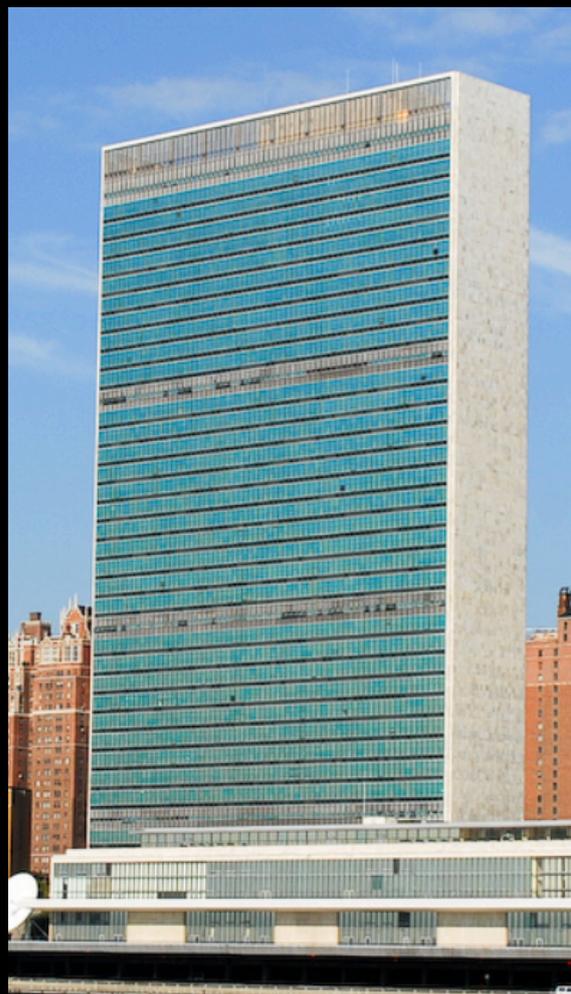
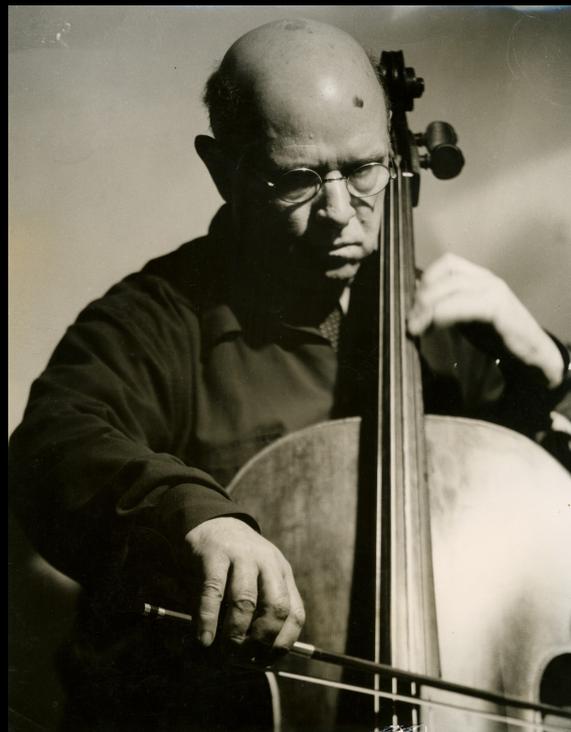
**W. H. Auden (Londres, 1907-
Viena, 1973)**

*Las y los lectoras interesados pueden
consultar el discurso realizado en 1958 por
Pau Casals en las Naciones Unidas
Fundación Pau Casals*
<https://www.paucasals.org/wp-content/uploads/2021/11/discurs1958.pdf>

*Pueden escuchar la interpretación bajo la
dirección de Pau Casals del “Himne per a
les Nacions Unides en*

[https://youtu.be/col42gODAE4?
si=eZBIM_JfNfER3wyi](https://youtu.be/col42gODAE4?si=eZBIM_JfNfER3wyi)

[https://www.youtube.com/watch?
v=col42gODAE4](https://www.youtube.com/watch?v=col42gODAE4)



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