

Nº. 44
ENERO 2026

✕ @AsocAJM
✕ @AjmRevi

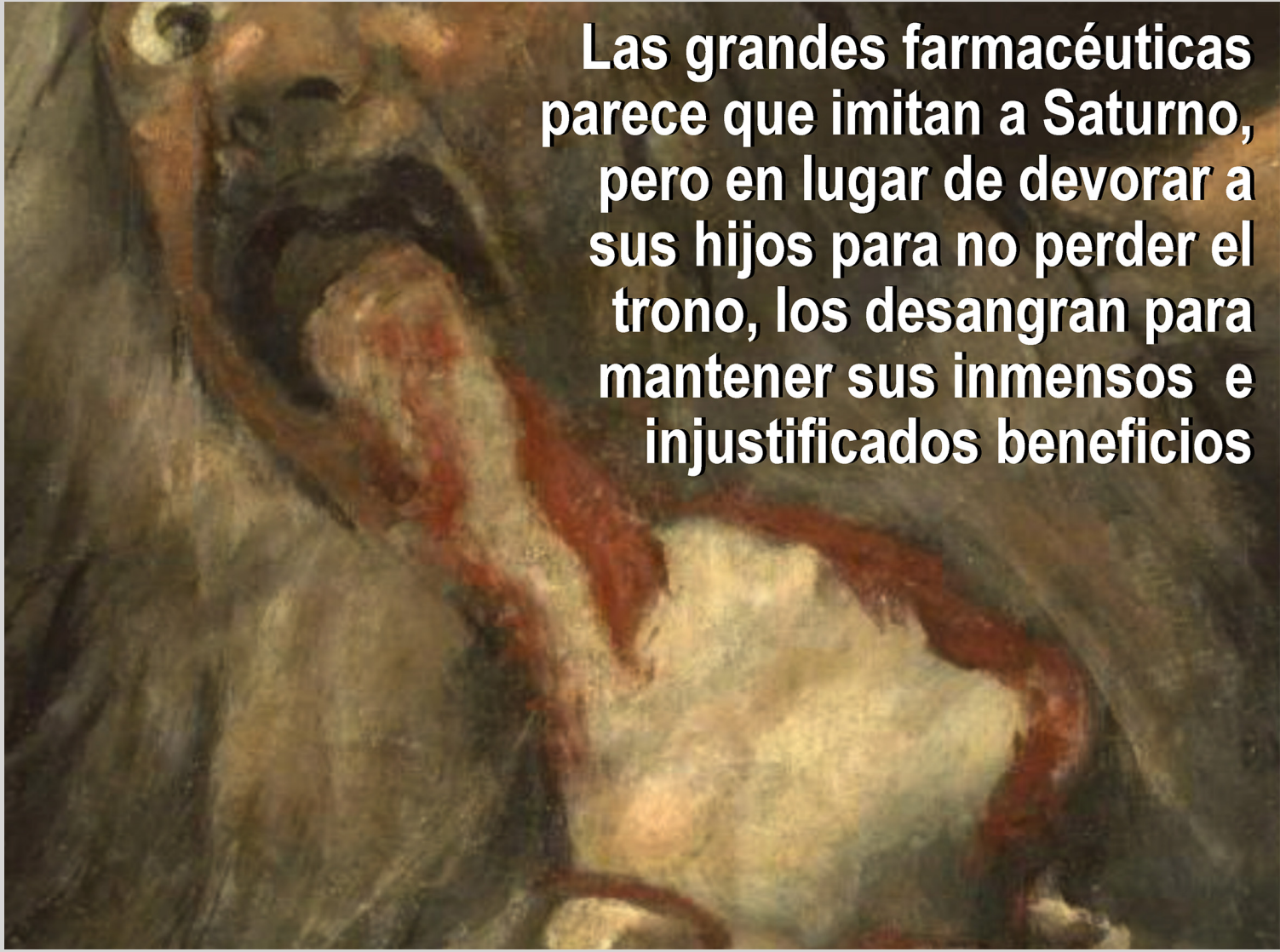
Asociación Acceso
Justo al Medicamento.
Pza de las Cortes 11. 4º.
28014 Madrid

ACCESO JUSTO REVISTA AL MEDICAMENTO

AAJM

<http://accesojustomedicamento.org>

ISSN 2697-1712



Las grandes farmacéuticas
parece que imitan a Saturno,
pero en lugar de devorar a
sus hijos para no perder el
trono, los desangran para
mantener sus inmensos e
injustificados beneficios

SUMARIO

EDITORIAL

- (3) Las políticas farmacéuticas de EE.UU. y de la BigPharma, un peligro para los sistemas sanitario. Comisión de Redacción.

ORIGINALES

- (8) La reforma de la legislación farmacéutica europea: un gravísimo paso atrás. AAJM.
- (12) Sistemas sanitarios, medicamentos y patentes. Fernando Lamata.
- (19) Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE): un desafío socio-sanitario del siglo XXI en España. Ana Isabel Rigueira García.

OTRAS FUENTES

- (37) El acuerdo farmacéutico entre Estados Unidos y el Reino Unido sacrifica a los pacientes para obtener ganancias. Peoples Health Dispatch.

- (44) Más de lo mismo: la FDA de Kenedy continúa con la corrupción de las grandes farmacéuticas. Brandon Novick.
- (47) El TS decidirá si el precio real y la financiación de los medicamentos siguen siendo secretos. Civio.
- (50) 2025 un año brutal para la salud global. HPW.
- (54) Teva Pharma, la farmacéutica israelí al servicio del capitalismo corporativista bestializado. El Salto.
- (58) Accesibilidad física de los medicamentos en los países que alojan ensayos para aprobaciones de la FDA. JAMA.

INFORMES Y DOCUMENTOS

- (60) Informes y documentos seleccionados por la Comisión de Redacción.

MALDIGO LA POESÍA...

- (68) *Streets of Minneapolis*. Bruce Springsteen.

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, 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 y Serapio Severiano Peña. Edición, diseño y maquetación: Pablo Martínez Segura.

ISSN: 2697 - 1712

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

Correspondencia: comisionredaccionajm@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 44. ENERO 2026. [Histórico de revistas](#).

[Índice alfabético histórico de autores](#)

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



EDITORIAL

Las políticas farmacéuticas de EE.UU. y de la BigPharma, un peligro para los sistemas sanitarios



Comisión de Redacción.

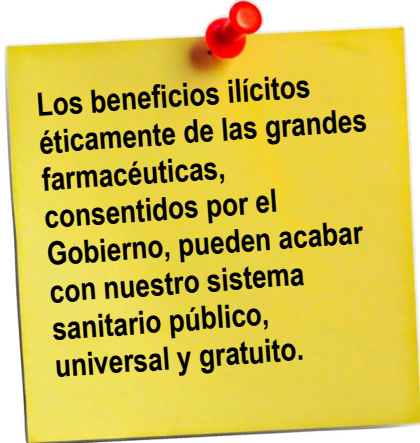
«Dondequiera que haya propiedad privada y el dinero sea la medida de todas las cosas, es casi imposible que una comunidad sea justa o próspera»,

Utopía. Tomás Moro (1516)

Iniciamos un año 2026 que se dibuja en el horizonte más complejo y duro, aún, que el 2025. Y eso es realmente difícil, porque este año finalizado se ha destacado por una violencia estructural de una magnitud impensable, donde se han vulnerado de forma abierta los derechos humanos de poblaciones enteras sometidas a la barbarie de la guerra y al asesinato indiscriminado.

El triunfo de la desigualdad ha desencadenado una violencia política y social que condena a la ciudadanía a la pérdida de derechos claves para la vida, como la sanidad, la educación, los cuidados a los mayores y la dependencia, una vivienda digna, o el mantenimiento de la propia vida. Una desigualdad que se ha ido incrementando progresivamente y, desde la crisis de 2008-2010, de una forma acelerada. “Hay una guerra de clases y la estamos ganando los ricos” afirmaba Warren Buffet de forma arrogante y obscena.

Efectivamente, nos enfrentamos ahora a un capitalismo muy agresivo, altamente tecnológico, cuyas corporaciones operan en alianza con un pequeño grupo de ultrarricos, controlando la autoridad de los gobiernos y desplazando los intereses de la gente común por los de esta minoría. Algunos autores han denominado a esta fase del capitalismo con el término “tecnofeudalismo” para designar



Los beneficios ilícitos éticamente de las grandes farmacéuticas, consentidos por el Gobierno, pueden acabar con nuestro sistema sanitario público, universal y gratuito.

una forma de poder caracterizada por una falta de regulación y control que permite a estos oligarcas ganar miles y miles de millones de euros ⁽¹⁾.

Así, el capitalismo hoy es un sistema que produce y reproduce la desigualdad, profundiza los problemas sociales, concentra la riqueza y el poder, impulsa un sistema represivo y autoritario y, por lo tanto, conduce a la exclusión de la gente, a la pérdida de derechos y obliga a la migración.

Vivimos pues en una sociedad profundamente violenta e injusta, que ante la inacción de gobiernos e instituciones está empeorando día a día.

En este contexto es donde debemos situar el papel que la BigPharma (sin duda, un ejemplo del capitalismo más agresivo y codicioso) desempeña de forma activa en la salud a nivel mundial.

Hemos señalado en las páginas de esta revista en diferentes artículos cómo su estrategia de monopolios y precios abusivos impide y limita gravemente un acceso justo, asequible a los medicamentos necesarios para recuperar y mantener la salud de la población. Pero, ¿cuáles son las perspectivas? ¿Cuáles son las líneas principales que muy probablemente van a influenciar radical-

mente en las decisiones que se impongan en la política farmacéutica durante el año 2026?

Para intentar aproximarnos a esta pregunta proponemos una lectura de los datos y propuestas que se están ya produciendo y que lo harán de manera más profunda a lo largo de este año. Analizaremos brevemente las sensibles modificaciones que afectarán al acceso a los medicamentos y vacunas en tres escenarios: El gobierno Trump y su política farmacéutica y arancelaria, la Unión Europea y sus políticas normativas y finalmente España. Las interrelaciones y condicionamientos que se producen entre estos ámbitos son absolutamente notables.

En primer lugar, comentaremos la influencia en el precio de los medicamentos que la política farmacéutica de Estados Unidos está teniendo en la Unión Europea y su futuro inmediato. La política farmacéutica en EE.UU. para, supuestamente, reducir el gasto en nuevos medicamentos la plantea el gobierno Trump desde la exigencia de aplicación inmediata de la “cláusula de Nación Más Favorecida”. Con este término, se expresa la decisión de EEUU de pagar por los medicamentos allí consumidos una cantidad igual a aquella del país cuyo precio sea más bajo, dentro del G7, Suiza y Dinamarca. Para llevar adelante ésta política, Trump se ha reunido y llegado a acuerdos bilaterales con relevantes y poderosas industrias farmacéuticas: Amgen, Bristol Myers, Boehringer Ingelheim, Genentech, Gilead, GSK, MSD, Novartis, Sanofi. La exigencia central de estos acuerdos es que EEUU debería pagar menos por los medicamentos. Pero, al mismo tiempo, garantizarían que los beneficios tremendos de la industria farmacéutica permanezcan, subiendo para ello los precios en Europa y en el resto del mundo. ¿Cómo piensa la BigPharma llevar adelante esta política de mantener beneficios reduciendo el precio en los Estados Unidos?

Thomas Schinecker, director general de Roche, en una entrevista en diciembre de 2025 ⁽²⁾ descubría el mecanismo. Respondía

de una forma firme, pero realmente inquietante, sobre cómo las presiones de Trump serán instrumentadas por la industria farmacéutica. En primer lugar, y para disuadir al entrevistador de la inexistencia de alternativas, amenaza afirmando que, sin un aumento de precios de los nuevos medicamentos, éstos podrían no estar disponibles en Suiza. Continúa Shinecker insistiendo en que la investigación es cara y cómo hasta ahora el mayor porcentaje del coste estaba siendo asumido por EE.UU. El argumento que Trump plantea y la industria acepta es que se pague la investigación mediante la fijación en el sobreprecio de cada fármaco de una cantidad adicional en función del PIB de cada uno de los países de Europa, aumentando aún más el precio final. De esta forma, bajarían los precios de los nuevos medicamentos en EEUU al tiempo que aumentarían paralelamente los precios en Europa. Pero, como sabemos bien, no estamos hablando en realidad de pagar la investigación. Ese discurso explicativo es una falacia, ya que los actuales sobreprecios ya pagan el 100% de los gastos de investigación y añaden el equivalente a dos veces más en beneficios abusivos. En realidad se trata de mantener y aumentar los enormes beneficios de la Big Pharma. Las maniobras de chantaje y extorsión de Trump provocarán, están provocando ya, como veremos a continuación, que suban los precios en Europa, sin ninguna justificación.

Un primer ejemplo son las decisiones del gobierno del Reino Unido. El gobierno de Trump presionó directamente a Starmer para obligar a un acuerdo comercial entre Estados Unidos y el Reino Unido. Como recoge The Guardian ⁽³⁾, en base a “este acuerdo, el Reino Unido pagará más por nuevos medicamentos y permitirá que el National Health Service (NHS) gaste más en medicamentos para prolongar la vida, a cambio de que las exportaciones farmacéuticas británicas a EEUU eviten los aranceles”. El coste adicional del acuerdo, según manifestaciones del Departamento de Salud y Asistencia Oficial (DHSC) supondrá un coste de 1.000 millones de libras entre

2025/26 y 2028/29. Sin embargo, admiten que los costes después de 2028/29 aumentarán. Pero es también sorprendente y desorbitado que el gobierno se haya comprometido a duplicar el gasto del Reino Unido en nuevos medicamentos del 0,3 % del PIB al 0,6 %, para 2035.

La importancia de las cifras mencionadas y su repercusión sobre el NHS ha motivado que un grupo multipartidista de diputados laboristas, liberales, demócratas, verdes y del Partido Nacional Escocés (SNP) hayan exigido al gobierno la publicación del estudio de impacto sobre el que se ha basado el mencionado acuerdo. También organizaciones como Just Treatment ⁽⁴⁾ han manifestado que este acuerdo farmacéutico entre Estados Unidos y el Reino Unido podría causar más de 15.000 muertes prevenibles anualmente. El Reino Unido está redirigiendo 3 mil millones de libras esterlinas de la atención al paciente del National Health Service para aumentar las ganancias de la industria farmacéutica. Según Global Justice Now ⁽⁵⁾, el acuerdo con Trump y la subida de precios supondrá 9.000 millones de libras anuales extra a partir de 2035, una auténtica barbaridad.

Revisemos a continuación cuál ha sido una de las últimas decisiones que consideramos un paso atrás en el futuro de la política farmacéutica de la Unión Europea. El planteamiento base de la UE debería estar dirigido a preservar, mantener y desarrollar los derechos de los ciudadanos europeos a un acceso justo y asequible a medicamentos y vacunas. Sin embargo, y de forma lamentable, no ha sido así. La Comisión negociadora del Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea anunciaron este último 11 de diciembre ⁽⁶⁾ que habían alcanzado un acuerdo sobre la reforma de la legislación farmacéutica.

Desde la AAJM ⁽⁷⁾ se realizó una valoración inicial de esta reforma donde se expresaba la decepción por un modelo que consolida un monopolio responsable de unos beneficios anuales abusivos para la industria farmacéutica, por encima de los costes de

fabricación, y de I+D estimados en más de 100.000 millones anuales. La presión del poderoso lobby de la industria farmacéutica europea ha conseguido que la Comisión Europea frenara la moderada propuesta inicial e impidiera los cambios necesarios.

La legislación aprobada permitirá que los precios de los nuevos medicamentos sigan siendo abusivos y el gasto farmacéutico continúe siendo extraordinariamente elevado. El texto del acuerdo fija ocho años de protección de datos, más uno de protección de comercialización, que pueden ampliarse con otro año si es una nueva indicación con beneficio significativo, y uno adicional es para enfermedades sin tratamiento actual, o bien hay ensayos clínicos comparados en varios países de la UE, o si se lanza en los países de la UE. Así se logra llegar a once años de monopolio, en lugar del planteamiento de 6 que proponía el borrador inicial. Un éxito para la industria farmacéutica que aún así muestra cierta disconformidad.

Aún más sorprendente es la decisión de la concesión para la fabricación de antibióticos a las farmacéuticas que promuevan su investigación de un bono transferible de un año de protección de mercado adicional para aquellos otros medicamentos que considere la propia empresa. Diversos trabajos han reiterado que este mecanismo tiene serios inconvenientes y actúa de una manera perversa. En realidad, debería haberse optado por una investigación con financiación pública para el desarrollo de nuevos antibióticos útiles para la resistencia antimicrobiana.

Estos rasgos, junto con otros que contiene el texto, no han sido suficientemente debatidos, ni valoradas sus consecuencias en nuestro país. Incluso llama la atención cierta visión benevolente del Ministerio de Sanidad (MS) sobre las consecuencias de su aplicación para el futuro.

Finalmente, algunos comentarios breves sobre la situación de la política farmacéutica

en nuestro país. Una noticia reciente nos impacta de forma llamativa: se ha alcanzado más de 10.000 millones de gasto farmacéutico hospitalario. Este fuerte incremento subraya una tendencia marcada en los últimos años que, sin duda, supone un grave riesgo para la supervivencia del SNS. Esta amenazante realidad debería ser abordada, más aún si, como hemos visto anteriormente, el contexto internacional proyecta una tendencia clara hacia un aumento aún más marcado de los precios de los nuevos medicamentos. ¿Cuáles son las medidas y actuaciones que propone el MS?

Veamos a continuación algunos rasgos principales. El MS, junto con cinco ministerios, llevó a término el documento “Estrategia de la Industria Farmacéutica 2024-2028”. Esta estrategia fue planteada desde el MS como una forma de trabajo y diálogo entre el ámbito institucional y el sector industrial. En el momento de su publicación, consiguió una recepción alborozada de la patronal farmacéutica Farmaindustria. Al mismo tiempo que provoca serias dudas, expresadas, por ejemplo, en un posicionamiento de la AAJM o recientemente en un artículo de Patricia Lacruz, donde afirmaba: “En mi opinión la estrategia, principalmente, está dirigida por la industria farmacéutica en un foro que han conseguido crear, privilegiado, por cierto, con un poder de toma de decisión que no debería haberse cedido a aquellos que tienen tal conflicto de interés”.

Después de esta movimientto del MS para llegar a algún tipo de entendimiento con Farmaindustria, en un intento tal vez ingenuo de facilitar trabajo y disminuir resistencias, la Secretaria de Estado ha dirigido sus esfuerzos a plantear principalmente cambios normativos. Tiene, en esta línea para el año 2026, importantes tareas pendientes en el ámbito de la política farmacéutica, como la Ley de los medicamentos y los productos sanitarios (ya aprobada por el Consejo de Ministros y pendiente de su tramitación al Congreso de los Diputados), el texto del Real Decreto de

precio y financiación de productos sanitarios, el Real Decreto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, en fase final de tramitación, etc.

Estos textos que hemos ido conociendo han sido motivo de alegaciones desde la AAJM. Una valoración inicial sugiere que estas iniciativas responden a un “reformismo tímido” que no se corresponde para nada con la gravedad del momento actual.

Como señalábamos anteriormente, un gasto farmacéutico que se incrementa año tras año y que pone en riesgo la propia supervivencia del Sistema Nacional de Salud exige respuestas contundentes y arriesgadas. Conocemos bien el enorme poder de la industria farmacéutica, su capacidad de lobby e influencia política sobre decisores y prescriptores que determina graves problemas y limitaciones a la hora de la toma de decisiones desde el gobierno y desde el MS. Pero es el momento de resoluciones valientes desde la consideración del medicamento como un bien público, un bien social y un derecho humano que debe ser protegido con las máximas garantías. Hay retos pendientes para el MS.

El Gobierno de España tiene que hacer más esfuerzos para que los precios de los medicamentos reflejen los costes reales y no sean precios especulativos determinados por el abuso de posición dominante ocasionado por monopolios y patentes.

Es imprescindible también una postura más activa y decidida en la Unión Europea con posicionamientos más abiertos y radicales que, al menos, pongan de manifiesto de forma nítida los abusos de la industria farmacéutica y permitan el diseño de propuestas alternativas. Es necesario avanzar, de forma decidida, dando pasos efectivos en el desarrollo de una investigación financiada públicamente que facilite la independencia de los profesionales, evitando su sometimiento al control de la industria. Por último, se debería avanzar con firmeza hacia una farmacia pública que

garantice la necesaria autonomía en situaciones de crisis y el desarrollo de una producción pública propia.

Sin duda, y volviendo a la frase inicial de Tomás Moro, abordar hoy la necesidad de transformación del capitalismo en su fase actual es una exigencia ineludible para la consecución de una sociedad justa y equitativa basada en el respeto universal a los derechos humanos. Idénticamente, la transformación del modelo actual de monopolio y precios altos de los medicamentos impuesto por la BigPharma es una necesidad inmediata e indispensable. En estas tareas, utópicas tal vez, está la supervivencia de nuestro SNS.

Referencias bibliográficas

1. Capitalismo, Estado y Big Tech Una entrevista con Cedric Durand y Eugeny Morozow Jacobin Review 25/01/26. <https://jacobinlat.com/2026/01/capitalismo-estado-y-big-tech/>
2. Roche: Trump force la Suisse à payer plus pour les médicaments. Isabel Strassheim Mario Stäubli. 24 Heures 21/12/2025. [https://www.24heures.ch/roche-trump-force-la-suisse-](https://www.24heures.ch/roche-trump-force-la-suisse-a-payer-plus-pour-les-medicaments-883297749258)
[a-payer-plus-pour-les-medicaments-883297749258](https://www.24heures.ch/roche-trump-force-la-suisse-a-payer-plus-pour-les-medicaments-883297749258)
3. Pressure grows on ministers to end secrecy over UK medicines deal with Trump. Denis Campbell. The Guardian Tue 27 Jan 2026.
4. Patients will pay with their lives Just Treatment <https://t.co/ekFmdgRI5X>
https://x.com/justtreatment/status/2006056548385067392?s=51&t=XlpFaUQcu7YQhHlrwkl_GQ
5. Global Justice Now <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/FMfcgzQfBZmbtNjwCBPLzMqHbDnlNlbd>
6. Comunicado del Consejo de la Unión Europea, <https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2025/12/11/pharma-package-council-and-parliament-reach-a-deal-on-new-rules-for-a-fairer-and-more-competitive-eu-pharmaceutical-sector/>
7. Nota de prensa AAJM sobre UE en pág. 8 de esta misma revista)
8. Alegaciones AAJM



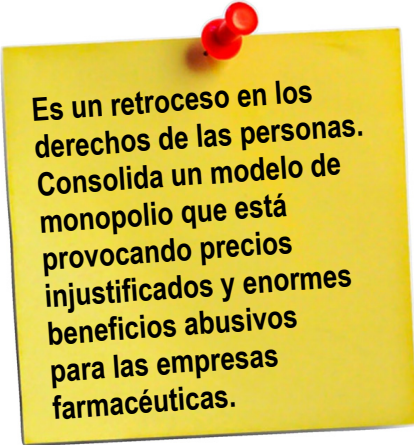
“El Gobierno de España tiene que hacer más esfuerzos para que los precios de los medicamentos reflejen los costes reales y no sean precios especulativos determinados por el abuso de posición dominante ocasionado por monopolios y patentes”

ORIGINAL

La reforma de la legislación farmacéutica europea: un gravísimo paso atrás



- **Con la legislación aprobada los precios de los nuevos medicamentos seguirán siendo abusivos.**
- **Los desabastecimientos continuarán o se incrementarán.**
- **Las dificultades de acceso a miles de personas no se resolverán.**



Es un retroceso en los derechos de las personas. Consolida un modelo de monopolio que está provocando precios injustificados y enormes beneficios abusivos para las empresas farmacéuticas.

AAJM.

Según datos de la EFPIA, la patronal farmacéutica europea, en 2023 las ventas de medicamentos de las empresas afiliadas a su organización, ascendió a 274.545 millones de euros en los países de la Unión Europea (1).

Con precios de medicamentos genéricos, el gasto habría sido de 87.349 millones de euros. El resto, 131.025 millones es el SOBRE PRECIO que se paga en teoría para financiar la I+D.

Pero los gastos de investigación, según EFPIA, ascendieron solamente a 32.838 millones de euros en los países de la UE. Es decir, los BENEFICIOS ABUSIVOS ascienden a 98.187 millones de euros.

Este modelo no sirve a la sociedad, pero sí a las grandes empresas farmacéuticas: La mayor parte de la investigación que realizan no es innovadora sino incremental. No se investiga en las necesidades de salud de la población, ni en intervenciones no farmacológicas orientadas a la promoción de

la salud y la prevención de las enfermedades. El exceso de beneficio se dirige en parte a marketing (más que a I+D), con lo que se presiona a los médicos para recetar los medicamentos más caros, forzando una sobre prescripción que se puede estimar en un 30% del total de medicamentos consumidos.

Los precios abusivos impiden o retrasan el acceso a miles de pacientes y animan a las empresas a retirar y desabastecer medicamentos de precios menos caros.

Lamentablemente, ni el Consejo de la Unión Europea, ni el Parlamento Europeo, con la ponencia que ha llevado a cabo la eurodiputada del Partido Popular Dolors Montserrat, han dado respuesta a esta situación injusta para los pacientes y la sociedad, sino que la han reforzado. Es un gravísimo paso atrás.

El pasado 11 de diciembre la Comisión negociadora del Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea anunciaron

que habían alcanzado un acuerdo sobre la reforma de la legislación farmacéutica (2, 3, 4). El acuerdo debe ser ratificado y aún requiere la aprobación formal de los países miembros de la UE y del Parlamento Europeo.

Una primera valoración

En una primera valoración comprobamos como se ha perdido una gran oportunidad para hacer más justo el sector farmacéutico. Efectivamente, se consolidan los beneficios abusivos de la industria farmacéutica y no se adoptan medidas para evitar los precios exorbitantes que viene exigiendo por los nuevos medicamentos (hasta superar en ocasiones el millón de euros por tratamiento).

El acuerdo refuerza el monopolio de las empresas farmacéuticas, que es sin duda la causa principal del elevado precio de los nuevos medicamentos. El monopolio que concede la legislación a las empresas prohibiendo que se puedan comercializar otros medicamentos genéricos o biosimilares durante una serie de años, está en la raíz de una situación que compromete de forma grave la accesibilidad y asequibilidad de medicamentos y vacunas a nivel mundial.

Comentarios sobre algunos puntos particularmente relevantes del texto presentado

El antecedente inmediato

La legislación actual tiene dos mecanismos para establecer el monopolio.

Por un lado, las patentes de medicamentos, que impiden la comercialización de un medicamento genérico durante 20 años desde el registro de la patente (más la posibilidad de añadir 5 años con el Certificado de Protección Suplementaria).

Un segundo mecanismo que incluía la legislación europea reconocía 10 años de protección de mercado (protección de datos

y de comercialización, aunque hubiera caducado la patente). Con esta protección y el monopolio que se concede a las empresas, estas pueden fijar sobre precios por encima del coste de fabricación, con la justificación que con esos recursos financiarán la investigación. Sin embargo, como vimos antes, los precios fijados por las empresas están muy por encima de lo necesario para financiar la I+D. Son beneficios abusivos.

La propuesta de reforma

En su propuesta inicial de reforma, la Comisión Europea proponía reducir la protección de Datos y de Comercialización de 10 a 6 años. Todavía era exagerado, pero señalaba la buena dirección. Sin embargo, el acuerdo alcanzado por el Parlamento y el Consejo fijan 8 años de protección de datos, más uno de protección de comercialización, es decir, 9 años en total. Pero aún puede ampliarse la protección con un año más, si es una nueva indicación con beneficio significativo, y otro año más si es para enfermedades sin tratamiento actual, o si hay ensayos clínicos comparados en varios países de la UE, o si se lanza en los países de la UE. Es decir, de 10 años pasa a 11. En lugar de la propuesta inicial de reducción a 6 se ha ampliado el tiempo de monopolio, y por tanto se mantienen los beneficios abusivos.

Además, para enfermedades poco frecuentes (menos de 5 personas afectadas por cada 10.000 habitantes), se ofrecen 11 años de protección con un máximo de 13 años. Es necesario advertir aquí, como es habitual la estrategia de las empresas farmacéuticas de dirigir en una primera etapa sus nuevos medicamentos para fracciones de población, de tal manera que se puedan considerar medicamentos huérfanos, logrando así más tiempo de monopolio.

Y, por si fuera poco, en el caso de antibióticos se concede un “Bono de exclusividad transferible” (TEV por sus siglas en inglés) de 1 año de protección de mercado adicional, para un producto elegido por la

empresa que ésta puede aplicar a medicamentos, cuyas ventas brutas anuales no hayan superado los 490 millones de euros en los cuatro años anteriores. Este es sin duda un mecanismo perverso que altera gravemente el propio modelo. Es evidente que la línea lógica para la investigación de fármacos, para responder a la resistencia antibiótica, debería haber sido la investigación pública.

Aceleración de los procesos de autorización y comercialización

Por otra parte, la reforma modifica el sistema de regulación y acelera la autorización para la aprobación de medicamentos, reduciendo el plazo de 210 a 180 días para que la Agencia Europea del Medicamento (EMA) emita el dictamen correspondiente. Esta aceleración, demandada insistentemente por las empresas farmacéuticas, puede ir en detrimento de la calidad de las autorizaciones (cuando conocemos por numerosos trabajos de investigación el riesgo que supone de complicaciones y efectos secundarios, así como la evidencia que más de la mitad de las nuevas autorizaciones no aportan mejoras en los tratamientos).

El acuerdo, también incluye la aplicación de la “Excepción Bolar” que permite a los fabricantes de medicamentos genéricos participar en licitaciones públicas antes de que expire la patente del fabricante. Se amplía así el tiempo durante el cual pueden adoptar los fabricantes de genéricas medidas antes de su producción y comercialización. Esta medida está diseñada en parte para la industria fabricante de medicamentos genéricos.

Finalmente, otro elemento que incluye el acuerdo es el requisito de notificación en caso de escasez. Se establece la obligación de notificar con seis meses de antelación a la empresa farmacéutica responsable de la producción. En caso de previsión de escasez de un medicamento. Este denominado

requisito no tendrá ningún impacto. en los desabastecimientos que están en relación estrecha con procesos de falta de rentabilidad de un fármaco determinado entre otras causas.

La nueva legislación tampoco aborda y no corrige el problema de fondo de la Agencia Europea del Medicamento que es su dependencia de la industria al financiarse por las mismas empresas, en lugar de a través del presupuesto genera

Como conclusión consideramos que el acuerdo para la reforma de la legislación es un retroceso en los derechos de las personas. Se consolida un modelo de monopolio que está provocando precios injustificados y enormes beneficios abusivos para las empresas farmacéuticas: cerca de 100.000 millones de euros anuales que deberían servir para fomentar la investigación realmente innovadora, y para abaratar significativamente los precios, garantizando una producción local suficiente para asegurar el suministro.

La presión de lobby de la industria, financiada a través de los sobre precios abusivos, que pagamos todos y todos los ciudadanos, ha logrado una vez más frenar y revertir cambios necesarios. Con la legislación aprobada los precios de los nuevos medicamentos seguirán siendo abusivos, los desabastecimientos continuarán o se incrementarán, y las dificultades de acceso a miles de personas no se resolverán. Mientras y al mismo tiempo, el marketing de la industria seguirá presionando a los profesionales para una sobre prescripción que causa miles de muertes anuales en Europa por efectos adversos de medicamentos.

Sigue por tanto pendiente un cambio real que potencie la industria europea con una financiación justa y suficiente, que apueste por investigación pública orientada a las necesidades de salud, y que establezca plataformas de fabricación públicas para objetivos estratégicos.

1. Efpia. The Pharmaceutical Industry in Figures. Key Data 2025. <https://www.efpia.eu/media/uj0popel/the-pharmaceutical-industry-in-figures-2025.pdf>
2. Comunicado del Consejo de la Unión Europea <https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2025/12/11/pharma-package-council-and-parliament-reach-a-deal-on-new-rules-for-a-fairer-and-more-competitive-eu-pharmaceutical-sector/>
3. Comunicado del Parlamento Europeo <https://www.europarl.europa.eu/news/en/press-room/20251209IPR32110/deal-on-comprehensive-reform-of-eu-pharmaceutical-legislation>
4. Nota complementaria del Parlamento Europeo <https://www.europarl.europa.eu/news/en/press-room/20251209IPR32111/background-note-pharmaceutical-package-provisional-agreement-elements>

Lo aprobado en el Parlamento Europeo es una ampliación del tiempo de los monopolios con sus efectos abusivos



Imagen Por Diliif. Trabajo propio, CC BY-SA 3.0, <https://commons.wikimedia.org/wiki/index.php?curid=3597252>

ORIGINAL

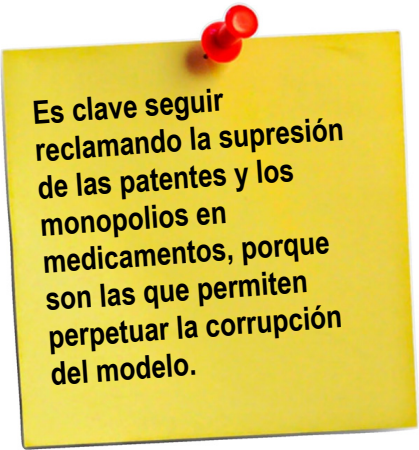
Sistemas sanitarios, medicamentos y patentes



Fernando Lamata Cotanda.

Presidente de la Comisión Editorial de la rAJM.

Este trabajo es una reflexión a posteriori sobre la ponencia que presenté en el seminario SIAP 2025, coordinado por el Equipo CESCA (ver n° 41 de esta revista), y tiene en consideración las distintas aportaciones y debates que se llevaron a cabo en este, lo que desde mi punto de vista constituye un mérito colectivo.



Es clave seguir reclamando la supresión de las patentes y los monopolios en medicamentos, porque son las que permiten perpetuar la corrupción del modelo.

El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, suscrito por España, establece que los Estados Partes deben adoptar medidas para garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, así como condiciones que promuevan el bienestar físico y mental de la población (actuando sobre los determinantes de salud).

Este derecho incluye la obligación de los Estados de garantizar que todos tengan acceso a medicamentos esenciales asequibles, particularmente aquellos que salvan vidas o son vitales para el bienestar.⁽¹⁾

Los SISTEMAS SANITARIOS, por su parte, son las organizaciones sociales y las instituciones que tratan de garantizar el derecho a la atención sanitaria.

Definen la cobertura. A qué personas está obligado a atender el Sistema Sanitario. Definen las prestaciones: En Salud Pública, en Atención Primaria, en Hospitalización, etc. Incluyendo la prestación Farmacéutica, y los medicamentos (cuáles y a qué precios).

Definen la fuente de financiación. Definen la cuantía del gasto sanitario público. Definen la organización y gestión del sistema. En España, por ejemplo, la organización se adapta al modelo autonómico, con algunas competencias estatales (como la política de medicamentos) y otras descentralizadas en

las CCAA. La gestión es mayoritariamente pública.

Establecen y regulan quién y con qué se llevan a cabo los servicios sanitarios: Tipo de profesionales, Tecnologías (incluyendo medicamentos) e Instituciones, incluyendo Centros de Salud, Hospitales y Oficinas de Farmacia.

Y definen los objetivos en resultados en salud y en satisfacción.

Entre todos estos elementos debe haber un equilibrio, una cierta armonía.

En España los datos sobre el Sistema Sanitario siguen siendo buenos. Pero hay síntomas de deterioro, que se iniciaron con los recortes provocados por la crisis financiera de 2008-2010: Así, desde 2010 se han duplicado los tiempos de espera para recibir atención. La valoración de la ciudadanía sobre el SNS ha empeorado notablemente, desde un 74% que pensaban que funcionaba bien o muy bien a un 54%.

Y entretanto el número de personas con seguros sanitarios privados se ha duplicado, llegando ya al 30%.

A pesar del deterioro, los resultados en salud del SNS mantienen un buen nivel. La

Esperanza de Vida al Nacer era de 84 años en 2023, la más alta de UE. Por otro lado, cuando accedes al servicio ⁽³⁾ la valoración de la atención recibida es buena o muy buena en 82,4% en AP, 81,7% en consulta de especialista y 81,4% en ingreso hospitalario. Notables y sobresalientes.

Es decir, el SNS tiene una inercia grande y aguanta. Pero sigue un lento proceso de deterioro que tenemos que revertir. Y aquí es clave la política del medicamento. Las ganancias abusivas de la IF rompen el equilibrio del sistema sanitario, lo parasitan y lo debilitan, condicionando y controlando la orientación del Sistema y de la práctica profesional, de tal manera que, como señalan Juan Gervas y Mercedes Pérez-Fernández en la revista AJM, “Las medicinas gobiernan la medicina”.

Porque, además, no estamos en terreno neutral, hay importantes poderes económicos interesados en la quiebra del Sistema Sanitario Público y su sustitución por un Modelo tipo EEUU, con una cobertura pública de menos del 50% y el resto con seguros privados (más o menos subvencionados), de diferentes niveles de calidad y diferentes catálogos de prestaciones, según las primas, y mucho más caro para el contribuyente y el conjunto de la sociedad.

En el marco los Sistemas Sanitarios, los MEDICAMENTOS forman parte del derecho a la atención sanitaria. Podemos preguntarnos si se cumple en España el derecho al acceso al medicamento. La respuesta es que en muchos casos NO, como señalan en el debate virtual Rosa Añol, Paco Abal, Antonio Granadilla o Luis Gimeno.

-Hay personas que necesitan y no pueden acceder, fundamentalmente por los copagos (un 4,6% de la población dejó de tomar medicamentos recetados en la sanidad pública, por motivos económicos; equivalente a más de 2 millones de personas).

-Pero, sobre todo, hay personas que consumen medicamentos innecesarios y, por lo tanto, perjudiciales (se estima en un 20% o más los medicamentos consumidos innecesariamente). Alrededor de 16.000 personas fallecen anualmente en España, “así como decenas de miles enferman y se hospitalizan”, por reacciones adversas a medicamentos ⁽¹⁴⁾.

Con la tecnología y el desarrollo económico mundial debería poder garantizarse el derecho al acceso al medicamento necesario, en España y en todo el mundo, y con precios justos. Sin embargo, el poder excesivo de la industria corrompe el sistema y lo debilita, perjudicando a la salud: bien por falta de acceso (a millones en el mundo pobre) o por exceso de medicación en el mundo rico. La industria fija precios abusivos y con el poder del beneficio decide en qué se investiga, cuánto produce, dónde lo fabrica, a quién vende. Define las enfermedades y los criterios diagnósticos. Influye en las Agencias de Autorización y Evaluación, en las revistas médicas, en las guías clínicas, en los profesionales y en su prescripción. Influye en los consumidores, en los medios de comunicación, en las asociaciones de pacientes... etc. etc.

¿Por qué pueden influir tanto, por qué tienen tanto poder?

Es importante ver la raíz del problema: ¿cuál es la causa de los precios y los beneficios abusivos? La industria repite una y otra vez su mantra: los medicamentos son caros porque tenemos que pagar la investigación que es muy cara. No es verdad. Los precios de los medicamentos cubren mucho más que los costes de investigación, y se determinan en función del máximo que esté dispuesto a pagar el paciente o el Servicio de Salud afectado. Se busca el máximo beneficio posible en un ejercicio de parasitación despiadada. Juanjo Sendín, Mercedes Pérez, Mayra Valenzuela y otros lo han señalado claramente en el debate virtual: la causa de los altos precios son LOS MONOPOLIOS que conceden las patentes. En efecto, las

patentes y otras exclusividades se otorgan por los gobiernos a las empresas farmacéuticas, prohibiendo durante un determinado número de años (20 o más) la comercialización de productos genéricos y biosimilares por los competidores, de manera que, durante esos años, las empresas originarias puedan poner precios más altos, sin competencia. La justificación de que los gobiernos concedan estos monopolios es, supuestamente, la financiación de la I+D. Actuarían como una especie de impuesto indirecto que los gobiernos permiten fijar y cobrar a las compañías farmacéuticas para financiar, supuestamente, la investigación, y que pagamos nosotros, ciudadanía y sistemas de salud.

Dicen las empresas que las patentes son la sangre de la innovación. No es cierto; como apunta José Ramón Loayssa, la mayor parte de la innovación proviene de I+D con financiación pública directa, en centros y laboratorios públicos. Y la Investigación que paga la industria, como veremos, la financiamos varias veces con los sobre precios.

Conviene recordar que las patentes de medicamentos no han existido siempre. En España estaban prohibidas hasta 1992. Y en el mundo la generalización de las patentes de medicamentos se produjo en 1994, con el acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de la Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio, el ADPIC. Un acuerdo impuesto por las empresas farmacéuticas y los gobiernos de EEUU, Suiza y otros países del Norte. Ahora bien, las empresas no aumentaron su investigación innovadora, sino que priorizaron sus objetivos comerciales y la compra de resultados de investigación hecha en centros públicos. Las patentes en medicamentos no sirvieron para aumentar la investigación, sino para aumentar las ganancias.

Como era previsible, en el campo del medicamento se produce sistemáticamente un abuso de posición dominante, un abuso del monopolio, exigiendo las empresas

precios mucho más altos de lo que sería necesario para financiar la I+D. Insisto: los precios altos no son para pagar la investigación, son para obtener unos beneficios exagerados, parte de los cuales destinan a marketing y acciones de lobby, para mantener el modelo actual. De hecho, gastan más en marketing que en I+D. Otra parte la destinan a recompra de acciones y remuneraciones extraordinarias a los accionistas y los ejecutivos. También destinan a estos cometidos más dinero que a I+D.

Y los gobiernos lo permiten, aunque esa no era la finalidad del supuesto “incentivo” a la investigación, que se ha pervertido progresivamente.

¿Por qué las empresas suben los precios de los nuevos medicamentos exageradamente con el monopolio? Porque quieren maximizar sus ganancias, y porque los pacientes sienten que necesitan ese producto. Les va la vida en ello. En efecto: una madre da todo lo que tenga si es para salvar a su hijo. Cuando se trata de un medicamento, si es un paciente privado, se endeudará hasta declararse en quiebra, y, si es un sistema de salud, los pacientes le presionarán para que el gobierno acepte pagar lo que le pidan, endeudándose o dejando de financiar otros servicios. Es la bolsa o la vida, un robo a mano armada. Con la peculiaridad de que, en este caso, la víctima (nosotros) le damos el arma al atracador (con las patentes y los monopolios).

Por su parte, los directivos de las empresas tenderán inevitablemente a poner el precio más alto posible, lo más alto que puedan pagar los consumidores. ¿Por qué? Como señala Juanjo Rodríguez Sendín: Porque se lo exige la lógica del mercado, la codicia. Se lo exigen sus accionistas principales que, en las grandes empresas farmacéuticas, son enormes gestoras de fondos de inversión, como Blackrock Finance, State Street Corporation, Vanguard group, y otras entidades financieras. El objetivo declarado de estos grandes accionistas es maximizar

“Dicen las empresas que las patentes son la sangre de la innovación. No es cierto; como apunta José Ramón Loayssa, la mayor parte de la innovación proviene de I+D con financiación pública directa, en centros y laboratorios públicos. Y la Investigación que paga la industria, como veremos, la financiamos varias veces con los sobre precios.”



beneficios, no mejorar la salud. El medicamento se convierte así en un producto financiero, especulativo, ya que, además de las ganancias por ventas, se genera otro enorme beneficio por revalorización de acciones, que en no pocas ocasiones se induce por la recompra que hacen las mismas empresas de dichas acciones con las ganancias abusivas de los sobre precios. Un círculo vicioso perfecto.

Entonces: ¿Por qué los gobiernos no frenan el abuso de patentes y cambian el modelo de financiar la I+D?: porque no saben, porque no quieren o porque no pueden: porque no saben (cortos periodos de gobierno (una ministra/ministro de sanidad cada año y medio); narrativa dominante brutal: “ha sido siempre así, no puede ser de otra manera, creamos empleo, invertimos en I+D”, etc.),

porque no quieren (sensación de impotencia, “no vamos a poder hacer nada”, que lleva a no entrar en el tema y ocuparse de otras cosas; presión mediática; o directamente puertas giratorias y soborno), o porque no pueden (lo intentan pero les frenan: presión diplomática, comercial, industrial, como el Informe Especial 301 de la Oficina de Comercio del Presidente de los EEUU y la imposición de aranceles, la presión de Suiza con Imatinib en Colombia, etc).

Aunque también conviene no olvidar que a veces sí se ha podido: por ejemplo, los genéricos para luchar contra el Sida en Sudáfrica con el liderazgo de Mandela y una gran movilización social, los genéricos de sofosbuvir para la Hepatitis C en Egipto, Licencias Obligatorias de medicamentos contra el Sida y el cáncer en varios países, o

el caso Mediator y la Doctora de Brest, Irène Frachon, el caso rofecoxib y el Profesor Laporte, el desarrollo y producción pública de CAR-T en el Clínic o de la terapia celular NC1 en Puerta de Hierro, y otros muchos.

¿Cómo de grande es el abuso de la IF? Siguiendo la metodología del profesor Dean Baker ⁽¹⁰⁾, para estimar qué cantidad suponen los sobre-precios, calculamos lo que pagaríamos por todos los medicamentos a precio de genérico o biosimilar, en condiciones de competencia real. Así, en España, el sobre-precio en medicamentos originales que pagó el SNS y pagamos los pacientes, por encima de los costes de fabricación y de un beneficio industrial medio, ascendió a 12.364 M€ en 2023, y de esa cantidad las empresas destinaron como mucho a I+D 1.500 M€. El resto, 10.864 M€, se lo embolsaron como beneficios abusivos, que destinaron a otros fines. Para hacernos una idea esa cantidad es más de lo que se destinó a pagar a todo el personal de AP en la sanidad pública en España.

El profesor Andrew Hill, de la Universidad de Liverpool, ha demostrado que los antivirales de acción directa para la Hepatitis C tienen un coste de fabricación y de I+D de menos de 300 euros por tratamiento, pero en España pagamos un precio medio de 20.000 euros por tratamiento para más de 100.000 personas. Pagamos más de 2.000 millones por lo que costaba 30 ¿Por qué? Así ocurre con otros muchos medicamentos, como el recientemente aprobado Lenacapavir, para tratamiento VIH SIDA, que cuesta 30 euros tratamiento y pagamos a 20.000 euros ^(11, 12).

El problema de los altos precios de los medicamentos de marca se agrava porque las empresas de genéricos (a veces conectadas accionarialmente con las originarias) en lugar de competir para acercar los precios al coste de fabricación mantienen precios altos, cercanos a los de marca original, con estrategias de cártel que deberían ser vigiladas por el Ministerio de Sanidad y sancionadas por las autoridades de la competencia.

Como resultado, en 2023 el gasto sanitario público total (EGSP) ascendió a 97.661 M€. De esta cantidad, 23.224 M€ se gastaron en medicamentos.

Es decir, el gasto público en medicamentos supuso cerca un 24% sobre el gasto sanitario público total, casi el doble que en AP. El gasto farmacéutico debería ser, como máximo, la mitad. Y, sin embargo, sigue creciendo.

Una mala política de medicamentos influye negativamente en el Sistema Sanitario y en la práctica profesional (como se ha visto en el debate virtual de este SIAP) y como señalan es sus comentarios Ana Mª Furio (que habla de “merma”), Paco Abal (que habla de “estrangulamiento”), Antonio Granadilla (apuntando que impide financiar áreas más necesarias como la AP). Pero no solo restan recursos de otras partidas necesarias, lo cual ya es muy grave, sino que, como apuntan Roberto Colino, Joan Ramon Laporte o Luis Gimeno, corrompen el sistema, capturan la inteligencia del sistema, impactan negativamente en la profesionalidad y la ética, y medicamentan la atención sanitaria y la sociedad.

Además, como recuerda José Ramón Loayssa, al exceso de gasto por sobre precios se debe añadir el gasto por sobre prescripción, utilización inadecuada y excesiva, que podemos estimar en otros 6.140 M€ anuales en 2023 (suponiendo que un 20% de los medicamentos totales prescritos son innecesarios).

¿Existen ALTERNATIVAS a esta política de medicamentos?

Hay alternativas. Se pueden y deben poner en marcha iniciativas puntuales (como se ha visto en el debate virtual del SIAP y se verá a lo largo de las sesiones presenciales), y, si es posible se debe elaborar una estrategia a medio y largo plazo, de ámbito nacional o

internacional, en la que participen distintas organizaciones. El esquema que propone Mikel Baza, con 5 medidas para mejorar el uso del medicamento, orientadas a cada uno de los colectivos (profesionales, gestores, sociedades científicas, legisladores y gobernantes, asociaciones de pacientes, pacientes y familiares), me parece una muy buena síntesis.

Entre las distintas propuestas planteadas insistiré que considero clave seguir reclamando la supresión de las patentes y los monopolios en medicamentos, porque son las que permiten perpetuar la corrupción del modelo: si no suprimimos los monopolios, la IF seguirá aumentando la munición para sus políticas de marketing y lobby. Para cambiar el modelo de monopolios en medicamentos se precisan cambios en la UE y en organismos internacionales (OMS; OMC). Son decisiones de ámbito global, de medio o largo plazo. Pero son cambios posibles, que deben promover los gobiernos nacionales. Nosotros podemos recordar a nuestro gobierno la necesidad de plantear estas cuestiones, y podemos colaborar creando conciencia y presionando en la medida de nuestras posibilidades, mientras avanzamos en otra serie de medidas concretas y de corto plazo.

El Instituto de Salud Carlos III en España, los Institutos Nacionales de Salud en EEUU (antes de Trump), o los Programas de investigación en la Unión Europea contienen elementos de lo que podría ser un nuevo modelo de financiación y desarrollo público de la I+D a nivel global. Hay que avanzar en esa dirección. Es un cambio viable que permitiría ahorrar globalmente un billón de dólares anuales en gasto farmacéutico abusivo, y destinar estos recursos a otras finalidades sanitarias, sociales y medioambientales.

En conclusión: Las experiencias compartidas en el debate virtual permiten afirmar que es posible el cambio, como recuerda Sendín: en lo local, en lo concreto y lo cercano, con las decisiones personales de cada una de

nosotras y de nosotros, y presionando a nuestras Asociaciones, Sociedades, Colegios, Organizaciones, para que introduzcan cambios en sus comportamientos. Y, en lo global, tratando de concienciar y generar la movilización de la ciudadanía para que presione en los ámbitos de gobierno regional, nacional y global. Es posible seguir defendiendo y mejorando un buen Sistema Sanitario público, con un equilibrio saludable, que contribuya a garantizar el derecho a la atención sanitaria de calidad para todas y todos.

No es nada fácil. Pero en el debate virtual hemos visto mucho compromiso, mucho conocimiento, y mucha energía para el cambio. La industria tiene mucha fuerza, pero nosotros somos muchos más. Y cada vez que una de nosotras y de nosotros toma conciencia, cambia el mundo. Ese es el punto de partida.

Y cuando vengan mal dadas recordad las palabras de José Agustín Goytisolo a su hija Julia: nunca te entregues, ni te apartes junto al camino, nunca digas no puedo más y aquí me quedo. Otros esperan que resistas, que les ayude tu alegría, tu canción entre sus canciones.

Referencias

- (1) Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general nº 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). 11 de agosto 2000. <https://www.refworld.org/es/leg/coment/cescr/2000/es/36991>
- (2) Eurostat Database, Gasto Sanitario Público. Consultada 28 agosto 2025. <https://ec.europa.eu/>

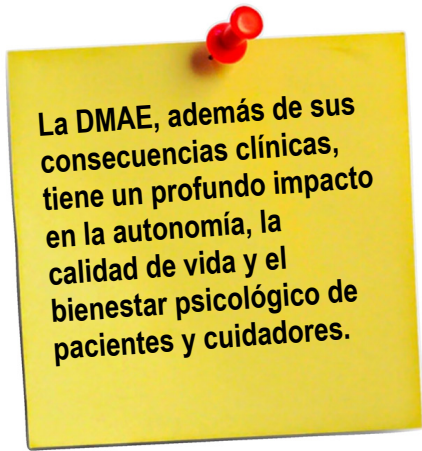
- [eurostat/databrowser/view/hlth_shall_hf_custom_1721907/0/default/table?lang=en](https://eurostat.databrowser/view/hlth_shall_hf_custom_1721907/0/default/table?lang=en)
- (3) (3). Ministerio de Sanidad. Barómetro Sanitario CIS, 2025 (primera oleada). https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2025/BS_2025_1a_oleada/es3509mar.pdf
 - (4) Ministerio de Sanidad. Sistema de información sobre listas de espera en el SNS. Diciembre 2024.
 - (5) Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro de Septiembre 2025. https://www.cis.es/documents/d/cis/es3524vpMT_a
 - (6) Eurostat Database, Esperanza de Vida al Nacer. Consultada 22 agosto 2025. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_mlexpec/default/table?lang=en&category=demo.demomor
 - (7) OECD. Health at a Glance: Europe 2024. Mortalidad prevenible y tratable. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html
 - (8) Lamata F et al. Medicamentos: ¿derecho humano o negocio? Díaz de Santos, Madrid, 2017.
 - (9) Prescrire's ratings of new drugs in 2022. Prescrire international 2023. <https://english.prescrire.org/en/81/168/66185/0/NewsDetails.aspx>
 - (10) Baker D. Drugs are cheap. Why do we let governments make them expensive? Center for Economics and Policy Research. February 2017.
 - (11) <https://www.cepr.net/drugs-are-cheap-why-do-we-let-governments-make-them-expensive/>
 - (12) Hill A. What is the real price of medicines?, 2019. <https://accesojustomedicamento.org/wp-content/uploads/2019/07/Andrew-hill.pdf>
 - (13) Els Torreele. Why are our medicines so expensive? Spoiler: Not for the reasons you are being told... Eur J Gen Pract. 2024 Feb <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10836477/>
 - (14) Ministerio de Hacienda. Indicadores sobre gasto farmacéutico y sanitario. Consultado 22 agosto 2025. <https://www.hacienda.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/EstabilidadPresupuestaria/InformacionAAPPs/Indicadores-sobre-Gasto-Farmac%C3%A9utico-y-Sanitario.aspx>
 - (15) Laporte JR. Crónica de una sociedad intoxicada. Editorial Península. 2024.
 - (16) Dictamen: aprobado Pleno del Congreso 22 de julio 2020, mayoría amplia. https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf
 - (17) Ley del medicamento. <https://www.boe.es/buscar/act.php?>

ORIGINAL

Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE): Un desafío socio-sanitario del siglo XXI en España

Ana Isabel Rigueira García.

Adjunta Servicio de Farmacia Hospitalaria,
Hospital Universitario San Agustín – SESPA.



La DMAE, además de sus consecuencias clínicas, tiene un profundo impacto en la autonomía, la calidad de vida y el bienestar psicológico de pacientes y cuidadores.

1. Introducción

La degeneración macular asociada a la edad (DMAE) es la principal causa de ceguera legal irreversible en personas mayores de 65 años en Europa. La prevalencia y la carga social tienen una tendencia creciente en consonancia con la tendencia del envejecimiento poblacional.

Esta patología ocular se caracteriza por la degeneración progresiva e irreversible de la mácula, la región central de la retina responsable de la visión central de alta resolución y el reconocimiento de colores, si bien la visión periférica se preserva en general.

La progresión de la DMAE, a menudo, es asintomática e indolora en sus estadios iniciales. Esta característica implica que el paciente no puede percibir la pérdida de visión hasta que el daño es irreversible o muy evidente, lo que puede demorar el inicio de un tratamiento efectivo.

Clínicamente la DMAE se clasifica en dos formas:

- DMAE seca o atrófica (85-90% de los casos): Caracterizada por la presencia de drusas y atrofia del epitelio pigmentario de la retina. Actualmente, no existe tratamiento

farmacológico aprobado en Europa para esta forma.

- DMAE húmeda o neovascular (DMAEn) (10-15% de los casos): Es la responsable aproximadamente del 90% de los casos de ceguera grave. Se caracteriza por neovascularización de la membrana coroidea (NVC), que provoca formación de vasos sanguíneos anormales, más frágiles y permeables. Esto tiene como consecuencia fugas de líquido y hemorragias bajo la mácula, causando una pérdida de visión rápida y severa.

La respuesta a la DMAE exige un abordaje integral que combine prevención rigurosa, la implementación eficiente de tratamientos innovadores y un robusto soporte social. Esta complejidad requiere coordinación efectiva de recursos y optimización terapéutica.

Este artículo tiene como objetivo exponer la complejidad de la atención sociosanitaria de la DMAE, particularmente en su forma neovascular, analizando el equilibrio entre las intervenciones terapéuticas, la coordinación intersectorial y la necesaria adaptación familiar y ambiental ante una patología actualmente irreversible y

discapacitante, que afecta predominantemente a personas mayores.

2. Prevalencia, incidencia y factores de riesgo

La prevalencia de DMAE aumenta con la edad, pudiendo alcanzar el 13,1% en mayores de 85 años. En estudios europeos, la incidencia de DMAE temprana a 15 años es del 22,7% y la incidencia de DMAE avanzada, del 6,8%, siendo mayor en mujeres^{[i], [ii], [iii]}.

En España, los datos de prevalencia son limitados. Una cohorte de 119.877 sujetos (2013-2019) reveló una prevalencia de DMAE (en cualquier ojo y de cualquier gravedad) del 7,6%, con un 2,0% de casos avanzados. Esto parece una frecuencia inferior a la de otros países europeos, con una distribución también sustancialmente distinta en cuanto a subtipos: menos prevalencia de casos tempranos e intermedios, pero mayor en casos avanzados. El sexo femenino y la edad más avanzada se asociaron significativamente con una mayor prevalencia de la enfermedad. Curiosamente, la miopía y la diabetes se relacionaron con una probabilidad significativamente menor de padecer cualquier tipo de DMAE en este estudio^[iv].

Los principales factores de riesgo en Europa son:

- Edad avanzada: el riesgo aumenta exponencialmente^{1, [v], [vi]}.
- Predisposición genética^[vii].
- Estilos de vida: el tabaquismo duplica el riesgo, mientras que se han estudiado como factores protectores la dieta mediterránea y el consumo de antioxidantes (luteína, zeaxantina y ácidos grasos omega-3)^{1-3,6}.
- Otros factores: hipertensión y la exposición a la luz ultravioleta y antecedentes familiares también se ha barajado como factores agravantes.

Además se ha sugerido una posible asociación entre DMAE y deterioro neurodegenerativo, ya que ambas enfermedades comparten factores de riesgo y mecanismos patogénicos, como la edad avanzada y el estrés oxidativo^{5,7}. No obstante, prácticamente no se dispone de la evidencia directa y cuantificada de comorbilidad con demencia.

3. Carga sociosanitaria y económica

La DMAE neovascular genera un impacto significativo que trasciende el problema oftalmológico, afectando la autonomía, el bienestar psicológico de pacientes y cuidadores, y la sostenibilidad económica del sistema.

3.1.- Impacto sobre la independencia y salud mental

La pérdida de visión central es un factor de riesgo para el aislamiento social, pérdida de autonomía, la depresión, el deterioro cognitivo asociado a la reducción de estímulos visuales y, en última instancia, el ingreso en residencias geriátricas y la disminución de calidad de vida relacionada con la salud.

Las preocupaciones principales de los pacientes con DMAE son: miedo a la ceguera y temor a la dependencia, ambas con puntuaciones superiores a 4 (escala de 1 a 5); el 71% de los pacientes presenta ansiedad pre-inyección, y percepción de tiempos de espera largos (72%). Las comorbilidades se perciben como barrera adicional (10% de pacientes) y el 63% invierte de 3 a 5 horas para acudir a la consulta, por lo que la logística de desplazamiento es un principal obstáculo para garantizar continuidad terapéutica^[viii].

Los pacientes con DMAE, especialmente aquellos con superior pérdida visual, atrofia geográfica o afectación bilateral/subfoveal, presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar depresión y ansiedad^{[ix], [x], [xi]}. Este riesgo es más acusado en mujeres, en el

grupo de edad de 50-70 años y en aquellos con mayor discapacidad visual. La calidad de vida reducida y la limitación funcional actúan como factores mediadores clave. Se recomienda el cribado sistemático de estos trastornos en las consultas oftalmológicas 9,11,[xii]. Los estudios multicéntricos y metaanálisis son los que confirman que la prevalencia de depresión y ansiedad es superior en pacientes con DMAE respecto a controles [xiii], mientras que algunos estudios poblacionales de personas con buena agudeza visual no encuentran asociación significativa entre DMAE y depresión, lo que afianza la probable relación entre el grado de afectación visual y los problemas de salud mental [xiv],[xv].

3.2.- Discapacidad visual y dependencia

La DMAE es una de las principales causas de discapacidad visual severa en mayores de 65 años, lo que se traduce en:

- pérdida de capacidad para lectura y actividades que requieren visión de detalle.
- dificultad para reconocimiento, facial lo que afecta a las relaciones sociales.
- imposibilidad de conducir, limitando la movilidad independiente.
- mayor riesgo de caídas y fracturas por dificultad en la percepción de profundidad.

Una tesis española concluyó que, a pesar del tratamiento crónico con anti-VEGF, los pacientes con DMAE tienen peor calidad de vida relacionada con la visión que los pacientes del grupo control (con DMAE precoz o intermedia), presentan más metamorfopsias (distorsión visual, que altera la percepción de los objetos en el campo visual) y peor sensibilidad al contraste, aunque la alteración fisiológica de la mácula y de las fibras nerviosas de la retina sea similar. La calidad de vida de los pacientes con DMAE se relaciona directamente con la mejor agudeza visual corregida (MAVC) binocular lejana y con el número de

inyecciones intravítreas recibidas durante el primer año de tratamiento, e inversamente con la edad, el número total de inyecciones y la duración del tratamiento [xvi].

3.3.- Carga para cuidadores y sistema familiar

La dependencia generada por la DMAE recae habitualmente sobre el entorno familiar más cercano, que asume un rol de cuidador no profesional (familiares directos, como cónyuges o hijos).

Los cuidadores informales experimentan una carga significativa relacionada con:

- acompañamiento a consultas médicas frecuentes y asistencia para desplazamientos y gestiones, incluyendo los desplazamientos a hospital para tratamiento.
- pérdida de productividad laboral.
- impacto emocional (ansiedad) y tiempo invertido en el proceso asistencial.
- apoyo para actividades de la vida diaria (lectura de documentos, manejo de medicación) y especial supervisión para prevenir accidentes domésticos [xvii],[xviii],[xix].

Esta carga se incrementa cuando el paciente presenta mayor dependencia funcional y peor agudeza visual [xx], pero parece independiente de la situación de institucionalización, aunque los estudios en personas ingresadas en residencias son limitados. El acompañamiento a las visitas médicas y la organización del transporte son tareas que se perciben como contribuyentes relevantes a la carga del cuidador^{17,19}.

El impacto emocional y la ansiedad asociada al tratamiento y a la progresión de la enfermedad también afectan a los cuidadores¹⁸, repercute negativamente en su calidad de vida y requiere el desarrollo de estrategias de afrontamiento ante los

cambios de comportamiento del paciente [\[xxi\]](#).

3.4.- Carga económica social y personal

La carga económica de la DMAE en Europa es considerable y se prevé que aumente. El coste social incluye el gasto sanitario directo, la pérdida de productividad y la necesidad de cuidados a largo plazo ^{1,2,5}.

En España, el coste medio anual de la DMAEn se estimó en 17.265€, 15.403€ y 14.465€ por paciente durante el primer, segundo y tercer año de tratamiento tras el diagnóstico, respectivamente. Hubo un coste único adicional de 744€ asociado al diagnóstico de DMAE no relacionada con la edad [\[xxii\]](#).

- Los costes sanitarios directos representan la mayor parte del coste anual total por paciente, independientemente del año de tratamiento desde el diagnóstico (48% en el primer año; 42% en el segundo año; 39% en el tercer año).
- Los costes directos no sanitarios (necesidad de cuidados, transporte) también tienen una contribución significativa, y además creciente con el paso del tiempo (32% en el primer año; 35% en el segundo año; 37% en el tercer año).
- Los costes intangibles son menos onerosos (20% en el primer año; 2 % en el segundo año; 2 % en el tercer año).
- la contribución de la pérdida de productividad laboral de los pacientes fue menos destacable.

La introducción reciente de terapias de mayor precio, como el faricimab y las jeringas precargadas, posiblemente haya alterado la relación entre estos costes.

4. Intervención terapéutica

4.1. Terapias Anti-VEGF: El pilar del tratamiento (sólo para DMAEn)

Aunque la DMAE seca carece de tratamiento, la DMAE exudativa experimentó un cambio paradigmático en el siglo XXI, con la aparición de las terapias que permitieron controlar las consecuencias de una enfermedad previamente destinada a producir ceguera. El pilar fundamental del tratamiento para la DMAEn son los fármacos inhibidores del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular (anti-VEGF), administrados como inyección intravítrea en intervalos mínimos de 4 semanas.

Estos agentes actúan bloqueando el VEGF-A, una proteína pro-angiogénica que estimula el crecimiento de vasos sanguíneos patológicos y aumenta la permeabilidad vascular, mecanismos centrales de la DMAEn.

Los agentes de primera línea son Bevacizumab (2002), Ranibizumab (2017) y Aflibercept (2012). Recientemente, se han comercializado Brolucizumab (2020) y Faricimab (2022), éste último con un mecanismo dual al inhibir simultánea e independientemente la Ang-2 y el VEGF-A. Bevacizumab se orientó al tratamiento oncológico, y nunca ha tramitado formalmente su solicitud para tener indicación como tratamiento de la DMAE ni ante la FDA ni ante la EMA, por lo cual se ha venido usando fuera de ficha técnica (off label). Hay nuevas terapias en investigación, como tratamientos implantables o de administración de liberación prolongada, que se espera que permitan disminuir considerablemente la frecuencia de dichas visitas, argumento clave en la estrategia de marketing comercial.

Las características diferenciales de los fármacos se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Comparación de Agentes Anti-VEGF para DMAE neovascular

Fármaco y presentación	Dosis	Pauta Mantenimiento Típica	Eficacia	Riesgos de Seguridad Ocular Relevantes	Diferenciador / Ventaja Comercial
Ranibizumab solución 10 mg/mL -Jeringa precargada 1,65 mg en 0,165 mL -Vial 23 mg en 0,23 mL	0,5 mg (0,05 mL)	Flexible (4-12 semanas)	Ganancia \geq 15 letras y mantiene visión	Inflamación intraocular Riesgo asociado a la manipulación estéril (si redosificación de vial).	Buen perfil de seguridad sistémica potencial
Aflibercept HD solución 114 mg/mL - Jeringa precargada 21 mg en 0,184 mL - Vial 30,1 mg en 0,263 mL	8 mg (0,07 mL)	Flexible (cada 4-8 semanas tras cara inicial)	Ganancia \geq 15 letras y mantiene visión Mayor reducción anatómica de grosor retiniano	Inflamación intraocular Riesgo asociado a la manipulación estéril (si redosificación de vial).	Mayor beneficio en peor AV inicial
Aflibercept solución 40 mg/mL - Jeringa precargada 6,6 mg en 0,165 mL - Vial 4 mg en 0,1 mL - Vial 11,12 mg en 0,278 mL	2 mg (0,05 mL)				
Bevacizumab solución 25 mg/mL -Vial 100 mg en 4 mL -Vial 400 mg en 16 mL	1,25 mg (0,05 mL)	4-6 semanas inicialmente. Flexible según respuesta	Ganancia \geq 15 letras y mantiene visión	Posible mayor incidencia de eventos adversos sistémicos Riesgo asociado a la manipulación estéril de vial.	Sin indicación terapéutica formal. Coste significativamente menor
Brolucizumab solución 120 mg/mL - Jeringa precargada 19,8 mg en 0,165 mL - Vial 27,6 mg en 0,23 mL	6 mg (0,05 mL)	Flexible (8-12 semanas)	No inferior a aflibercept, superior en resolución de fluido y reducción de grosor retiniano	Mayor riesgo de inflamación intraocular y vasculitis retinal. Riesgo asociado a la manipulación estéril (si redosificación de vial).	Mayor durabilidad por menor peso molecular y mayor penetración tisular. Intervalos de dosificación más largos
Faricimab solución 120 mg/mL -Jeringa precargada 21 mg en 0,175 mL -Vial 28 mg en 0,24 mL	6 mg (0,05 mL)	Flexible (8 -16 semanas)	No inferior a aflibercept	Vasculitis/Oclusión vascular retiniana. Riesgo asociado a la manipulación estéril (si redosificación de vial).	Permite intervalos de dosificación más largos

En estudios comparativos en vida real y meta-análisis recientes, los cinco fármacos anti-VEGF (Bevacizumab, Ranibizumab, Aflibercept, Brolucizumab y Faricimab) muestran eficacia visual similar en el tratamiento de la DMAE, sin diferencias clínicamente relevantes en la ganancia de agudeza visual [i],[ii],[iii],[iv],[v],[vi]. A igualdad de ganancia visual, el número de inyecciones tiende a ser ligeramente mayor con Ranibizumab y Aflibercept respecto a Bevacizumab [vii].

En cuanto a resultados anatómicos, Aflibercept y Brolucizumab tienden a mostrar mayor reducción en el grosor retiniano central comparado con Ranibizumab, aunque la diferencia es pequeña y de relevancia clínica limitada ^{24,26}. Los fármacos de comercialización más reciente han llegado al panorama sanitario cuando se han empezado a comercializar biosimilares. Faricimab ha sido acogido con gran expectativa por su posibilidad posológica, pero se requieren datos a mayor

largo plazo para comprobar los resultados en el mundo real y detectar diferencias en eventos adversos poco frecuentes, efectos acumulativos o la durabilidad real en una patología crónica como la DMAE [viii].

- Respecto a la seguridad, los eventos adversos graves oculares y sistémicos son poco frecuentes y similares entre los agentes, aunque algunos estudios sugieren que Aflibercept podría tener un perfil de seguridad ocular ligeramente más favorable a dosis estándar frente a Faricimab y Ranibizumab ^{24,28,[ix]}. Brolucizumab ha mostrado mayor riesgo de inflamación intraocular y vasculitis retinal en fase postcomercialización. Con Faricimab también se han comunicado eventos raros de vasculitis retinal y vasculitis oclusiva. En la experiencia post-comercialización y en series de casos; la tasa estimada es de 0,06 por 10.000 inyecciones para vasculitis oclusiva y 0,17 por 10.000 para cualquier vasculitis retinal [x]. El manejo clínico incluye la suspensión definitiva del fármaco y

tratamiento antiinflamatorio, aunque la mayoría de los casos son leves y autolimitados [xi].

Los factores de riesgo para los efectos adversos de vasculitis retinal e inflamación intraocular son la presencia de anticuerpos antimedamento, la historia clínica de oclusión vascular retinal previa y el tiempo desde que se ha iniciado el tratamiento, ya que se suelen presentar en la fase de carga. En Brolucizumab además predomina en mujeres y personas con diabetes; y en Faricimab se relaciona con edad avanzada [xii], [xiii], [xiv], [xv], [xvi].

Se necesitarían estudios que aborden las barreras y resultados clínicos en subgrupos vulnerables, como los residentes en geriátricos, pero hasta la fecha no se han publicado análisis comparativos directos [xvii].

La selección de agentes anti-VEGF en los protocolos hospitalarios españoles responde a una matriz multifactorial que integra consideraciones presupuestarias, características oftalmológicas individuales, patrones de respuesta documentados en evaluaciones previas y disponibilidad de infraestructura diagnóstica.

4.2. Eficacia en relación con la forma de administración

El tratamiento de la DMAE en general comienza con una fase de inducción o dosis de carga (típicamente tres inyecciones de administración mensual). Posteriormente, se emplean diferentes regímenes de mantenimiento:

- Pauta mensual o bimensual: Inyecciones regulares.
- Pro Re Nata (PRN): Se realizan visitas mensuales para exámenes clínicos, incluida

Tomografía de Coherencia Óptica (OCT), y la inyección solo se administra si se detecta actividad o recurrencia de fluido. Después del tratamiento inicial y la estabilización de la enfermedad, existen estrategias diseñadas para limitar la prórroga del tratamiento. Este

enfoque se evaluó con Ranibizumab y Bevacizumab y se encontró que conlleva menos inyecciones, con resultados visuales equivalentes en comparación con las inyecciones mensuales. Sin embargo, los pacientes tratados de esta manera deben tener un seguimiento estrecho indefinido para no pasar por alto la reaparición de la enfermedad.

- Treat and Extend (T&E): Es el régimen estándar. Se administra una inyección en cada visita y el intervalo entre dosis se extiende gradualmente si la enfermedad está controlada, hasta 8, 10, 12 o incluso 16 semanas, según el agente y la estabilidad clínica. Los patrones de tratamiento T&E son altamente individualizados; los datos muestran que muchos pacientes requieren una frecuencia de inyecciones superior a bimensual en el primer año para mantener la estabilidad [xviii]. Este enfoque puede disminuir el número de inyecciones y visitas médicas, manteniendo una mejora visual comparable en comparación a la dosificación a intervalos fijos [xix].

Los regímenes "treat-and-extend" (T&E) y PRN logran resultados funcionales similares a los mensuales, pero con menos inyecciones, especialmente con Aflibercept ⁴¹, [xx]. No obstante, se desconoce la frecuencia óptima para las inyecciones. La evidencia sugiere que la frecuencia de inyecciones y la adherencia al tratamiento son determinantes clave del resultado visual a largo plazo [xxi]. Por esta razón, la movilidad reducida, la falta de acompañantes o cuidadores y la carga de visitas pueden afectar negativamente la adherencia, especialmente en personas mayores o con dependencia³⁰, [xxii], [xxiii]. Estos estudios no desglosan los resultados según el lugar de residencia y apoyos sociales.

4.3.- Retos profesionales en la preparación y administración de los Inyectables Intravítreos

El proceso de tratamiento de la DMAE en es un procedimiento quirúrgico estéril en el que tiene una participación crucial la Farmacia

Hospitalaria. Existen varias posibilidades para la dispensación de los fármacos partiendo de las presentaciones comercializadas, y con distinta implicación profesional.

Todos los fármacos anti-VEGF –menos Bevacizumab– han comercializado dos presentaciones: por un lado, la jeringa precargada y lista para uso y, por otro, el vial, que contiene una cantidad de principio activo muy superior a la dosis necesaria y que requiere carga de esta dosis en una jeringa para proceder a la administración. La preparación y la dispensación de inyectables intravítreos redosificados a partir de los viales es una práctica extendida por su ventaja económica y la minimización de residuos, ya que de un vial se pueden extraer varias dosis con máximo aprovechamiento. Sin embargo, son procesos de alto riesgo y su utilización requiere procedimientos específicos de reconstitución y manejo estéril, que se diferencian de agentes prefabricados, demandando una formación técnica más exigente del personal de enfermería y una supervisión farmacéutica intensificada para garantizar seguridad en la preparación de dosis, con cumplimiento riguroso de las Buenas Prácticas de Preparación (BPP). La complicación más temida es la endoftalmitis, aunque es muy rara [xxiv]. El consentimiento informado del paciente debe de redactarse teniendo en cuenta los riesgos añadidos.

En el proceso de redosificación del vial, el personal de la farmacia del hospital debe garantizar que la jeringa que llega al quirófano oftalmológico esté libre de contaminación microbiana y partículas. Esto impone una logística de rigor extremo, donde los controles de calidad (ausencia de turbidez, partículas, cristalización) son esenciales para garantizar la seguridad de cada dosis dispensada. Como contrapartida, la jeringa precargada se presenta como un facilitador de la seguridad al evitar la manipulación manual de la dosis por el personal clínico, eliminando errores de dosificación y reduciendo el riesgo de

contaminación, al menos en la fase de preparación.

La elección del continente de redosificación (jeringas) también es un tema importante: se debe garantizar que la jeringa tenga marcado CE y que esté aprobada explícitamente para uso intraocular por el fabricante, preferentemente libres de lubricante (silicona) o, si no es posible, con la menor cantidad posible en contacto con el fármaco. Se prefieren las jeringas comercializadas específicamente para la indicación intravítrea, de capacidad de ≤ 1 mL, de tres cuerpos, sin espacio muerto (DSF VF), y que aseguren estanqueidad y deslizamiento uniforme del émbolo sin liberación de partículas. Las jeringas precargadas se deben manipular cuidadosamente, evitando movimientos bruscos o agitación para minimizar el posible desprendimiento de aceite de silicona.

El consenso SERV-SEFH-SEO (Sociedad Española de Retina y Vítreo, Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y Sociedad Española de Oftalmología) y varias revisiones sistemáticas destacan la prioridad absoluta de evitar el uso de jeringas con silicona para reducir complicaciones como miodesopsias y inflamación ocular [xxv], [xxvi].

La administración debe ser realizada por un oftalmólogo con experiencia en condiciones totalmente asépticas [xxvii].

4.4. Aspectos farmacoeconómicos de los anti-VEGF

El análisis correcto de los aspectos económicos debería considerar variables como la disponibilidad en hospitales públicos españoles, los tiempos de acceso al tratamiento, la carga de sesiones clínicas requeridas, costes directos e indirectos del cuidador derivados de su disponibilidad para acompañamiento con pérdida de horario laboral y los resultados visuales alcanzados en poblaciones con características demográficas y sociodemográficas diversas.

La comprensión detallada de estos aspectos es fundamental para optimizar la asignación de recursos hospitalarios y garantizar equidad en el acceso a tratamientos oftalmológicos de última generación. Sin embargo, es bastante difícil llegar a disponer de estudios tan completos.

Existen estudios recientes y de alta calidad que han evaluado el coste-efectividad y coste-utilidad de los principales agentes anti-VEGF en el tratamiento de la DMAE. No obstante, dependiendo de la fecha de publicación, es posible que los de comercialización más reciente (Brolucizumab y Faricimab) no se hayan incorporado al análisis.

El análisis de Brown et al. (2020) muestra que, en un horizonte de 11 años, Bevacizumab es el agente más coste-efectivo, con un coste por QALY (año de vida ajustado por calidad) de 11.033\$, comparado con 44.801\$ para Aflibercept y 79.600\$ para Ranibizumab. Aunque Aflibercept ofrece una ganancia marginalmente mayor en QALYs, su coste incremental frente a Bevacizumab no es justificable desde la perspectiva de coste-efectividad. Además, el tratamiento temprano es significativamente más coste-efectivo que el tardío [xxviii]. Este resultado de diferencias comparativas se replica en otros estudios y la información es útil para países donde se han permitido uso intravítreo del Bevacizumab off-label en ciertas condiciones (como Italia [xxix]).

En el contexto europeo, el estudio farmacoeconómico más actual e interesante ha sido publicado con datos del Sistema Nacional de Salud español y desde la perspectiva del pagador (servicio de salud) [xxx]. Se trata de un estudio de coste-efectividad que compara los 5 anti-VEGF con indicación autorizada para tratamiento de la DMAE (es decir, excluyendo Bevacizumab), mediante un modelo basado en el valor que considera la durabilidad del fármaco, las pautas posológicas y las estrategias de administración en la práctica

clínica, incluyendo el fraccionamiento seguro de viales. Los costes considerados son los costes directos del sistema sanitario: la adquisición del medicamento, calculados a partir del Precio de Venta de Laboratorio español, ajustado por los descuentos e impuestos obligatorios, los costes asociados a los procedimientos de administración intravítreo y los gastos de seguimiento, que cubren las visitas ambulatorias y la tomografía de coherencia óptica (OCT), aplicando un descuento según las directrices de la Organización Mundial de la Salud (WHO CHOICE). El coste-efectividad se evaluó mediante el Número Necesario a Tratar para tener un paciente respondedor óptimo (NNT), la Eficacia Neta Ajustada al Riesgo-NNT (ajustada por seguridad) y los índices de coste-efectividad incrementales.

Los resultados secundarios incluyeron el número de pacientes tratados y de respondedores óptimos alcanzables con un presupuesto fijo de un millón de euros. Con este modelo se demuestra que la combinación de agentes de larga duración, intervalos de dosificación más largos y estrategias de administración optimizadas (p. ej., jeringas precargadas y sin espacio muerto), pueden mejorar sustancialmente el coste-efectividad y la sostenibilidad de la terapia anti-VEGF en los sistemas de salud pública. En concreto, concluye que Aflibercept, bajo un régimen treat&extend (TAE) y utilizando estrategias de fraccionamiento seguro de viales, es la opción más coste-efectiva, seguido de Faricimab en condiciones similares. El uso de viales monodosis sin fraccionamiento eleva sustancialmente los costes y reduce la capacidad de tratamiento. Hay que resaltar que los biosimilares de Ranibizumab se han incorporado al arsenal terapéutico en 2023 y los biosimilares de Aflibercept, en 2025, por lo que los resultados del estudio de coste-efectividad español podrían variar a medida que consoliden su presencia en el mercado, al aumentar las diferencias en el numerador de la ecuación (coste) respecto a los medicamentos más recientes.

No obstante, en hospitales españoles la dimensión de calidad de vida está insuficientemente integrada en evaluaciones de respuesta terapéutica y decisiones de cambio de fármaco, donde predominan parámetros morfológicos retinianos (grosor macular, volumen de edema) sobre indicadores de bienestar del paciente. Eso se traduce en la falta de estudios farmacoeconómicos de coste-utilidad. La incorporación de instrumentos de medida de carga de tratamiento y preferencias de calidad de vida (utilización de cuestionarios estandarizados sobre aceptabilidad de frecuencia de inyecciones, disponibilidad temporal para visitas clínicas, impacto psicosocial del tratamiento crónico) representa oportunidad de mejora sustancial que requiere capacitación multidisciplinaria de equipos oftalmológicos.

5. Barreras dependientes del paciente para el tratamiento exitoso con inyecciones intravítreas en DMAEn

El fracaso terapéutico con agentes anti-VEGF en DMAE a largo plazo (más de dos años) se observa en aproximadamente más del 50% de los pacientes, considerando tanto la pérdida de respuesta visual sostenida como la progresión de atrofia macular y neurodegeneración retiniana, incluso en aquellos que inicialmente mejoran con el tratamiento^[xxxii]. La tasa de pérdida significativa de visión (≥ 15 letras) tras cinco años de tratamiento puede alcanzar hasta un tercio de los pacientes, aunque cerca de la mitad mantiene visión útil ($\geq 20/40$)^[xxxiii].

Respecto a los riesgos asociados al fracaso y factores dependientes del paciente, el incumplimiento terapéutico (no seguir el régimen de inyecciones o visitas) y la falta de persistencia (abandono del tratamiento) son determinantes clave del fracaso. Según revisiones sistemáticas y grandes bases de datos, los porcentajes de no adherencia varían entre 17,5% y 35% y los de no persistencia, entre 30% y 50% a los dos años^[xxxiii],^[xxxiv],^[xxxv]. La literatura destaca que la no adherencia y la no persistencia son

multifactoriales y se agrava con la duración del tratamiento^[xxxvi],^[xxxvii].

Las barreras más relevantes son:

- Carga de tratamiento y logística: La necesidad de visitas frecuentes al hospital, la dificultad de transporte y la dependencia de acompañantes son barreras clave, especialmente en pacientes mayores o con movilidad reducida⁵⁷,^[xxxviii],^[xxxix]. El tiempo requerido y la organización de las citas también influyen negativamente en la adherencia⁵⁷.
- Factores socioeconómicos: El coste de los medicamentos anti-VEGF y el gasto asociado al desplazamiento pueden limitar el acceso y la continuidad del tratamiento, al menos en sistemas sanitarios donde el paciente asume parte del coste^{55,56},^[xl].
- Comorbilidades y edad avanzada: La presencia de otras enfermedades crónicas, el deterioro funcional y la edad avanzada dificultan la asistencia regular a las consultas y la persistencia en el tratamiento^{61,62},^[xli],^[xlii].
- Percepción y expectativas del paciente: El miedo a las inyecciones, dolor, insatisfacción con los resultados visuales, la incomodidad y la pérdida de motivación son causas frecuentes de abandono^{57,58,59},^[xliii].
- Barreras del sistema sanitario: Dificultad para agendar citas, largas esperas y limitaciones en la infraestructura pueden contribuir al abandono⁵⁵.
- Factores psicológicos: La ansiedad, la depresión y miedo al procedimiento pueden condicionar la adherencia^{57,58}.
- Inequidades territoriales: La administración de anti-VEGF se concentra en servicios especializados en áreas urbanas con hospital, lo que

dificulta el acceso de personas residentes en zonas rurales. Es posible que existan diferencias entre comunidades autónomas en España, aunque los datos específicos no están disponibles.

6. Atención en personas con baja agudeza visual institucionalizadas

La pérdida de independencia secundaria a la DMAE puede conducir a la institucionalización del afectado [\[xliiv\]](#). La población residente en centros geriátricos además presenta complejidad añadida: edad muy avanzada, pluripatología, dependencia funcional, frecuentemente limitaciones de movilidad, mayor prevalencia de deterioro cognitivo y menor red de apoyo familiar.

El reto de la atención en residencias geriátricas supone abordar de forma integral la necesidad percibida del residente, que incluye la asistencia para actividades cotidianas, las ayudas específicas para baja visión y el apoyo psicosocial [\[xlv\]](#).

Apenas se dispone de información de la epidemiología de personas con discapacidad visual y de su abordaje en las residencias geriátricas. Se pueden citar experiencias puntuales como el proyecto SEEING (USA) [\[xlvi\]](#), los informes de entidades británicas sobre “sight loss in care homes” [\[xlvii\]](#),[\[xlviii\]](#) o la experiencia de la ONCE en dos residencias de la zona sur de Madrid [\[xlix\]](#).

- Protocolo de Centro Amigable con la Baja Visión: Un protocolo de “centro amigable con la baja visión” se estructura como un programa transversal que combina cribado, coordinación con servicios de baja visión, adaptación ambiental, rehabilitación funcional y formación continua de los trabajadores, de acuerdo con las experiencias publicadas [\[i\]](#),[\[ii\]](#),[\[iii\]](#),[\[iiii\]](#).
- Plan individualizado: Se deben recoger en el plan individual y la historia sociosanitaria el diagnóstico visual, las ayudas disponibles, la individualización de las metas (leer, reconocer caras, orientarse al comedor, manejar medicación, ocio visual, etc.) y las recomendaciones específicas. Las medidas se tienen que pactar con el residente, la familia y el equipo, así como las recomendaciones específicas y los responsables de cada acción (enfermería, gerocultor, terapeuta ocupacional, equipo ONCE, familia) ⁶⁹⁻⁷².

La Tabla 2 recoge algunos aspectos de interés.

Tabla 2. Buenas prácticas en centros geriátricos para adecuada atención de personas con baja agudeza visual

Área de Intervención	Objetivo de Calidad de Vida	Ejemplo Práctico en Residencias	Ref.
Cribado sistemático	Detección y cuantificación del problema	Incorporar en la valoración inicial de médico de cabecera/ enfermería/trabajo social preguntas estructuradas sobre visión funcional (dificultad para leer, ver TV, reconocer personas, caídas) y, cuando sea posible, medición de agudeza visual básica y revisión de ayudas ópticas	69, 74
Circuito de derivación	Seguimiento de la patología	Establecer criterios en conjunto con médico de cabecera para derivar especialista de oftalmología/optometría de zona. Considerar la posibilidad de contacto con servicios ONCE o unidades de baja visión.	70,72
Evaluación funcional individualizada y	Incluir al usuario en los objetivos de atención	Usar una entrevista estructurada de objetivos funcionales (lectura, TV, orientación, AVD básicas e instrumentales) con el residente, familia y personal de referencia, evaluando nivel actual y metas alcanzables.	72,75
Contraste y Color	Facilitar la autoalimentación y orientación espacial.	Usar menaje de colores contrastantes (evitar plato blanco sobre mantel blanco); señalización con colores brillantes para objetos clave (interruptores, puertas, pasamanos, bordes de escalones, asientos de WC...).	70, 75
Iluminación	Maximizar el uso de la visión residual.	Iluminación uniforme y suficiente, evitando deslumbramientos; refuerzo de luz en puntos críticos (baños, mesillas de noche, control de medicación, comedor); uso de luz cálida difusa en zonas de estancia y pasillos.	70, 75
Ayudas Visuales	Fomentar la independencia en lectura y ocio.	Se debe prever revisiones de gafas y ayudas al menos cada 1-2 años o ante cambios funcionales. También se puede realizar capacitación en el uso de lupas, telescopios y dispositivos electrónicos de aumento.	69,70
Adaptación y Seguridad del entorno físico	Prevenir caídas y lesiones.	Eliminar obstáculos; asegurar los bordes de las escaleras con bandas de contraste. Señalización con pictogramas, macrotipo y/o relieve en puertas de habitaciones, baños, comedores, ascensores; rutas accesibles claras, sin obstáculos ni alfombras sueltas, y disposición estable del mobiliario	75
Rehabilitación visual y entrenamiento en AVD	Adquirir nuevas destrezas necesarias para vivir de forma segura e independiente	Entrenamiento con ayudas ópticas y no ópticas, uso de iluminación, técnicas de acercamiento y organización del material. Incluir explícitamente entrenamiento en actividades de la vida diaria: vestido, higiene, alimentación, manejo de dinero y medicación, uso de teléfono y, cuando proceda, tecnología accesible (audio, ampliación, lectores de pantalla)	76

· Programa formativo: Las buenas prácticas tienen que acompañarse de un programa formativo y de sensibilización del personal, incluyendo una sesión inicial para los nuevos trabajadores y reciclaje periódico.

· Contribución a la adherencia y persistencia terapéutica:

La percepción de futilidad en pacientes con expectativa de vida limitada podría contribuir al abandono del tratamiento. La falta de coordinación y comunicación entre niveles asistenciales y entre los centros sanitarios y sociales pueden complicar más que facilitar la adherencia ^{8[4]}. Sin embargo, la institucionalización no debería suponer una nueva barrera logística. El centro geriátrico debe facilitar a los residentes que requieren tratamiento con anti-VEGF el transporte adaptado y el acompañamiento por personal sanitario o cuidador, lo cual podría suponer un impacto para las rutinas del centro y en la carga organizativa de las residencias, que deberían tener prevista. La mayor fragilidad de estos pacientes hace necesario valorar la idoneidad de continuidad

del tratamiento, el riesgo de descompensaciones por desplazamiento y por el estrés del procedimiento.

7. Conclusiones

La DMAE representa uno de los desafíos socio-sanitarios más complejos del siglo XXI en España, no solamente por sus consecuencias clínicas, sino por su profundo impacto en la autonomía, la calidad de vida y el bienestar psicológico de pacientes y cuidadores. Aunque la introducción de los inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular (anti-VEGF) ha transformado de manera paradigmática el pronóstico visual de su forma más grave, la DMAE neovascular, la efectividad de estos tratamientos permanece limitada por múltiples barreras que van más allá de la eficacia farmacológica.

La adherencia al tratamiento intravítreo, piedra angular para alcanzar resultados visuales óptimos a largo plazo, se ve comprometida por factores interconectados: la carga logística de inyecciones frecuentes, las comorbilidades propias del envejecimiento, las inequidades territoriales y socioeconómicas, y las limitaciones del sistema sanitario para garantizar continuidad asistencial. Estos obstáculos se amplifican en poblaciones vulnerables, particularmente en residentes de centros geriátricos, donde la fragilidad, la dependencia funcional y el deterioro cognitivo requieren un abordaje sociosanitario verdaderamente integral.

Para optimizar los resultados clínicos y humanitarios de la DMAE es imprescindible implementar un modelo de atención que trascienda la prescripción farmacológica e incorpore: (1) estrategias de rehabilitación visual temprana y apoyo psicológico sistemático; (2) coordinación efectiva entre servicios oftalmológicos, farmacia hospitalaria, atención primaria y servicios sociales; (3) adaptación de infraestructuras y protocolos para reducir la carga logística del paciente y del cuidador;

(4) políticas de acceso equitativo que garanticen tratamiento independientemente del lugar de residencia; y (5) formación continua del personal sanitario y social sobre las necesidades específicas de la baja visión.

La sostenibilidad económica del sistema sanitario también requiere una reflexión crítica sobre las estrategias comerciales de los fármacos anti-VEGF, equilibrando la innovación en durabilidad con la adopción de biosimilares rentables, garantizando que la inversión en recursos derive en mejores resultados funcionales reales para el paciente, no únicamente en reducción de visitas hospitalarias.

Solo mediante esta perspectiva multidimensional, que considere simultáneamente la evidencia clínica, las capacidades organizativas, las necesidades psicosociales y las restricciones económicas, será posible transformar la DMAE de una condición destinada a la dependencia a una patología crónica compatible con autonomía, participación social y dignidad en el envejecimiento.

Referencias

- (I) Di Carlo, E., & Augustin, A. (2021). Prevention of the Onset of Age-Related Macular Degeneration. *Journal of Clinical Medicine*, 10. <https://doi.org/10.3390/jcm10153297>
- (II) Gastaldello A, Giampieri F, Quiles JL, Navarro-Hortal MD, Aparicio S, García Villena E, et al. Adherence to the Mediterranean-Style Eating Pattern and Macular Degeneration: A Systematic Review of Observational Studies. *Nutrients*. 12 de mayo de 2022;14(10):2028.
- (III) Barreto P, Farinha C, Coimbra R, Cachulo ML, Melo JB, Lechanteur Y, et al. Interaction between genetics and the adherence to the Mediterranean diet: the risk for age-related macular degeneration. *Coimbra Eye Study*

- Report 8. Eye and Vis. 14 de agosto de 2023;10(1):38.
- (IV) Zapata MA, Burés A, Gallego-Pinazo R, Gutiérrez-Sánchez E, Olénik A, Pastor S, et al. Prevalence of age-related macular degeneration among optometric telemedicine users in Spain: a retrospective nationwide population-based study. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* julio de 2021;259(7):1993-2003.
- (V) Ruan Y, Jiang S, Gericke A. Age-Related Macular Degeneration: Role of Oxidative Stress and Blood Vessels. *IJMS.* 28 de enero de 2021;22(3):1296.
- (VI) Colijn JM, Meester-Smoor M, Verzijden T, De Breuk A, Silva R, Merle BMJ, et al. Genetic Risk, Lifestyle, and Age-Related Macular Degeneration in Europe. *Ophthalmology.* julio de 2021;128(7):1039-49 [citado el 3 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00417-021-05093-4#citeas>
- (VII) Thee EF, Colijn JM, Cougnard-Grégoire A, Meester-Smoor MA, Verzijden T, Hoyng CB, et al. The Phenotypic Course of Age-Related Macular Degeneration for ARMS2/HTRA1. *Ophthalmology.* julio de 2022;129(7):752-64.
- (VIII) Fernández-Vigo JI, Burgos-Blasco B, Calvo-González C, Escobar MJ, Shi H, Jiménez-Santos M, et al. Evaluación de la percepción de las barreras en la asistencia sanitaria y del impacto de las inyecciones intravítreas en la degeneración macular asociada a la edad neovascular. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología.* abril de 2022;97(4):198-204.
- (IX) Lee CY, Chen HC, Huang JY, Lai CC, Lin HY, Yang SF, et al. Increased probability of mood disorders after age-related macular degeneration: a population-based cohort study. *Sci Rep.* 8 de septiembre de 2022;12(1):15222.
- (X) Hwang G, Lee SH, Lee DY, Park C, Roh HW, Son SJ, et al. Age-related eye diseases and subsequent risk of mental disorders in older adults: A real-world multicenter study. *Journal of Affective Disorders.* abril de 2025;375:306-15.
- (XI) Faia LJ, Ackert J, Rodriguez R, Abdul Sultan A, Garey C, Teneralli RE, et al. Comorbid Depression and Anxiety Risk in Older Individuals with Geographic Atrophy: A US Claims Data Analysis. *Adv Ther.* agosto de 2025;42(8):3826-38.
- (XII) Caballe-Fontanet D, Alvarez-Peregrina C, Busquet-Duran N, Pedemonte-Sarrias E, Andreu-Vázquez C, Sánchez-Tena MÁ. Quality of Life and Anxiety in Age Macular Degeneration Patients: A Cross-Sectional Study. *IJERPH.* 12 de enero de 2022;19(2):820.
- (XIII) Parravano M, Petri D, Maurutto E, Lucenteforte E, Menchini F, Lanzetta P, et al. Association Between Visual Impairment and Depression in Patients Attending Eye Clinics: A Meta-analysis. *JAMA Ophthalmol.* 1 de julio de 2021;139(7):753.
- (XIV) Rezapour J, Schuster AK, Nickels S, Korb CA, Elbaz H, Peto T, et al. Prevalence and new onset of depression and anxiety among participants with AMD in a European cohort. *Sci Rep.* 16 de marzo de 2020;10(1):4816.
- (XV) Zhang X, Wang S, Du Z, Seth I, Wang Y, Liang Y, et al. The associations and mediators between visual disabilities and anxiety disorders in middle-aged and older adults: A population-based study. *American Psychologist.* noviembre de 2023;78(8):982-94.
- (XVI) García, I. L.. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con DMAE neovascular en tratamiento con

antiangiogénicos intravítreos según práctica clínica habitual. Doctoral dissertation, Universidad de Murcia; 2021 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=304519>

(XVII) Vinge E, Bro T. Treatment burden on patients receiving intravitreal anti-VEGF for wet age-related macular degeneration. *Acta Ophthalmologica*. junio de 2024;102(4):478-82.

(XVIII) Spooner K, Mhlanga C, Hong T, Broadhead G, Chang A. The burden of neovascular age-related macular degeneration: a patient's perspective. *OPHTH*. diciembre de 2018;Volume 12:2483-91.

(XIX) Prenner JL, Halperin LS, Rycroft C, Hogue S, Williams Liu Z, Seibert R. Disease Burden in the Treatment of Age-Related Macular Degeneration: Findings From a Time-and-Motion Study. *American Journal of Ophthalmology*. octubre de 2015;160(4):725-731.e1.

(XX) Lin T, Luo S, Zhuang C, Xiao H, Ding X, Li S. Caregiver Burden Among Patients Receiving Anti-VEGF Intravitreal Injections for AMD and DR: A Cross-Sectional Study in Guangzhou. *OPHTH*. agosto de 2025;Volume 19:3071-8.

(XXI) Díaz-Veiga P, De Trocóniz MIF. Repercusiones de la deficiencia visual de personas mayores en cuidadores familiares. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. noviembre de 2005;40:62-8.

(XXII) Abrales MJ, Calvo P, Gámez Lechuga M, Merino M, Martín Lorenzo T, Maravilla-Herrera P, et al. Burden of Disease Study of Patients with Neovascular Age-Related Macular Degeneration in Spain. *Ophthalmol Ther*. julio de 2024;13(7):1925-35.

(XXIII) Cen S, Liu S, Zhao M, Tang L. Comparative efficacy and safety of faricimab, aflibercept, conbercept, and ranibizumab for neovascular age-related macular degeneration: a systematic review and network meta-analysis. *European Journal of Pharmacology*. noviembre de 2025;178406.

(XXIV) Zhang Y, Gao S, Li X, Huang X, Zhang Y, Chang T, et al. Efficacy and Safety of Anti-Vascular Endothelial Growth Factor Monotherapies for Neovascular Age-Related Macular Degeneration: A Mixed Treatment Comparison. *Front Pharmacol*. 21 de diciembre de 2021;12:797108.

(XXV) Butler ETS, Arnold-Vangsted A, Schou MG, Anguita R, Bjerager J, Borrelli E, et al. Comparative efficacy of intravitreal anti- VEGF therapy for neovascular age-related macular degeneration: A systematic review with network meta-analysis. *Acta Ophthalmologica*. noviembre de 2025;103(7):741-63.

(XXVI) Low A, Faridi A, Bhavsar KV, Cockerham GC, Freeman M, Fu R, et al. Comparative effectiveness and harms of intravitreal anti-vascular endothelial growth factor agents for three retinal conditions: a systematic review and meta-analysis. *Br J Ophthalmol*. abril de 2019;103(4):442-51.

(XXVII) Pham B, Thomas SM, Lillie E, Lee T, Hamid J, Richter T, et al. Anti-vascular endothelial growth factor treatment for retinal conditions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. mayo de 2019;9(5):e022031.

(XXVIII) Guymer RH, Campbell TG. Age-related macular degeneration. *The Lancet*. abril de 2023;401(10386):1459-72.

(XXIX) Veritti D, Sarao V, Soppelsa V, Danese C, Chhablani J, Lanzetta P.

- Managing Neovascular Age-Related Macular Degeneration in Clinical Practice: Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression. JCM. 10 de enero de 2022;11(2):325.
- (XXX) Lupidi M, Iaculli C, Marco L, Rossi S, Sicari E, Villa G, et al. Faricimab in the Treatment of Exudative Neovascular Age-Related Macular Degeneration and Diabetic Macular Edema in Italy: The FARIT Real World Study. Ophthalmol Ther. septiembre de 2025;14(9):2197-214.
- (XXXI) Plyukhova AA, Budzinskaya MV, Starostin KM, Rejdak R, Bucolo C, Reibaldi M, et al. Comparative Safety of Bevacizumab, Ranibizumab, and Aflibercept for Treatment of Neovascular Age-Related Macular Degeneration (AMD): A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Direct Comparative Studies. JCM. 18 de mayo de 2020;9(5):1522.
- (XXXII) Thangamathesvaran L, Kong J, Bressler SB, Singh M, Wenick AS, Scott AW, et al. Severe Intraocular Inflammation Following Intravitreal Faricimab. JAMA Ophthalmol. 1 de abril de 2024;142(4):365.
- (XXXIII)^[1] Bruening W, Kim S, Yeh S, Rishi P, Conrady CD. Inflammation and Occlusive Retinal Vasculitis Post Faricimab. JAMA Ophthalmol. 1 de marzo de 2025;143(3):232.
- (XXXIV) Karle AC, Wrobel MB, Koepke S, Gutknecht M, Gottlieb S, Christen B, et al. Anti-brolucizumab immune response as one prerequisite for rare retinal vasculitis/retinal vascular occlusion adverse events. Sci Transl Med. febrero de 2023;15(681):eabq5241.
- (XXXV) Bruening W, Kim S, Yeh S, Rishi P, Conrady CD. Inflammation and Occlusive Retinal Vasculitis Post Faricimab. JAMA Ophthalmol. 1 de marzo de 2025;143(3):232.
- (XXXVI) Park HS, Lee SW, Park H, Lee NK, Kim YJ, Lee CS, et al. Incidence of intraocular inflammation and its risk factors in patients treated with brolucizumab: a nationwide cohort study. Sci Rep. 2 de octubre de 2024;14(1):22913.
- (XXXVII) Bauman CR, Spaide RF, Vajzovic L, Freund KB, Walter SD, John V, et al. Retinal Vasculitis and Intraocular Inflammation after Intravitreal Injection of Brolucizumab. Ophthalmology. octubre de 2020;127(10):1345-59.
- (XXXVIII) Cozzi M, Ziegler A, Fasler K, Muth DR, Blaser F, Zweifel SA. Sterile Intraocular Inflammation Associated With Faricimab. JAMA Ophthalmol. 1 de noviembre de 2024;142(11):1028.
- (XXXIX) Shellvarajah M, Nguyen V, Steinmann S, Gillies MC, Sagkriotis A, Barthelmes D. Adherence to Anti-VEGF Treatment in Patients with Neovascular Age-Related Macular Degeneration: A Real-World Study. Ophthalmol Ther. junio de 2025;14(6):1261-9.
- (XL) Skelly A, Bezlyak V, Liew G, Kap E, Sagkriotis A. Treat and Extend Treatment Interval Patterns with Anti-VEGF Therapy in nAMD Patients. Vision. 26 de agosto de 2019;3(3):41.
- (XLI) Patel PJ, Villavicencio P, Hanumunthadu D. Systematic Review of Neovascular Age-Related Macular Degeneration Disease Activity Criteria Use to Shorten, Maintain or Extend Treatment Intervals with Anti-VEGF in Clinical Trials: Implications for Clinical Practice. Ophthalmol Ther. octubre de 2023;12(5):2323-46.
- (XLII)^[1] Matonti F, Korobelnik JF, Dot C, Gualino V, Soler V, Mrejen S, et al. Comparative Effectiveness of Intravitreal

Anti-Vascular Endothelial Growth Factor Therapies for Managing Neovascular Age-Related Macular Degeneration: A Meta-Analysis. JCM. 25 de marzo de 2022;11(7):1834.

(XLIII) Finger RP, Puth MT, Schmid M, Barthelmes D, Guymer RH, Gillies M. Lifetime Outcomes of Anti-Vascular Endothelial Growth Factor Treatment for Neovascular Age-Related Macular Degeneration. JAMA Ophthalmol. 1 de diciembre de 2020;138(12):1234.

(XLIV) Wykoff CC, Garmo V, Tabano D, Menezes A, Kim E, Fevrier HB, et al. Impact of Anti-VEGF Treatment and Patient Characteristics on Vision Outcomes in Neovascular Age-related Macular Degeneration. Ophthalmology Science. marzo de 2024;4(2):100421.

(XLV)^[1] Parravano M, Viola F, Nicolò M, Vujosevic S, Bianchino L, Sicari E, et al. Real-world evidence of anti-VEGF therapies in patients with neovascular age-related macular degeneration in Italy: The RADIANCE study. European Journal of Ophthalmology. julio de 2025;35(4):1366-75.

(XLVI) Kohan R, Miguel MA, Cordovés L, Lecuona-Fernández M. Endoftalmitis tras tratamiento intravítreo con ranibizumab. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. agosto de 2017;35(7):463-4.

(XLVII) GRUPO DE TRABAJO SERV, SEFH Y SEO. DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE RECOMENDACIONES DE ELABORACIÓN DE PREPARACIONES INTRAOCULARES [INTERNET]. SERV; 2025 [CITADO 01 DIC 2025]. DISPONIBLE EN: https://serv.es/contenido_externo/documento-de-consenso-serv-sefh-seo-recomendaciones-de-elaboracion-de-preparaciones-intraoculares/

(XLVIII) GONZAGA GARAY-ARAMBURUA A, ALONSO HERREROS JM, NÚÑEZ IZQUIERDO

M, MÁRQUEZ PEIRÓ JF, VÁZQUEZ CRUCHAGA E, GONZÁLEZ DEL VALLE F, ET AL. CONSENSO SOBRE PREPARACIONES DE MEDICAMENTOS INTRAOCULARES. FARM HOSP. 2025 FEB 28 [CITADO 01 DIC 2025];49(2):99-108. DISPONIBLE EN: <https://www.revistafarmaciahospitalaria.es/es-consenso-sobre-preparaciones-medicamentos-intraoculares-articulo-S1130634325000030>

(XLIX) Bevacizumab 25 mg/ml inyección intravítrea forma farmacéutica – SEFH. Grupos de trabajo [Internet]. 13 de octubre de 2017 [accedido el 1 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/farmacotecnia/images/stories/PN_Formulas/B/BEVACIZUMAB_25MG_ML_INYEC CIN_INTRAVENTREA_HIP.pdf

(L) Brown GC, Brown MM, Rapuano S, Boyer D. Cost-Utility Analysis of VEGF Inhibitors for Treating Neovascular Age-Related Macular Degeneration. American Journal of Ophthalmology. octubre de 2020;218:225-41.

(LI) Ferrara F, Capuozzo M, Pasquinucci R, Zovi A, Langella R, Trama U, et al. Analysis of consumption and expenditure of anti-VEGF drugs used in maculopathies between current events and future prospects. Ethics, Medicine and Public Health. 2024;32:101002.

(LII) Gismero Moreno SM, Jódar Sánchez F, García-Agua Soler N, Rivas Ruiz F, García-Ruiz AJ. Model-based pharmacoeconomic analysis of anti-VEGF strategies for neovascular age-related macular degeneration: a value-based comparison of real-world administration approaches. BMJ Open. octubre de 2025;15(10):e103539.

(LIII) Moon BH, Kim Y, Kim SY. Twenty Years of Anti-Vascular Endothelial Growth Factor Therapeutics in

- Neovascular Age-Related Macular Degeneration Treatment. *IJMS*. 21 de agosto de 2023;24(16):13004.
- (LIV) Finger RP, Puth MT, Schmid M, Barthelmes D, Guymer RH, Gillies M. Lifetime Outcomes of Anti-Vascular Endothelial Growth Factor Treatment for Neovascular Age-Related Macular Degeneration. *JAMA Ophthalmol*. 1 de diciembre de 2020;138(12):1234.
- (LV) Okada M, Mitchell P, Finger RP, Eldem B, Talks SJ, Hirst C, et al. Nonadherence or Nonpersistence to Intravitreal Injection Therapy for Neovascular Age-Related Macular Degeneration. *Ophthalmology*. febrero de 2021;128(2):234-47.
- (LVI) Shahzad H, Mahmood S, McGee S, Hubbard J, Haque S, Paudyal V, et al. Non-adherence and non-persistence to intravitreal anti-vascular endothelial growth factor (anti-VEGF) therapy: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2 de junio de 2023;12(1):92.
- (LVII) Krieger J, Cox O, Flacke JP, Beilschmidt L, Mueller S, Maywald U, et al. Real-world therapy and persistence of patients with neovascular age-related macular degeneration and diabetic retinopathy or diabetic macular edema: a German claims data analysis. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. marzo de 2025;263(3):713-25.
- (LVIII) Sobolewska B, Sabsabi M, Ziemssen F. Importance of Treatment Duration: Unmasking Barriers and Discovering the Reasons for Undertreatment of Anti-VEGF Agents in Neovascular Age-Related Macular Degeneration. *OPHTH*. octubre de 2021;Volume 15:4317-26.
- (LIX) Sugisawa T, Gomi F, Harada Y, Imaizumi H, Aoki S, Miki A, et al. Factors that contribute to loss to follow-up in the medium term after initiation of anti-vascular endothelial growth factor therapy for neovascular age-related macular degeneration in Japanese patients. Hwang, DDJ, editor. *PLoS One*. 11 de junio de 2025;20(6):e0325963.
- (LX) Choi A, Nawash BS, Du K, Ong J, Chhablani J. Barriers to care in neovascular age-related macular degeneration: Current understanding, developments, and future directions. *Survey of Ophthalmology*. enero de 2024;69(1):160-4.
- (LXI) Ehlken C, Ziemssen F, Eter N, Lanzl I, Kaymak H, Lommatzsch A, et al. Systematic review: non-adherence and non-persistence in intravitreal treatment. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. octubre de 2020;258(10):2077-90.
- (LXII) Apte RS. Age-Related Macular Degeneration. Solomon CG, editor. *N Engl J Med*. 5 de agosto de 2021;385(6):539-47.
- (LXIII) Ramakrishnan MS, Yu Y, VanderBeek BL. Association of Visit Adherence and Visual Acuity in Patients With Neovascular Age-Related Macular Degeneration: Secondary Analysis of the Comparison of Age-Related Macular Degeneration Treatment Trial. *JAMA Ophthalmol*. 1 de marzo de 2020;138(3):237.
- (LXIV) Sugisawa T, Gomi F, Harada Y, Imaizumi H, Aoki S, Miki A, et al. Factors that contribute to loss to follow-up in the medium term after initiation of anti-vascular endothelial growth factor therapy for neovascular age-related macular degeneration in Japanese patients. Hwang, DDJ, editor. *PLoS One*. 11 de junio de 2025;20(6):e0325963.
- (LXV) Gomi F, Toyoda R, Yoon AH, Imai K. Factors of Anti-Vascular Endothelial Growth Factor Therapy Withdrawal in Patients with Neovascular Age-Related Macular Degeneration: Implications for

Improving Patient Adherence. JCM. 14 de julio de 2021;10(14):3106.

(LXVI) Jiménez Navascués Lourdes, Hajar Ordoñas Carlos A.. Los ancianos y las alteraciones visuales como factor de riesgo para su independencia. Gerokomos [Internet]. 2007 Mar [citado 2025 Dic 02] ; 18(1): 16-23. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000100003&lng=es .

(LXVII) Meehan R., Shura R. Residents' perspectives on living with vision impairment in long term care: an unseen factor in quality of life and appropriateness of care. The Journal of Nursing Home Research [Internet]. 2012; Disponible en: <https://www.jnursinghomeresearch.com/646-residents-perspectives-on-living-with-vision-impairment-in-long-term-care-an-unseen-factor-in-quality-of-life-and-appropriateness-of-care.html>

(LXVIII) Deremeik J, Broman AT, Friedman D, West SK, Massof R, Park W, et al. Low Vision Rehabilitation in a Nursing Home Population: The SEEING Study. J Vis Impair Blind. noviembre de 2007;101(11):701-14.

(LXIX) Sensory Loss in Care Homes: Diagnosis, Awareness, Response [Internet]. Careengland. 2022. Disponible en: <https://www.careengland.org.uk/sensory-loss-care-homes-diagnosis-awareness-response/>

(LXX) Ward Lizzie, Laura Banks. Older people's experiences of sight loss in care homes [Internet]. University of Brighton; 2017. Disponible en: <https://www.brighton.ac.uk/pdf/research/ssparc/older-peoples-experiences-of-sight-loss-in-care-homes-final-report.pdf>

(LXXI) Mouchet García FL, Jiménez Cruz MC. Intervención con personas con discapacidad visual en residencias de personas mayores. CSIC; 2008.

REVISTA

ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO

AAJM

ISSN 2697-1712



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

OTRAS FUENTES

El acuerdo farmacéutico entre Estados Unidos y el Reino Unido sacrifica a los pacientes para obtener ganancias

- ***Los activistas de acceso a los medicamentos advierten que el nuevo acuerdo farmacéutico entre Estados Unidos y el Reino Unido tendrá impactos catastróficos, incluidas miles de muertes prevenibles cada año.***

Peoples Health Dispatch.

Peoples Health Dispatch. December 16, 2025. <https://peoplesdispatch.org/2025/12/16/us-uk-pharma-deal-sacrifices-patients-for-profit/>

Esta notable entrevista amplía y completa los comentarios que pueden leerse en la editorial. Su lectura es muy recomendable.

La noticia de un acuerdo farmacéutico recientemente negociado entre Estados Unidos y el Reino Unido ha suscitado nuevas preocupaciones sobre el acceso a los medicamentos y el futuro de la sanidad pública.

People's Health Dispatch conversó con Diarmaid McDonald, de la organización británica Just Treatment, para analizar el contenido del acuerdo, sus implicaciones para el Servicio Nacional de Salud (NHS) y los pacientes, y su importancia general para los gobiernos y movimientos sociales de la región.

People's Health Dispatch: ¿Puede explicarnos qué incluye este nuevo acuerdo farmacéutico entre el Reino Unido y Estados Unidos y por qué cree que es tan importante para los británicos?

Diarmaid McDonald: En pocas palabras: este acuerdo es el resultado de meses, si no años, de presión por parte de la industria farmacéutica para que el NHS invierta más dinero en medicamentos. Y el presidente Trump ha impulsado enormemente este esfuerzo. El acuerdo, por lo que hemos visto —ya que no está publicado y ni siquiera está claro si existe un texto completo—, se puede reconstruir a partir de la declaración del Reino Unido, la declaración de Estados Unidos y la respuesta de la industria farmacéutica. De ahí que entendamos que incluye varios compromisos.

En primer lugar, el Reino Unido ha acordado aumentar los umbrales de coste-

efectividad que el Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE) utiliza para determinar si un medicamento debe estar disponible en el NHS. Estos umbrales aumentarán aproximadamente un 25 %. En segundo lugar, existe el compromiso de ajustar el límite general de precios del programa VPAS. Este límite funciona limitando el crecimiento del gasto en medicamentos de marca a una tasa acordada. Cuando el gasto supera esa cantidad, la industria devuelve un reembolso al gobierno. Esta tasa de reembolso se está reduciendo de aproximadamente el 26 % al 15 %. En tercer lugar, el Reino Unido se ha comprometido a duplicar el gasto en medicamentos como porcentaje del PIB en un plazo de diez años.

Ahora bien, el impacto que esto tenga en el presupuesto del NHS depende de a quién se escuche y de cómo se calcule. Algo que sabemos con certeza es que el gobierno ha

declarado que este dinero debe provenir del presupuesto sanitario existente, es decir, del presupuesto del NHS. Y esto es particularmente preocupante, porque significa que se desviarán fondos de otras áreas del gasto sanitario y se redirigirán a la industria farmacéutica para aumentar sus beneficios.

Esto es problemático porque, incluso con los precios actuales, ya estábamos gastando más en medicamentos innovadores o patentados con peores resultados sanitarios que si ese dinero se hubiera invertido en otras áreas. Hay pruebas muy claras de que otras intervenciones sanitarias son mucho más rentables que los medicamentos innovadores.

También hemos estado trabajando con economistas de la salud sobre el impacto potencial de estos compromisos. Sus cálculos sugieren que podría costar al NHS hasta 3000 millones de libras esterlinas (unos 4000

millones de dólares estadounidenses) al año, lo que se traduciría en un exceso de 15 000 muertes anuales. Si proyectamos eso a diez años y luego consideramos el compromiso de duplicar el gasto en medicamentos, estamos hablando literalmente de cientos de miles de personas que morirán esencialmente para complacer a la industria farmacéutica, aumentar sus ganancias y complacer a Donald Trump.

También existen enormes lagunas en lo que sabemos sobre el acuerdo. Como dije, no hay texto disponible. Se escuchan diferentes interpretaciones de distintas fuentes. Se informa a los periodistas sobre elementos adicionales, pero no hay transparencia, y aparentemente el acuerdo aún no está finalizado. Es un acuerdo de principio, con más trabajo por hacer. Pero incluso lo que sabemos es realmente perjudicial, realmente peligroso y costará vidas.

Y quizás la última pregunta sea: ¿por qué ha hecho esto el Reino Unido? ¿Qué obtenemos a cambio? Hay un compromiso claro por parte de EE. UU.: un arancel del 0 % para las exportaciones farmacéuticas del Reino Unido a EE. UU. Ya existen dudas sobre cómo funcionaría esto bajo las normas de la OMC aplicables al sector. Y, además, solo estará vigente por tres años. Así que, a cambio de erosionar permanentemente los mecanismos de control de precios que protegen al NHS y a los pacientes, obtenemos una exención temporal de aranceles bastante teóricos.



Diarmaid McDonald

Todo esto también ocurrió en un contexto en el que la industria farmacéutica presionaba al gobierno del Reino Unido para que invirtiera en la economía. Pero este acuerdo no ha resultado en ningún compromiso de la industria para invertir en Gran Bretaña. Para la mayoría de los observadores objetivos, el Reino Unido ha sido perjudicado gravemente. Y los pacientes lo van a pagar, con sus vidas, durante los próximos años.

PHD: Más allá del exceso de muertes, ¿qué otras implicaciones prevé para los pacientes y los servicios del NHS con este acuerdo?

DM: Se calcula que habrá 15 000 o más muertes adicionales al año si algunas de las cifras citadas en la prensa se reflejan en la realidad. Existe la preocupación de que esta sea una subestimación del costo total. Las declaraciones del gobierno no concuerdan con el contenido real del acuerdo. Se ha hablado de un costo de 1.000 millones de libras esterlinas (1.300 millones de dólares estadounidenses) a corto plazo, pero sabemos que incluso el ajuste en la tasa de reembolso del VPAS, según nuestros cálculos, costará más de 1.000 millones de libras esterlinas al año. A esto hay que sumar las demás concesiones que han hecho en torno a los umbrales del NICE y el compromiso a largo plazo de aumentar el gasto. Por lo tanto, las cifras del gobierno simplemente no cuadran, lo que significa que las estimaciones del exceso de muertes probablemente sean una subestimación.

Además, es probable que también haya impactos no letales, como la cantidad de años de vida ajustados por calidad que se perderán. Esa cifra se sitúa en millones de miles al año. Incluso si las personas no mueren como consecuencia de esto, su salud se verá gravemente afectada.

Ese es un conjunto de impactos. Pero también sabemos que actualmente existen muchas demandas contrapuestas sobre el gasto del NHS. Tenemos una crisis de personal. Tenemos huelgas continuas lideradas por médicos que buscan restablecer

los niveles salariales de hace 20 años. Y aunque restablecer los salarios costaría miles de millones de libras al año, estamos viendo cómo el gobierno opta por decir que no tiene dinero para los profesionales sanitarios, que son absolutamente vitales para el sistema, mientras que afirma que sí tiene dinero para aumentar las ganancias de las farmacéuticas sin ningún beneficio tangible para la salud. De hecho, la evidencia sugiere que el acuerdo será perjudicial para la salud en el Reino Unido.

También tenemos preguntas sobre cómo el NHS puede realmente gestionar las implicaciones financieras de lo que el gobierno ha acordado. Hemos visto, en el pasado, situaciones en las que se recomendaron medicamentos caros, pero luego se racionaron dentro del servicio de salud para minimizar su impacto presupuestario total. Vimos eso con los tratamientos para la hepatitis C. Trabajamos con pacientes a quienes básicamente se les dijo que se fueran y volvieran cuando su cirrosis hubiera empeorado. Este es un ejemplo muy reciente de cómo el NHS se ve obligado a lidiar con medicamentos sobrepagos elevados y al no poder seguir la evidencia puramente clínica o regulatoria, en su lugar tener que prescribir basándose en limitaciones presupuestarias.

Nos parece bastante probable que esto vuelva a convertirse en una característica de cómo el NHS intenta equilibrar sus cuentas sin recursos adicionales, mientras que el gobierno ha firmado este acuerdo que lo obliga a gastar más dinero.

PHD: ¿Y cree que hay implicaciones políticas más amplias que la gente debería conocer?

DM: Diría que hay implicaciones políticas y democráticas realmente graves. Como dije, el texto no se ha hecho público. Gran parte de lo que sabemos proviene de fuentes ajenas al gobierno del Reino Unido. Los miembros del Parlamento no han sido informados. No se ha examinado a fondo los términos ni se ha hecho ninguna declaración al

Parlamento. De hecho, sabemos más por las declaraciones del Representante Comercial de Estados Unidos y de la industria farmacéutica que por las del gobierno del Reino Unido. Eso es inaceptable. Es un fracaso fundamental de la rendición de cuentas democrática.

También sabemos que la industria aprenderá de esto, y otras industrias también. Verán cómo lograron presionar al gobierno del Reino Unido para que cumpliera con sus demandas y aumentar sus beneficios, y cuán dispuesto está el gobierno a ceder ante tácticas intimidatorias y coercitivas. Hemos visto a la industria intentar ejercer esta presión durante décadas, intentando atacar y debilitar los mecanismos de control de precios del NHS. No hay motivos para pensar que vayan a detenerse ahora. Este esfuerzo coordinado ha funcionado e impulsará las ganancias de la industria farmacéutica en el Reino Unido, y lo volverán a hacer porque tienen un apetito insaciable por el crecimiento de los ingresos.

También hemos visto a las figuras de la industria cambiar su mensaje. Anteriormente, afirmaban que el verdadero obstáculo para la inversión en el Reino Unido era la incapacidad del gobierno para valorar adecuadamente los medicamentos y aumentar el gasto. Pero inmediatamente después, cambiaron las reglas del juego y afirmaron que este era "un anuncio de primer paso importante". No hay evidencia de que tengan intención de revertir su postura sobre la inversión en la economía británica. Creo que el gobierno ha sido engañado. Y todas las industrias estarán observando esto de cerca y aprendiendo de ello, lo cual tiene implicaciones muy graves para el futuro del país.

PHD: Al analizar todo esto, ¿cómo encaja realmente en la política sanitaria y el comportamiento general de este gobierno? Porque, desde fuera, no tiene mucho sentido. ¿Cómo se lo explican a sí mismos?

DM: Creo que parte de cómo se puede explicar es que algunos de los altos cargos del gobierno que negociaban este acuerdo, que lo impulsaban, son ejecutivos de compañías farmacéuticas. Así que tenemos una puerta giratoria que perjudica y sesga profundamente el discurso y la formulación de políticas al más alto nivel. Y eso es realmente peligroso. Es un verdadero fracaso del proceso democrático. No tenemos una toma de decisiones objetiva e informada, porque hay personas que deben sus carreras pasadas, y probablemente sus carreras futuras, a la industria farmacéutica.

También tenemos, como dije, una industria que lleva décadas impulsando estos cambios. Y hay un par de factores que se unieron esta vez y que les dieron el poder de salirse con la suya de una manera tan descarada y abierta. El actual gobierno del Reino Unido tiene dos estrategias electorales principales en su intento de ser reelegido en las próximas elecciones generales. Una es "arreglar el NHS" y la otra es impulsar el crecimiento económico. Esas son las dos cosas en las que se basan. Y para ambos, han elegido agendas políticas que los hacen completamente identificables con la industria farmacéutica.

En el ámbito de la salud, el plan decenal del gobierno para el NHS está lleno de idealismo tecnoutópico sobre lo que los nuevos productos médicos, la tecnología, la IA y la tecnología basada en datos pueden ofrecer en términos de eficiencia y eficacia. Para que esta agenda funcione, necesitan a la industria farmacéutica como un socio muy cercano. Esto le otorga a la industria un poder descomunal sobre la política sanitaria en el Reino Unido en este momento.

El segundo elemento es su estrategia de crecimiento económico, que es increíblemente reduccionista y, diría yo, económicamente inculta. Se centra casi por completo en ceder y hacer lo que las grandes multinacionales quieran, ya sea en la regulación de la IA, la política sanitaria o cualquier otro sector, a cambio de inversión extranjera. Esto los ha dejado enormemente expuestos. Por lo tanto, cuando la industria

farmacéutica se coordinó para anunciar una serie de cancelaciones o pausas en sus inversiones en I+D o fabricación en el Reino Unido, se topó con un punto de presión muy doloroso, especialmente para este gobierno.

Estas dos cosas le dieron a la industria una enorme influencia. A esto se suma la presencia de Donald Trump en la Casa Blanca, con una política comercial internacional muy agresiva y una comprensión muy limitada de cómo solucionar las fallas en los precios y el acceso a los medicamentos en Estados Unidos. Además, está dispuesto a que se le vea "cerrando acuerdos". De hecho, ha cerrado varios acuerdos con la industria farmacéutica que, según expertos estadounidenses con los que hemos hablado, no van a generar reducciones significativas de precios ni prácticas de precios más sostenibles. Son acuerdos voluntarios, parciales, no transparentes y no vinculantes.

A cambio de estos acuerdos, las compañías farmacéuticas se han ganado el pleno apoyo de la Casa Blanca y la fuerza de su departamento de comercio para presionar a países como el Reino Unido. Así que, a nivel nacional, los acuerdos de Trump no perjudican la rentabilidad de la industria, y a nivel internacional la impulsan enormemente, empezando por el Reino Unido. Y sabemos con certeza que esto no se detendrá aquí: Europa es el siguiente paso.

PHD: Quería hablar un poco sobre los argumentos de que el acuerdo impulsará la innovación y el crecimiento, etc. ¿Qué opina de estas afirmaciones y qué pruebas, o la falta de ellas, ha visto?

DM: Creo que es importante destacar que, aunque el anuncio del gobierno del Reino Unido incluye referencias a un "acceso acelerado a nuevos tratamientos" para los pacientes, se trata de una afirmación muy cuestionable. La eficacia y el valor de estos nuevos tratamientos para los pacientes son muy cuestionables. E incluso dejando eso de lado, no encontrará pruebas contundentes en las comunicaciones del gobierno de que

este acuerdo proporcione beneficios significativos para la salud. En realidad, no intentan argumentar eso, más allá de las afirmaciones retóricas sobre acelerar el acceso a nuevos medicamentos. No hay nada en este acuerdo que demuestre un amplio beneficio para la salud de los pacientes ni del NHS.

También es interesante que NICE, el organismo de evaluación de tecnologías sanitarias del Reino Unido, haya hecho una declaración contundente en respuesta. Afirmaron explícitamente que se trata de una decisión del gobierno destinada a influir en la inversión empresarial y el crecimiento económico en general. Ni siquiera NICE intenta afirmar que exista ningún beneficio para la salud, porque saben que no lo hay.

Así que la mayor parte de la justificación del gobierno reside en los supuestos beneficios económicos: evitar aranceles y fomentar la inversión. Pero, como dije, los aranceles eran muy cuestionables desde el principio. Y las inversiones que la industria suspendió o canceló no han regresado repentinamente. Nada en el acuerdo obliga a las empresas a reanudar esas inversiones. Simplemente no hay evidencia de que esto suceda.

Tampoco hemos visto ninguna evaluación del impacto económico. Ninguna evaluación del NHS. Ningún análisis de la economía en general. El gobierno está haciendo básicamente un anuncio basado en las expectativas. No hay nada en lo que han dicho que respalde sus afirmaciones de que este acuerdo impulsará la innovación o el crecimiento económico. Es un recurso retórico vacío. De hecho, los economistas de la salud con los que hemos trabajado creen que los costes económicos del acuerdo acabarán superando cualquier beneficio hipotético.

En mi opinión, esto no resuelve ningún problema real que afronta el NHS. No mejorará los resultados sanitarios en el Reino Unido. No arreglará la economía ni impulsará el crecimiento de forma

significativa. Es probable que sea perjudicial. El único "problema" que resuelve es un problema de percepción: da al gobierno del Reino Unido y a Donald Trump algo que presumir públicamente, algo que pueden afirmar que es prueba de acción, algo que esperan que fortalezca la posición del Reino Unido en las negociaciones con Estados Unidos. Pero las únicas que se llevan algo tangible o valioso son las farmacéuticas. E incluso ellas no están satisfechas. Quieren más.

PHD: En esta situación, ¿qué reacciones observan del movimiento, los sindicatos y la sociedad civil, y qué margen hay para seguir profundizando en este tema?

DM: Diría que este ha sido uno de los temas más frustrantes en los que hemos trabajado en mucho tiempo. Hemos intentado repetidamente impulsar una evaluación más crítica de las acciones del gobierno y del comportamiento de la industria, y ha sido muy difícil avanzar.

Básicamente, creemos que la industria farmacéutica ha estado infringiendo la legislación sobre competencia, actuando como un cártel, al coordinar sus anuncios de inversión en el Reino Unido. Presentamos una queja ante la Autoridad de Competencia y Mercados. Pero esta institución ha sido desmantelada por el gobierno actual. Removieron a líderes efectivos e instalaron, por ejemplo, a ejecutivos de Amazon, lo que, como dice la famosa frase, es poner a un cazador furtivo a cargo del rol de guardabosques. No hay ninguna disposición para abordar esto. Según lo que sabemos, existe mucha ansiedad dentro de la CMA ante cualquier acción que pueda molestar al gobierno o que pueda considerarse un menoscabo a su agenda de crecimiento económico, incluso cuando dicha agenda carece de fundamento económico.

También nos ha costado conseguir que los parlamentarios presten la debida atención.

Pero lo estamos intentando. Hoy se envió una carta al Primer Ministro, firmada por más de 200 académicos y expertos en salud, exigiendo total transparencia y la publicación de evaluaciones de impacto para que podamos exigir cuentas al gobierno. Estamos trabajando con varios parlamentarios interesados y les informaremos detalladamente sobre la naturaleza del acuerdo. Estamos presionando para que el Comité de Salud vote el acuerdo. Existe cierta oposición política —de los Demócratas Liberales y el Partido Nacional Escocés— porque, si bien el impacto inmediato se siente más en Inglaterra, las implicaciones se extienden a todo el Reino Unido.

También estamos intentando fomentar la comprensión pública a través de los medios de comunicación y las redes sociales, y coordinando estrechamente con los aliados, que pueden ver los efectos perjudiciales de sus políticas internas en otros países. Estamos explorando maneras de asegurar el escrutinio del Congreso sobre estos enfoques. Y con el cambio inmediato del Reino Unido a Europa, estamos empezando a coordinarnos con aliados en toda Europa para responder colectivamente a esta renovada amenaza de la industria.

Un elemento muy preocupante es que, incluso en el anuncio público del acuerdo por parte del gobierno, vimos a organizaciones benéficas, supuestamente actuando en beneficio de los pacientes, defendiéndolo. Esto es profundamente preocupante. Incluso si el acuerdo resulta en la aprobación de un pequeño número de medicamentos adicionales, se produce a costa de millones de vidas. Y me pareció bastante revelador que las tres organizaciones citadas en el comunicado de prensa del gobierno reciban financiación de la industria farmacéutica. Esto refleja un déficit democrático más amplio en el desarrollo de esta decisión.

Nuestra tarea ahora es impulsar la rendición de cuentas y obtener el compromiso de los partidos políticos para revisar y revertir este

acuerdo. Y cuando se lleve a cabo ese escrutinio, debe ser holístico. Debemos considerar las alternativas, porque el gobierno se ha negado a hacerlo. No han considerado otros enfoques para el crecimiento económico, la equidad sanitaria, la innovación en medicamentos ni para mejorar el acceso. Solo cuando se ignoran todas las opciones mucho más coherentes empieza a parecer remotamente lógico hacer lo que el gobierno ha decidido hacer. Ese tipo de pensamiento erróneo debe ser cuestionado cuando los líderes políticos reevalúen lo que el Reino Unido se ha comprometido.

PHD: A medida que este acuerdo avanza, ¿qué cree que la ciudadanía y los parlamentarios deben comprender?

DM: Supongo que lo último que diría es que los políticos del Reino Unido deben preguntarse si vale la pena pagar el precio de que 15.000 personas al año —y, a lo largo de diez años, muchas veces esa cifra— mueran para mantener un modelo de negocio tan fragmentado y extractivo. Sabemos que las

alternativas podrían ser mucho mejores para la economía, la ciencia y la investigación del Reino Unido, el NHS y los pacientes del NHS.

Deben preguntarse si pueden dormir tranquilos sabiendo que lo que el gobierno se ha comprometido se traducirá en tantas muertes evitables y excesivas. Y si no se sienten cómodos con eso, es fundamental que se pongan en contacto, se informen sobre los detalles de este acuerdo y empiecen a ejercer presión política sobre el gobierno para justificar estas decisiones. Y para los parlamentarios de toda Europa y de otras partes del mundo que aún no se han rendido a esta estrategia y estas tácticas: aún tienen tiempo. Es crucial que su compromiso con sus propias poblaciones —su compromiso con el derecho a la salud— prevalezca sobre la exigencia de la industria de obtener cada vez mayores beneficios. Es fundamental que se mantengan firmes y no sigan el pésimo precedente gubernamental que ha sentado el Reino Unido.



OTRAS FUENTES

Más de lo mismo: la FDA de Kennedy continúa con la corrupción de las grandes farmacéuticas

Brandon Novick.

CEPR. Dec. 23, 2025. <https://cepr.net/publications/more-of-the-same-kennedys-fda-continues-big-pharma-corruption/>

La lectura de este breve artículo de CEPR produce una considerable inquietud. Más aún cuando, una y otra vez, podemos leer en nuestro medio mensajes y solicitudes de la industria farmacéutica para acelerar los procesos de aprobación y autorización de los medicamentos. Incluso hemos visto con cierta sorpresa como la disminución de tiempos de aprobación, se ha convertido para el Ministerio de Sanidad en nuestro país en un objetivo a cumplir. Tal vez una lectura prudente de este artículo debería cambiar las prioridades y dirigir las a asegurar la falta de riesgo clínico de los fármacos antes de su aprobación.

En febrero de 2025, el recién confirmado secretario de Salud y Servicios Humanos (HHS), Robert F. Kennedy Jr., prometió revertir décadas de control industrial sobre las agencias de salud pública. Sin embargo, las recientes medidas de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) sugieren claramente más de lo mismo: aprobaciones más rápidas con menos evidencia de seguridad y eficacia, lo que resulta en ganancias exorbitantes e injustificadas para las grandes farmacéuticas.

Kennedy, quien considera a instituciones como la FDA marionetas de la industria, lleva años criticando cómo las poderosas compañías farmacéuticas colaboran con el gobierno federal para corromper el proceso de aprobación de medicamentos.

Estas críticas son correctas. La agencia ha sido corrompida institucionalmente por las compañías farmacéuticas a las que se supone debe regular. Todos los excomisionados de la FDA, excepto uno, desde la década de 1980 han trabajado para la industria farmacéutica. Aproximadamente la mitad del presupuesto de la agencia proviene de esas mismas compañías farmacéuticas en forma de cuotas de usuario, y lo mismo

ocurre con dos tercios de su presupuesto para medicamentos humanos.

Las compañías no solo pagan a las agencias, sino que negocian activamente con sus funcionarios para obtener pagos más altos a cambio de favores regulatorios. Gozan de una enorme influencia; la financiación de las tasas de usuario expira cada cinco años, lo que significa que el fracaso de las negociaciones puede llevar a la FDA a una catástrofe financiera.

El objetivo principal de las relaciones de la industria farmacéutica con la FDA ha sido asegurar aprobaciones más rápidas para sus medicamentos, a la vez que proporciona menos evidencia de su seguridad y eficacia. Esto se ha logrado mediante la aprobación de más medicamentos por parte de la FDA en programas acelerados y la exigencia de ensayos clínicos más débiles para respaldar su aprobación.

De hecho, los reguladores ahora se esfuerzan por cumplir con los objetivos de rendimiento acordados con la industria. En lugar de garantizar la seguridad y eficacia de los medicamentos, estos objetivos se centran en acelerar la revisión de las solicitudes. La

celeridad de las aprobaciones ha generado un aumento de los problemas de seguridad, como la emisión de cambios en las etiquetas de los medicamentos y advertencias de recuadro negro.

Sin embargo, una de las principales iniciativas de la FDA es reducir drásticamente los tiempos de revisión de las solicitudes a través del programa de Vales de Prioridad Nacional del Comisionado. Los objetivos de rendimiento actuales, negociados con la industria, establecen que la FDA revise las solicitudes estándar de nuevos medicamentos en un plazo de 10 meses y las solicitudes prioritarias en 6 meses. Este nuevo programa de vales acortaría las revisiones de los medicamentos

seleccionados personalmente por los líderes de la agencia a uno o dos meses.

Una investigación reciente de The Lever estimó, de forma conservadora, que entre los ensayos clínicos que respaldaron 427 aprobaciones de medicamentos de la FDA entre 2013 y 2022, el 72 % no cumplió con uno o más de los cuatro estándares clave para demostrar que realmente demostraban la seguridad y eficacia de los medicamentos. Por ejemplo, la mayoría de los ensayos no midieron el beneficio clínico que se supone que proporciona el medicamento. Casi la mitad de todas las aprobaciones se basaron en un solo ensayo, lo que significa que no hubo ningún ensayo que replicara la prueba del beneficio.



Robert F. Kennedy Jr.

Si bien el secretario Kennedy ha denunciado la crisis de replicación en la ciencia (la incapacidad generalizada para reproducir los hallazgos de los estudios), la FDA ha actuado para exacerbarla. La agencia planea aprobar aún más medicamentos basándose en un solo ensayo clínico sin replicación.

Esta medida se basa en la misma captura de la industria que Kennedy ha denunciado, ya que la industria utilizó su influencia financiera durante las negociaciones para la primera reautorización de las tarifas de usuario en 1997 para reducir el número de ensayos requeridos para la aprobación de la FDA de dos a uno. El número de aprobaciones basadas en un solo ensayo se disparó de un 25% entre 1995 y 1997 a más de un 50% entre 2015 y 2017.

La falta de replicación es especialmente problemática dado que la industria financia los ensayos destinados a demostrar la seguridad y la eficacia. Hay evidencia sustancial que demuestra que la investigación patrocinada por la industria está significativamente sesgada para proporcionar hallazgos favorables a la industria.

La industria controla los resultados de estos ensayos y, en la mayoría de los casos, no proporciona la información completa a nadie fuera de la FDA. Por lo tanto, las revistas médicas, que dependen de los médicos para orientar el tratamiento de sus pacientes, actúan como comercializadores de las compañías farmacéuticas, publicando los resultados de sus ensayos sin verificar realmente su exactitud. La FDA tiene la autoridad legal para hacer públicos los resultados de estos ensayos, cumpliendo así la promesa del Secretario

Kennedy de transparencia absoluta, pero la agencia no lo ha hecho.

La falta de prioridad de la FDA a las pruebas de seguridad y eficacia, junto con la falta de transparencia, ha tenido consecuencias mortales. Tan solo el caso de Vioxx, donde la FDA no exigió suficientes pruebas de seguridad y el New England Journal of Medicine publicó los resultados erróneos de los ensayos de la industria, resultó en la muerte de aproximadamente 40.000 a 60.000 estadounidenses.

Las aprobaciones más rápidas con evidencia más débil fueron las prioridades de la anterior dirección de la agencia, que Kennedy ha declarado que fue absorbida por la industria. El secretario Kennedy ha citado estimaciones que indican que las reacciones adversas a los medicamentos se encuentran entre las cuatro principales causas de muerte en Estados Unidos, ha criticado duramente la investigación financiada por la industria y ha señalado que "la desastrosa salud del pueblo estadounidense dejó de ser un misterio" tras conocerse la financiación de las tasas de usuario de la FDA.

Sin embargo, las acciones de la FDA bajo su liderazgo no reflejan una agencia dedicada a revertir la corrupción de la industria; más bien, muestran un compromiso con su continuidad. Para que la FDA deje de ser un títere de la industria, sus líderes deben revertir la tendencia, que se ha prolongado durante décadas, de los reguladores a depender del dinero de la industria y a priorizar las demandas de la industria de aprobaciones más rápidas para medicamentos sin demostrar realmente su seguridad y eficacia.



OTRAS FUENTES

El Tribunal Supremo decidirá si el precio real y la financiación de los medicamentos siguen siendo secretos

Civio.

14 de enero de 2026. <https://civio.es/novedades/2026/01/14/el-supremo-decidira-si-el-precio-real-de-los-medicamentos-para-las-arcas-publicas-sigue-siendo-secreto/>

Civio viene desarrollando una actividad incansable para conseguir la transparencia sobre los precios reales y la financiación de los medicamentos que se pagan con dinero público. En esta ocasión han conseguido a través de un recurso de casación que el Tribunal Supremo tenga que pronunciarse sobre la confidencialidad en el caso Luxturna, un tratamiento desarrollado por la farmacéutica Novartis.

El Tribunal Supremo ha admitido el recurso de casación de Civio en el caso Luxturna, un tratamiento desarrollado por la farmacéutica Novartis. El alto tribunal se pronunciará sobre si puede imponerse la confidencialidad del precio y las condiciones de financiación de un medicamento pagado con dinero público, como defienden el Ministerio de Sanidad y el laboratorio, o si deben prevalecer el derecho de acceso a la información y la Ley de Transparencia.

Es la segunda vez que el Supremo admite un recurso de casación de Civio por este asunto. En noviembre, admitió un recurso similar, pero en este caso por otro medicamento, Zongelsma.

En un [auto](#) fechado el 17 de diciembre de 2025, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo admite el recurso de casación nº 4550/2025 contra la sentencia de la Audiencia Nacional de 23 de abril de 2025. Ese paso ya es importante por sí mismo. La casación en el Supremo no es un trámite automático. Se admite cuando el tribunal



aprecia que el asunto plantea una cuestión jurídica con alcance general, con interés para fijar jurisprudencia. En términos más claros: el Supremo indica que esto no es un caso más, sino un conflicto que conviene resolver con una doctrina clara.

En el procedimiento están personados, además de Civio, el Consejo de Transparencia y Buen Gobierno (CTBG), el Ministerio de Sanidad (a través de la Abogacía del Estado) y Novartis Farmacéutica, S.A. Novartis se opuso a que se admitiera la casación. El Supremo, aun así, la ha admitido.

Lo que pedimos en 2021 (y por qué los matices importan)

Luxturna es una terapia génica de Novartis que sirve para niños y adultos con una distrofia hereditaria que afecta a la retina, una enfermedad poco frecuente que puede causar ceguera de forma progresiva. El precio máximo fijado en España es de 345.000 euros por ojo, de forma que un tratamiento completo para un paciente asciende a 690.000 euros, pero esa cantidad

no es lo mismo que el coste real que asumen las administraciones, como [revelamos desde Civio en exclusiva](#) tras encontrar varios contratos públicos relacionados.

Desde el principio, la [solicitud](#) de acceso de Civio era muy concreta: obtener la resolución administrativa que dicte Sanidad estableciendo el precio y las condiciones de financiación del medicamento dentro del Sistema Nacional de Salud, y que es obligatoria para su financiación por el sistema sanitario público. No “las tripas” económicas de Novartis ni de su producto. No los documentos internos que el laboratorio aporta al Ministerio durante la negociación, sujetos a confidencialidad. Una cosa es la información que la empresa entrega para que la Administración fije el precio; y otra, la decisión final de la Administración sobre cuánto se paga y bajo qué condiciones. Esto último es lo que Civio reclama que se haga público.

El matiz importa porque el artículo 97 del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos (RDL 1/2015) establece que, a efectos de fijación de precios, los laboratorios deben facilitar información técnica, económica y financiera, y que “la información que en virtud de este artículo obtenga la Administración” será confidencial. Civio sostiene que esa confidencialidad protege los datos aportados por la empresa, pero no convierte en secreto automático la resolución posterior de Sanidad con el precio final y las condiciones pactadas, que es un acto administrativo con efectos directos sobre el gasto público.

En primera instancia, en 2023, el Juzgado Central avaló la posición de Civio y la del CTBG: que [Sanidad debía entregar la información](#). La Audiencia Nacional, sin embargo, [revocó esa decisión](#) en 2025.

¿Por qué recurrir ante el Supremo?

En opinión de Civio, la sentencia de la Audiencia Nacional utiliza de forma expansiva -al igual que hizo en el [caso](#)

[BOSCO](#)- varios límites de la Ley de Transparencia (intereses económicos y comerciales, política económica y monetaria, confidencialidad en la toma de decisiones) sin realizar, a nuestro juicio, la ponderación exigible por ley. El propio CTBG —también recurrente en casación— insiste en ese punto: que el régimen de confidencialidad que introduce el artículo 97.3 no puede aplicarse como un veto automático, sino sometido al “doble test” característico de la Ley 19/2013. Es decir, hay que demostrar un daño real y específico y, aun así, ponderar si prevalece el interés público.

El escrito de Civio también recuerda algo que debería preocupar incluso a quienes defienden la confidencialidad como herramienta negociadora: si el precio real pagado por una administración puede ocultarse por el mero hecho de estar conectado a información empresarial, cualquier empresa adjudicataria de contratos públicos podría intentar lo mismo. Bastaría con invocar intereses económicos o comerciales para convertir el precio unitario de un suministro en una “caja negra”. Esa deriva colisiona frontalmente con la lógica básica de la contratación pública y con la rendición de cuentas del gasto público.

Además, hay un elemento normativo que Sanidad y las farmacéuticas tienden a tratar como decorativo, pero no lo es: el propio RDL 1/2015 consagra la transparencia como regla general en los procesos de adopción de decisiones en materia de medicamentos y productos sanitarios. Si el legislador ha querido máxima transparencia como principio, la interpretación de la confidencialidad no puede convertirse, sin más, en un agujero negro que absorbe el resultado final de las decisiones públicas. La consecuencia es conocida: Sanidad y Novartis se oponen a que dicha información sea pública. Pero, muy a su pesar, el auto de admisión del Supremo identifica, con precisión, qué debate considera relevante. Traducido a lenguaje claro, el tribunal va a decidir tres cosas.

Las tres preguntas que fijarán doctrina

Primero: si el artículo 97.3 del RDL 1/2015 es, de verdad, un “régimen específico” que desplaza la Ley de Transparencia, o si la Ley 19/2013 sigue siendo el marco de garantías para interpretar y aplicar cualquier confidencialidad.

Segundo: qué alcance tiene esa confidencialidad del artículo 97.3, y en particular si puede extenderse a algo cualitativamente distinto de los datos aportados por la empresa: al precio y las condiciones de financiación fijadas por la Administración cuando se decide que el medicamento sea financiado por el sistema sanitario público.

Tercero: si la confidencialidad se justifica solo mientras la decisión se está tomando —cuando el procedimiento está vivo— o si se proyecta también una vez la decisión está adoptada, ejecutada y con efectos presupuestarios. Es decir, si es confidencial para siempre, como quieren los laboratorios.

Estas tres preguntas, bien resueltas, servirán para evitar un extremo que Civio rechaza: un sistema donde todo es secreto por defecto.

Contra la estrategia de opacidad de Sanidad y los laboratorios

Esto no viene de cero. Mientras los tribunales estaban juzgando sobre si el precio real y las condiciones de financiación debían ser, o no, accesibles, Sanidad ha dado a las farmacéuticas algo que querían: un anteproyecto de ley que [blinda el secretismo por escrito](#), también sobre la información resultante de los acuerdos de financiación o de su aplicación. Para Civio, esta toma de partido coincide plenamente con el interés de la industria: mantener una asimetría informativa donde se negocia sin luz pública sobre lo que firma.

La posición de Civio es la opuesta: el umbral informativo no lo fija quien paga ni quien cobra. Lo fijan el interés público y el marco legal del derecho de acceso. El precio real y

las condiciones de financiación importan porque condicionan el gasto sanitario y, por tanto, las prioridades presupuestarias; porque afectan a la capacidad del sistema para incorporar innovaciones sin desbordarse; y porque, sin esos datos, se hace imposible detectar decisiones ineficientes o en las que prevalecen los intereses de las empresas sobre el interés público. Si el precio real y las condiciones pactadas siguen siendo opacos, la ciudadanía —y también los parlamentos, los órganos de control y, en general, cualquiera que fiscalice el gasto público o la política sanitaria— seguirá sin poder responder a preguntas elementales, porque no se puede auditar lo que no se puede conocer.

Qué viene ahora

Con la admisión del recurso, el procedimiento entra en su fase decisiva: Civio y el CTBG presentarán sus escritos de casación y el Supremo resolverá fijando doctrina. En Civio pensamos que, aunque este tipo de pleitos suelen pasar por debajo del radar mediático, son exactamente los que cambian el marco real de la rendición de cuentas. Son lentos (este empezó hace cuatro años), ingratos y, a veces, llenos de retrocesos. Por eso no los sostiene cualquiera. Si Civio puede es porque cuenta con una comunidad que lo hace posible: cerca de 2.300 socias y socios que financian periodismo y [acción legal](#) para empujar donde otros no llegan. En 2017, cuando la Audiencia Nacional defendió una lectura restrictiva del derecho de acceso, llegamos al Supremo y [ganamos](#). En el caso BOSCO, sobre la [opacidad de los algoritmos públicos](#), lo mismo. Este es el mismo tipo de empeño a favor del interés general: de los que definen el perímetro de lo que se puede preguntar y lo que se puede saber.

Una vez que presentemos nuestros argumentos, el Supremo tiene la palabra. Nosotros vamos a poner sobre la mesa, con contundencia, lo esencial: si el Estado paga, la ciudadanía debe poder saber cuánto y en qué condiciones. Sin confidencialidad por defecto. Con transparencia y con derecho.

OTRAS FUENTES

2025 un año brutal para la salud global

Equipo Editorial HPW.

Health Policy Watch. 28-12-2025. <https://healthpolicy-watch.news/2025-a-brutal-year-for-global-health/>

Hemos seleccionado este artículo donde HPW relata su actividad a lo largo del 2025. Nos ha parecido que proporciona una imagen que no suele ser la habitual sobre lo que ha ocurrido en este año que ha finalizado en el campo de la salud mundial. También recomendamos vivamente leer los párrafos que se refieren a los Memorandos de Entendimiento (MOU) bilaterales entre EEUU y los países africanos que obligan a estos últimos a condiciones abusivas.

Este ha sido un año brutal para la salud mundial, con recortes drásticos en la ayuda al desarrollo para los países más necesitados; una crisis presupuestaria con consecuencias para las agencias de las Naciones Unidas (ONU); crisis humanitarias generalizadas, brotes extensos de enfermedades y crecientes desafíos de salud relacionados con el clima.

Health Policy Watch (HPW) ha brindado cobertura diaria de los acontecimientos, y nuestros reporteros fueron a menudo los primeros en dar noticias sobre diversos temas, a pesar de nuestra pequeña y escasa redacción.

Desplome de la ayuda al desarrollo

El caos siguió a la "pausa" inmediata de toda la ayuda al desarrollo de Estados Unidos tan pronto como Donald Trump asumió la presidencia en enero.

La "pausa" incluyó el Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR), que financiaba tres cuartas partes de los programas de VIH y tuberculosis en todo el mundo, incluyendo medicamentos antirretrovirales vitales para 20,6 millones de personas en 2024.

En cuestión de semanas, las clínicas de toda África cerraron y los pacientes fueron rechazados por falta de dinero para personal o medicamentos. Aunque el secretario de Estado estadounidense, Marco Rubio, emitió

posteriormente una exención limitada para programas que salvan vidas, esta tenía un enfoque recortado e ideológicamente sustentado en la opinión de la Fundación Heritage de que el VIH es una "enfermedad relacionada con el estilo de vida", por lo cual la administración Trump dejó de financiar medidas contra el VIH dirigidas a las "poblaciones clave" más vulnerables a la infección, como las trabajadoras sexuales y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

A las dos semanas de que Trump asumiera la presidencia, su asesor, Elon Musk, y el nuevo Departamento de Eficiencia Gubernamental (DOGE) también dismantelaron la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Musk declaró: «USAID es una organización criminal. Es hora de que desaparezca».

USAID tenía una enorme importancia, y su cierre afectó a casi todos los países del mundo, desde Albania hasta Zambia. Dado que USAID había administrado el 60 % de los fondos del PEPFAR, en muchos casos no quedaba nada para proporcionar bienes y servicios a los proyectos cubiertos por la exención de Rubio.

El informe sobre este tema estuvo a cargo del editor adjunto de HPW, Kerry Cullinan.

La OMS recorta drásticamente su personal

La retirada de Estados Unidos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el primer día de Trump en el cargo, y su menor apoyo a otras agencias de la ONU, desencadenó despidos masivos y reestructuraciones.

La OMS está recortando su personal en aproximadamente una cuarta parte, con el objetivo de eliminar a unos 2371 empleados para mediados de 2026, muchos de ellos a finales de este año, lo que ha tenido repercusiones en Ginebra. Esto ha afectado a la capacidad de la OMS para responder a emergencias sanitarias en todo el mundo.

La Asociación del Personal de la OMS decidió cuestionar la imparcialidad y legitimidad del proceso de reestructuración y recoger la creciente indignación del personal de nivel inferior, ya que HPW destacó datos que sugieren que el personal de nivel bajo y medio será el más afectado por los recortes, mientras que los altos ejecutivos, cuyos costos reales superan con creces sus salarios publicados, permanecen en gran medida protegidos.

ONUSIDA también se ha visto obligado a recortar el 55% del personal de su sede central y a reducir sus oficinas nacionales a casi la mitad después de que Estados Unidos dejara de financiarla, una medida que afectó al 40% de su presupuesto. La agencia advirtió que los abruptos recortes de financiación han generado "riesgos peligrosos" para la respuesta mundial al VIH, que amenazan la salud y el bienestar de millones de personas en todo el mundo.

"Sentimos que nos han arrancado el suelo bajo nuestros pies", declaró una mujer mozambiqueña con VIH a ONUSIDA, que informó a finales de año que más de dos millones de mujeres y niñas se han visto "privadas de servicios de salud esenciales" y millones de personas con alto riesgo de contraer el VIH han perdido el acceso a "las herramientas de prevención más eficaces

disponibles": la profilaxis preexposición (PrEP).

Gavi, la alianza para las vacunas ha reducido su personal en un tercio, lo que también afectará a los esfuerzos mundiales de vacunación.

Aumentan los brotes de enfermedades, al igual que las actividades antivacunas

Los conflictos y las crisis humanitarias, en particular en Gaza, Sudán y Ucrania, causaron numerosas víctimas entre la ciudadanía y en el personal sanitario, con ataques continuos y sin precedentes contra centros sanitarios.

La cobertura de HPW sobre el conflicto en Gaza incluyó el bloqueo israelí de Gaza, la hambruna resultante, los ataques israelíes al almacén de la OMS y los esfuerzos de Israel para lograr la liberación de los rehenes retenidos por Hamás.

Esta cobertura también estuvo a cargo de la editora en jefe, Elaine Fletcher.

HPW también ha informado sistemáticamente sobre la crisis humanitaria en Sudán, incluyendo el ataque a una maternidad en El Fasher, en el que murieron más de 460 personas.

El cambio climático está "matando innecesariamente a millones"

El cambio climático se cobra millones de vidas cada año debido al calor extremo, la contaminación atmosférica, los incendios forestales y la propagación de enfermedades infecciosas mortales, según el noveno informe anual "Cuenta atrás" de Lancet, la evaluación más completa hasta la fecha sobre la relación entre el cambio climático y la salud, publicado en octubre.

"Estamos presenciando millones de muertes innecesarias cada año debido a nuestra persistente dependencia de los combustibles fósiles, a nuestra demora en mitigar el cambio climático y a nuestros inevitables

retrasos en la adaptación al cambio climático”, declaró Marina Romanello, directora ejecutiva de The Lancet Countdown en el University College de Londres, describiendo el informe de este año como “un panorama sombrío e innegable de los devastadores daños a la salud que afectan a todo el mundo”.

Según los científicos, incumplir el Acuerdo de París de 2015, un tratado global jurídicamente vinculante adoptado en 2015 para combatir el cambio climático limitando el calentamiento global muy por debajo de los 2 °C (idealmente 1,5 °C) con respecto a los niveles preindustriales, es ahora inevitable. El mundo se encamina a un calentamiento de 2,8 °C para finales de siglo con las políticas actuales, según una evaluación de la ONU.

Las emisiones globales de gases de efecto invernadero aumentaron un 2,3%, alcanzando un récord de 57,7 gigatoneladas de CO₂ equivalente en 2024, el mayor incremento anual desde la década del 2000.

El cambio de uso del suelo y la deforestación representan el 53% del aumento general, mientras que la producción de combustibles fósiles continúa expandiéndose, en directa contradicción con los compromisos climáticos.

Estados Unidos es el mayor emisor; sin embargo, Trump lo retiró del Acuerdo de París el primer día de su presidencia.

La Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos (EPA) se ha comprometido a revertir 31 regulaciones sobre clima, contaminación atmosférica e hídrica, y emisiones que afectarán negativamente a la salud de los ciudadanos.

La EPA también ha anunciado que ya no exigirá a la mayoría de los contaminadores que informen sobre sus emisiones de dióxido de carbono, metano y otros gases de efecto invernadero que causan el cambio climático.

El impacto de la contaminación atmosférica

Mientras tanto, el 90% de la población mundial respira a diario niveles de contaminación atmosférica peligrosamente insalubres, y millones de personas enferman cada año con diversas enfermedades respiratorias y cardiovasculares, además de cáncer, lo que provoca al menos siete millones de muertes anuales.

La contaminación atmosférica es la principal causa de muerte en el sur de Asia, con 2,7 millones de muertes, de las cuales 2,1 millones se producen solo en la India. Cada vez hay más pruebas del impacto de la contaminación atmosférica en diversas afecciones médicas, como accidentes cerebrovasculares, diabetes, enfermedades cardíacas y cáncer de pulmón.

Fuentes importantes de partículas finas mortales (PM_{2.5}) provienen de los combustibles fósiles en vehículos, centrales eléctricas y otras instalaciones industriales, así como de la quema de carbón, madera, estiércol y residuos agrícolas.

Derechos de las mujeres

HPW ha cubierto la reacción contra los derechos sexuales y reproductivos, y los derechos de las mujeres, a través de artículos sobre grupos estadounidenses antiderechos que se movilizan en África, la revocación del derecho al aborto en Argentina, el impacto de la violencia de pareja en los niños, los esfuerzos para facilitar el acceso a productos menstruales para niñas y mujeres, la mutilación genital femenina y varios artículos sobre las mujeres bajo el régimen talibán en Afganistán.

¿Un nuevo orden mundial?

En los últimos meses del año, la administración Trump buscó convertir el caos causado por sus recortes de fondos en oportunidades para Estados Unidos mediante la firma de acuerdos bilaterales de salud con varios países africanos que promueven las oportunidades comerciales estadounidenses y también permiten el

acceso de Estados Unidos a minerales africanos.

Este enfoque se detalla en la Estrategia de Salud Global "América Primero", publicada en septiembre, que "utiliza la diplomacia sanitaria global y la asistencia exterior para hacer que Estados Unidos sea más seguro, más fuerte y más próspero". Impulsados por el exfuncionario del DOGE, Brad Smith, estos Memorandos de Entendimiento (MOU) bilaterales obligan a los países que reciben ayuda estadounidense para combatir el VIH, la tuberculosis y la malaria a compartir de inmediato toda la información sobre "patógenos con potencial epidémico" y otorgan a Estados Unidos el derecho a compartir dicha información con otras entidades, incluidas las compañías farmacéuticas estadounidenses.

Los MOU socavan directamente las negociaciones de la OMS sobre un sistema de acceso y distribución de beneficios de patógenos (PABS) que se llevan a cabo en Ginebra, lo que coloca a los países africanos en una posición particularmente difícil.

A diferencia de los acuerdos anteriores del PEPFAR, los MOU excluyen la participación de grupos comunitarios, excepto de los proveedores de servicios religiosos, algunos de los cuales son conocidos por su oposición a la anticoncepción y al reconocimiento de las personas LGBTQ+.

Grupos de la sociedad civil han calificado los MOU de "extractivos" y más de 50 organizaciones emitieron una carta instando a los jefes de estado y de gobierno africanos a exigir "equidad y soberanía" en los nuevos acuerdos bilaterales.

Sin embargo, en una reacción positiva a la caída de la ayuda, varios países africanos han asignado más fondos a la salud, mientras que varios esfuerzos continentales están construyendo la independencia de África. En la Cumbre de Soberanía Sanitaria de África, el presidente de Ghana, John Mahama,

anunció la formación del Grupo de Trabajo Presidencial de Alto Nivel sobre Gobernanza Mundial de la Salud en respuesta a la reducción del 40 % en la ayuda al desarrollo en los últimos dos años.

“El mundo ha cambiado, pero la gobernanza mundial de la salud no ha seguido el ritmo de este mundo cambiante. En este momento, estamos llamados a rediseñar la arquitectura que, durante demasiado tiempo, ha excluido las voces de África, sus necesidades e innovaciones”, declaró Mahama.

En un artículo para HPW, el ministro de Salud nigeriano, Muhammad Ali Pate África, argumenta que África “puede redefinir su papel en la salud global, emergiendo como productor, innovador y socio igualitario en la definición tanto de la salud de su población como del bienestar mundial”.

Pate argumenta que esto se puede lograr si los países invierten en salud “con la misma urgencia que dedican a la infraestructura, la defensa o la gobernanza”; si fortalecen la cooperación y colaboración Sur-Sur; y si forjan una alianza continental que aproveche la experiencia, los recursos y la innovación compartidos para la seguridad sanitaria colectiva.

HPW se enorgulleció de ser socio mediático en la Conferencia de Salud Pública en África 2025, donde investigadores africanos debatieron la mejor manera de fomentar la solidaridad entre los países del continente.

Agradecemos profundamente a nuestros donantes y a los medios de comunicación que han apoyado a HPW para mantenerse a flote durante este año difícil y brindar una importante plataforma gratuita de participación para el Sur y el Norte Global.

Pero, sobre todo, agradecemos a todos nuestros lectores su compromiso e interés. Por favor, consideren donar a HPW para asegurar nuestra supervivencia. ¡Que 2026 sea un año más positivo para la salud global!

OTRAS FUENTES

Teva Pharma, la farmacéutica israelí al servicio del capitalismo corporativista bestializado

Marina H. /Eva M. /Elvira P. /Soledad A.

El Salto, 10-01-2026. <https://www.elsaltodiario.com/opinion/teva-pharma-farmaceutica-israeli-al-servicio-del-capitalismo-corporativista-bestializado>

El diario El Salto publica un interesante artículo de opinión donde se expone la estrategia y relaciones de la empresa farmacéutica Teva con el Estado de Israel.

Poco antes de la estafa de 2008 -eufemísticamente llamada crisis económica-, Naomi Klein publicó una obra que sigue resonando a día de hoy, *La Doctrina del shock* (2007). El nuevo sistema denominado por Klein como corporativista se caracterizaba por una enorme transferencia de la riqueza pública a la propiedad privada; el aumento de la desigualdad económica; y la aparición de un nacionalismo violento que justificaba el aumento del gasto en defensa y seguridad militar. Casi 20 años después, el resultado de esta terapia del shock es una economía al servicio del capitalismo bestializado, tal como sentenció la periodista Laura Arroyo. Tutelada por un conjunto variopinto de élites neoliberales fascistas y sionistas como Donald Trump, Elon Musk, Benjamin Netanyahu, Javier Milei o Ursula von der Leyen, Klein ya predijo en 2007 que la economía iniciada en la era de George Bush hijo seguiría funcionando mientras que la ideología supremacista y empresarial no fuese desenmascarada.

Dentro de este capitalismo corporativista y bestializado, la industria farmacéutica representa el tercer sector de la economía mundial, por detrás del armamento y el narcotráfico. Dicha industria ejerce su poder de dos formas: presionando a sus legisladores y presionando a la Organización Mundial del Comercio. Peter C. Gotzsche en

Medicamentos que matan y crimen organizado (2014) demuestra cómo la industria farmacéutica se ha convertido en el principal actor de su propia regulación. Las corporaciones farmacéuticas son las primeras responsables de miles de casos de corrupción en el mundo, de fraude científico, de iatrogenia y de desigualdad de abastecimiento entre la población mundial.

Si bien las prácticas más éticamente cuestionables o corruptas de las empresas farmacéuticas son aquellas vinculadas a los medicamentos de marca, mediante la extensión de patentes tras modificaciones mínimas en su composición; el marketing ilegal y promoción de medicamentos para usos no aprobados por las autoridades regulatorias; y prácticas de lobby agresivo frente a organismos regulatorios; dichas prácticas corruptas han encontrado también en la producción de medicamentos genéricos un nuevo nicho en el mercado para la maximización de beneficios, utilizando para ello las estrategias capitalistas de explotación de recursos y prácticas anticompetitivas.

Desde hace dos décadas, la mayor parte de los países europeos han aumentado el uso de los denominados medicamentos genéricos: fármacos que contienen las mismas características farmacocinéticas, farmacodinámicas y terapéuticas que el medicamento original o de marca, pero cuya

patente ha expirado. Estos han contado con una aura de bondad y con ello de tolerancia ante la crítica por facilitar el acceso a fármacos esenciales a una mayor parte de población por su coste menor y producción descentralizada. No obstante, y como ya hemos mencionado, no están exentos de que en su elaboración y comercialización participen lógicas capitalistas y prácticas agresivas que atentan contra la humanidad, como ocurre en el caso de la farmacéutica israelí Teva Pharma, una de las mayores empresas de producción de medicamentos genéricos del mundo.

Un artículo del [El Público](#) destacaba hace poco que el patrocinio de proyectos de I+D de Teva España había crecido un 88% desde 2023 y que la inversión total en relaciones públicas entre los años 2023 y 2024 se había reducido en 800.000 euros. En el mismo artículo, se subrayaba que, según Teva, nada de esto tenía que ver con el genocidio en curso. La noticia citaba a la organización [Who Profits](#) que ha señalado a Teva como empresa que se beneficia económicamente de la ocupación ilegal de Palestina y que se halla en la lista de empresas implicadas en el negocio de la ocupación por el movimiento Boicot, Desinversión y Sanciones (BDS).

Lo que no mencionaba el artículo es que, en lo que a Teva España se refiere, desde 2021 la farmacéutica ha invertido casi 40 millones de euros sólo para la ampliación de su sede en el polígono industrial de Malpica en Zaragoza. El entonces alcalde de Zaragoza -hoy presidente de la comunidad autónoma de Aragón, Jorge Azcón- afirmó que Teva se vería favorecida por un [marco atractivo de fiscalidad](#). Sí, el beneficio siempre es lo que cuenta.

Beneficios de la ocupación ilegal

Además de las múltiples corruptelas típicas de las farmacéuticas, Teva es una empresa israelí que se ha beneficiado de la ocupación ilegal, del sistema de apartheid y del mercado cautivo derivado del Protocolo de París de 1994, acuerdo económico dentro de

los Acuerdos de Oslo (1993-1995). Este acuerdo económico estableció una dependencia económica de Palestina respecto a las políticas y leyes aduaneras israelíes para la importación y exportación de bienes. En referencia a la industria farmacéutica, esta dependencia tuvo y sigue teniendo repercusiones negativas para el pueblo palestino. La importación de medicamentos a Cisjordania solo se permite si estos están registrados en Israel. Esto hace que el mercado palestino no pueda mantener relaciones justas de importación y exportación de medicamentos con otros mercados cercanos. Por ejemplo, por motivos de “seguridad”, la industria farmacéutica palestina no puede enviar medicamentos a través del Aeropuerto de Ben Gurión, por lo que debe hacerlo -y siempre con el permiso de Israel- a través de Jordania; así, se encarece el precio de dichos medicamentos y, por ende, se vuelven menos competitivos que los medicamentos israelíes. Este es uno de los numerosos ejemplos de cómo las empresas farmacéuticas israelíes se ven favorecidas por el sistema de ocupación y de apartheid.

En el caso de la Franja, Israel prohíbe deliberadamente la exportación de medicamentos desarrollados en Gaza desde que el 19 de septiembre de 2007 declaró la Franja de Gaza como entidad enemiga. Así, Israel impide el desarrollo de la industria farmacéutica gazatí.

En un el informe publicado en 2020 por la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, “[Gaza 2020: Uninhabitable and Unnoticed as Israel’s Restrictions Tighten](#)”, se mencionaba la fragmentación y desmantelamiento del sistema sanitario gazatí como consecuencia del bloqueo de la Franja de Gaza. El origen de esta crisis sanitaria era el complejo régimen de permisos de salida por motivos sanitarios y la denegación arbitraria de dichos permisos impuestos por las fuerzas de ocupación israelí, que causaba ansiedad a los pacientes y a sus familias, lo que agravaba la salud de éstos. El informe señalaba la

violación del derecho del pueblo palestino a la salud y a la vida; y ponía como ejemplo el fallecimiento de dos bebés palestinos de 9 días y 8 meses como consecuencia de la demora deliberada de estos permisos de evacuación. Hay que señalar que algunos de los elementos constitutivos del crimen de apartheid son la creación de reglamentos y leyes que limitan la libre circulación de las personas en el territorio (los permisos sanitarios y los checkpoints son un claro ejemplo en Palestina).

En lo que respecta al genocidio, sabemos que después de que la Corte Internacional de Justicia exigiese en enero de 2024 medidas inmediatas para frenar actos susceptibles de genocidio y reconociese el “riesgo real e inminente de perjuicio irreparable” a los derechos de los palestinos de Gaza con arreglo a la Convención contra el Genocidio, la farmacéutica Teva ha mantenido una estrecha relación con las políticas de Israel. En octubre de 2023, Teva donó 1,5 toneladas de [equipos sanitarios a la ONG israelí Pitchon Lev](#), donde se incluyó la recolección de equipo para soldados de la IDF. El mismo mes de octubre, Teva aprovechó para reforzar la cooperación con la organización sin ánimo de lucro, Haverim Le Refuah, e incrementó su donación en medicamentos. Solo como ejemplo de hipocresía, esta organización benéfica demostró su preocupación en el Jerusalem Post por los [11 prisioneros israelíes](#) del 7 de octubre que tenían diabetes; sin embargo, nunca se pronunció por los miles de casos de diabetes, cáncer o cardiopatías severas de entre los más de 11.000 rehenes palestinos.

Teva regaló también equipos sanitarios al servicio de emergencias y asistencia médica israelí, [Magan David Adom](#) (MDA) que colaboran estrechamente con las IDF y, especialmente, con el comando de retaguardia como brazo médico auxiliar. No sólo eso, sino que el presidente de un comité supervisor de la MDA en 2007, el rabino Shmuel Eliyahu, instó a Israel en unas [declaraciones en mayo de 2007](#) a masacrar a un millón de civiles palestinos y a

colgar de los árboles a los hijos de los palestinos considerados terroristas. La MDA ha sido denunciada por numerosas organizaciones a favor de los derechos humanos por dejar sin atención médica a los palestinos heridos, entre ellas el Sindicato de Periodistas de Palestina.

Richard Francis, director ejecutivo de Teva, señaló el 20 de febrero de 2024 en el diario [Times of Israel](#) que la resiliencia del equipo de Teva había sido extraordinaria y que el gran reto era operar un negocio de forma rápida a escala global en un momento de tensión. En otras palabras: en pleno genocidio del pueblo palestino había que hacer negocio. De hecho, un 10% de la plantilla de Teva fue llamada a filas desde el inicio del genocidio y estos fueron recompensados económicamente por la farmacéutica. Un mes antes, a finales de enero de 2024, once ministros y quince diputados de la coalición del actual gobierno israelí celebraron unas [conferencias](#) donde se exigió - entre cantos y bailes- la expulsión definitiva de los palestinos de la Franja de Gaza y el reasentamiento de los colonos.

La implicación de Teva volvió a resonar en las palabras de Yossi Ofek, director general de Teva Israel y del clúster de Ucrania, África y Oriente Medio. [Ofek declaró para Ice System](#) el 10 de abril de 2024, que [Teva se movilizó desde el primer día de la guerra en beneficio de Israel](#), lo que para él era: los heridos, las familias de estos y... las fuerzas de seguridad.

Es más que evidente que si financias un gobierno, unas organizaciones y empresas que exigen la deportación de un pueblo, el mantenimiento de un sistema de apartheid y la limpieza étnica; y si financias y ayudas a los soldados que llevan a cabo estos actos, estás financiando crímenes de lesa humanidad. Esto es algo que desde [Health Workers For Palestine España](#) denunciamos desde hace más de un año.

Las guerras, las masacres, los genocidios son caros, por eso, dentro de la lógica del

capitalismo corporativista y bestializado, las políticas eliminacionistas tienen en cuenta el coste-beneficio. Exterminar a miles de personas tiene otro objetivo, aparte del ya intrínseco, y es el de refundar las relaciones de poder y crear otras reglas del juego económico donde solo unos pocos tengan beneficios absolutos. Estos pocos son los que Klein situó en la burbuja de extrema riqueza y para los que la sentencia de Noam Chomsky tiene su pleno sentido: profit over people. Miles de transnacionales han ganado y ganan enormes cantidades de dólares y euros en el genocidio en curso, como así demostró en su informe [“De la economía de ocupación a la economía de genocidio”](#), Francesca Albanese, relatora especial de Naciones Unidas para los Territorios Palestinos. La impunidad y la inacción institucional internacional juegan a favor de los genocidas. Para el capitalismo corporativista y bestializado, si el coste de asesinar a miles de personas en Gaza hubiese sido un riesgo económico, nunca se hubiese producido. Por ende, si se ha producido es porque asesinar a todo un pueblo es rentable económicamente. Y esto es algo que no deberíamos olvidar.

En otro informe anterior, [“El genocidio como supresión colonial”](#) de octubre de 2024, Albanese señaló que el cultivo de la

doctrina que sostiene que la determinación del pueblo palestino es una amenaza para la seguridad de Israel es la justificación para legitimar una ocupación ilegal de forma permanente. En palabras de Yakov Rabkin, el sionismo, como proyecto nacionalista europeo y estadounidense, justifica el aumento del gasto en defensa en Israel como la única manera de salvaguardar a todos los judíos del mundo; incluso aunque muchos judíos no estén de acuerdo con el proyecto sionista. Por eso, la deshumanización y cosificación del pueblo palestino desde 1948 hasta día de hoy es una de las bases de la política estatal de Israel, independientemente del tipo de gobierno que haya habido.

Apoyar económicamente una entidad etnocrática y racista como Israel es financiar políticas de extrema crueldad. Todo este conjunto variopinto de canallas y asesinos como Benjamin Netanyahu, Bezalel Yoel Smotrich, Itamar Ben-Gvir, Daniella Weiss siguen ahí porque miles de empresas financian sus crímenes de lesa humanidad. Teva es una de esas empresas. Pero a todos esos psicópatas y empresarios colaboracionistas les recordamos que, en algún momento, esa economía iniciada en la era de George Bush hijo será desenmascarada, así como en algún momento Palestina será libre.



OTRAS FUENTES

Accesibilidad física de los medicamentos en los países que alojan ensayos para las aprobaciones de la FDA

Chris J. Lee, BS1 et.

JAMA Internal Medicine | JAMA Network 2026;186;(1):109-115.

https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2840935https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2840935?guestAccessKey=616af18a-e05a-422b-8026-7a9d3c0885eb&utm_medium=email&utm_source=postup_jn&utm_campaign=article_alert-jamainternalmedicine&utm_content=etoc-tfl&utm_term=010626

Este *abstract* de Jama nos ha parecido enormemente significativo. Este estudio transversal demuestra de una forma rotunda como los países de bajos y medianos ingresos (LMIC) donde se realizan ensayos clínicos por la industria farmacéutica no presentan ningún beneficio en el acceso posterior a esos medicamentos. Podemos considerar este método de realización de ensayos clínicos, en países LMIC como una forma de explotación humana.

Pregunta. ¿Los medicamentos son físicamente accesibles en los países donde se prueban para la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), y el acceso físico ha mejorado en ellos con el tiempo?

Hallazgos. En este estudio transversal de 172 medicamentos aprobados por la FDA de 2015 a 2018 y probados en 89 países, el 24 % fueron físicamente accesibles en todos los países donde se probaron 5 años después de la aprobación de la FDA. Los países de Europa Occidental tenían un acceso notablemente mejor (82%) que los países de África (28%), sin mejoras a lo largo del tiempo para los países de bajos y medianos ingresos.

Es decir, la mayoría de los países que participan en los ensayos para las aprobaciones de la FDA no pueden acceder físicamente a los medicamentos que prueban, particularmente los países de ingresos bajos y medianos, lo que plantea preocupaciones sobre la explotación, sin mejoras a lo largo del tiempo.

Esquema

Importancia. Las poblaciones que participan en ensayos clínicos deben beneficiarse de las intervenciones resultantes, de acuerdo con la orientación ética. Sin embargo, los estudios exploratorios muestran que los países de bajos y medianos ingresos (LMIC) que participan en

ensayos para las aprobaciones de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) carecen de acceso oportuno a los medicamentos que prueban, lo que plantea preocupaciones sobre la explotación.

Objetivo. Determinar si los medicamentos que reciben autorización de mercado (se vuelven físicamente accesibles) y cuándo son accesibles en los países donde se prueban para la aprobación de la FDA, así como las tendencias a lo largo del tiempo por ingresos del país y región geográfica.

Diseño y configuración. Este análisis retrospectivo transversal de los ensayos de fase 2 y 3 que respaldan la aprobación de la FDA de nuevos medicamentos de 2015 a 2018 utilizó datos de la base de datos Drugs@FDA, el sitio web ClinicalTrials.gov y los sitios web de las agencias reguladoras de medicamentos. Los datos se analizaron desde noviembre de 2022 hasta enero de 2025.

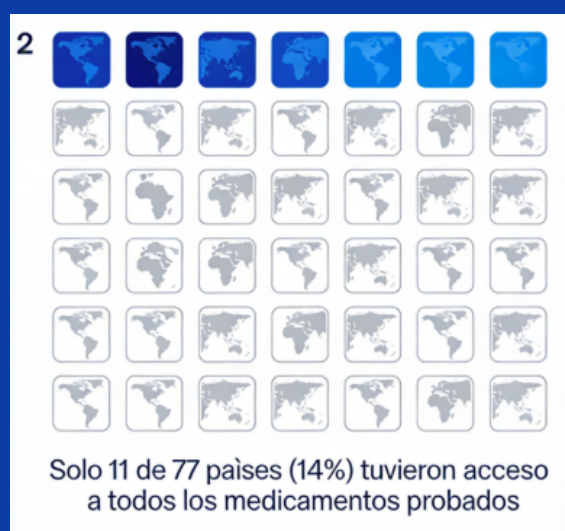
Principales resultados y medidas. Proporción de medicamentos que reciben autorización de mercado (accesible físicamente) donde se prueban para la aprobación de la FDA, tiempo medio de autorización y proporción de países con acceso físico a todos los medicamentos que probaron dentro de 1 a 5 años de la aprobación de la FDA por país, grupo de ingresos y región geográfica.

Resultados .La FDA aprobó 172 medicamentos entre 2015 y 2018 basados en 885 ensayos que abarcan 89 países (mediana [IQR] de 16 [7-26] países por medicamento). Entre los 77 países que informaron públicamente las autorizaciones de comercialización, 11 (14%) tuvieron acceso físico a todos los medicamentos que probaron 5 años después de la aprobación de la FDA. De los 144 medicamentos probados fuera de los EE. UU., 34 (24%) fueron físicamente accesibles en todos los países donde se analizaron. Los países de altos ingresos tenían un mayor acceso físico, con 45 de 142 (32%) que probaron medicamentos físicamente accesibles, que los de ingresos medios altos (19 de 87 medicamentos [22%]) o los países de ingresos medios bajos (7 de 55 medicamentos [13%]) dentro de los 5 años posteriores a la aprobación de la FDA ($P < .001$). Entre los medicamentos probados accesibles en el momento de 5 años, el acceso

físico fue más bajo en África (11 de 40 [28%]) y más alto en Europa Occidental (104 de 127 [82%]) ($P < .001$). El acceso físico mejoró con el tiempo para los países de altos ingresos (2015-2016 vs. 2017-2018 aprobaciones de la FDA: 13 de 58 [22%] vs 32 de 84 [38%]; $P < .001$), sin mejoras estadísticamente significativas para los ingresos medios altos (2015-2016 vs. Aprobaciones de la FDA de 2017-2018: 7 de 38 [18 %] frente a 12 de 49 [24%]; $P = 0,08$) o países de ingresos medios bajos (2015-2016 vs. Aprobaciones de la FDA: 4 de 29 [14 %] vs 3 de 26 [12 %]; $P = 0,48$).

Conclusiones y relevancia. Los resultados de este estudio transversal mostraron que la mayoría de los países involucrados en los ensayos para las aprobaciones de la FDA no obtienen acceso físico oportuno a los medicamentos que ayudan a evaluar, particularmente los LMIC, sin mejoras a lo largo del tiempo para los LMIC.

Acceso global a nuevos medicamentos aprobados por la FDA (2015-2018)



Los resultados de este estudio transversal mostraron que la mayoría de los países involucrados en los ensayos para las aprobaciones de la FDA no obtienen acceso físico oportuno a los medicamentos que ayudan a evaluar.

* Gráfico generado por Perplexity, utilizando el modelo lib.guides.umd

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



La región de África + Egipto, Libia, Somalia, Sudán y el Grupo para la Equidad lideran la iniciativa de 80 países para un sistema justo de acceso a los patógenos y distribución de beneficios

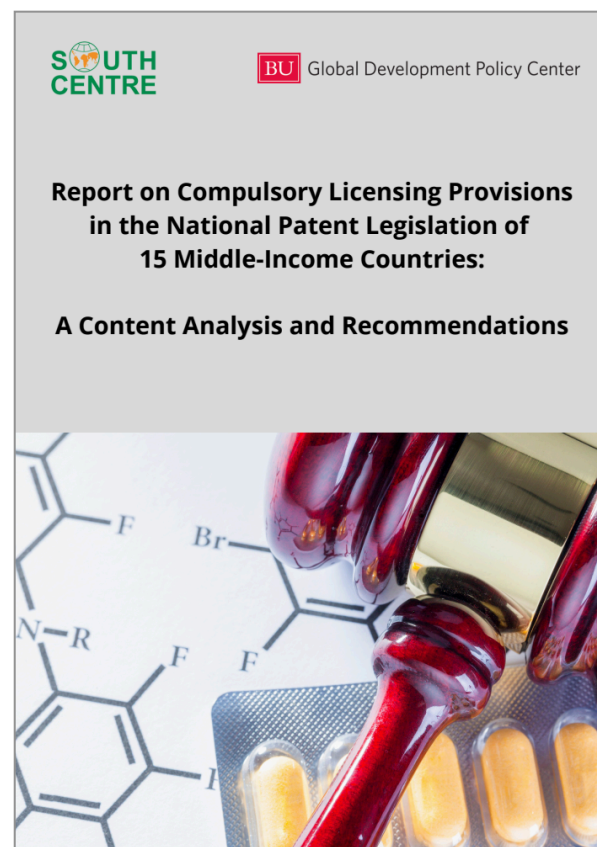
DECLARACIÓN DEL GRUPO PARA LA EQUIDAD Y LA REGIÓN DE ÁFRICA+EGIPTO, LIBIA, SOMALIA Y SUDÁN

SouthNews No. 544, 1 de diciembre de 2025. <https://mailchi.mp/southcentre/southnews-africa-region-egypt-libya-somalia-sudan-and-group-for-equity-lead-80-country-push-for-fair-pathogen-access-and-benefit-sharing-system?e=529ca985b5>

Desde el 1 hasta el 5 de diciembre, se han reanudado las negociaciones del Grupo de Trabajo Intergubernamental (GTI) para intentar llegar a un acuerdo sobre el Sistema de Acceso a los Patógenos y Distribución de Beneficios (SAP) como anexo al Acuerdo sobre Pandemias de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (En AJM hemos recogido diversos textos anteriores sobre el tema)

Los países en desarrollo, el Grupo Africano (GA) y el Grupo para la Equidad han realizado una declaración conjunta en representación de 80 países en desarrollo en una demostración de unidad. Este bloque unificado de países defiende en primer lugar:

“la igualdad de condiciones para el acceso rápido a materiales pandémicos e información digital sobre secuencias (IDS) y en segundo lugar “el acceso rápido a vacunas, terapias y diagnósticos (VTD), junto con la aceleración de la investigación, el intercambio de conocimientos y tecnología, necesarios para prevenir y responder a las pandemias”.



Maximizing the Policy Space for Countries to Grant Compulsory Licenses to Improve Access to Medicines

Viviana Munoz Tellez. SouthNews No. 550, . 29 de diciembre de 2025. <https://us5.campaign-archive.com/?u=fa9cf38799136b5660f367ba6&id=f6298be562>

Este es una nota donde Vuviana Muñoz comenta el seminario que Centro Sur y el Centro de Política de Desarrollo Global (GDPC) de la Universidad de Boston organizaron conjuntamente el 13 de noviembre de 2025, para lanzar el "Informe sobre las disposiciones de licencia obligatoria en la legislación nacional de patentes de 15 países de ingresos medios: un análisis de contenido y recomendaciones.

El informe: Report on Compulsory Licensing Provisions in the National Patent Legislation of 15 Middle-Income Countries: A Content Analysis and Recommendations puede leerse en <https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2025/11/BU-GDPC-SC-Report-Nov-2025-1.pdf>



Science For Sale: How Drugmakers Captured The FDA

La industria farmacéutica lleva décadas manipulando al principal regulador de medicamentos del país para que autorice sus productos. La administración Trump está empeorando las cosas.

The Lever. <https://www.levernews.com/science-for-sale-how-drugmakers-captured-the-fda/>

Este artículo es la tercera entrega de una excelente investigación sobre el proceso de aprobación de medicamentos de la FDA y sus implicaciones para la seguridad y la salud pública. (Las dos partes anteriores pueden ser consultadas directamente desde el enlace en el texto.)

Responde a un proyecto que ha contado con el apoyo de The Lever y el Centro McGraw de Periodismo Empresarial de la Escuela de

Graduados de Periodismo Newmark de CUNY.

Algunos ejemplos de lo que nos podemos encontrar en una lectura, siempre apasionante:

“La revisión de todos los medicamentos aprobados por la FDA durante un período de 10 años encontró que la mayoría, el 73 por ciento, estaba permitido en el mercado sin pruebas sólidas de que funcionan. Lejos de retener los medicamentos que salvan vidas, como han acusado los defensores de los pacientes y los políticos, la FDA ha estado demasiado dispuesta a aprobar tratamientos cuestionables sobre la base de pruebas científicas endebles.”

“Además de gastar más de 3.600 millones de dólares en las últimas tres décadas presionando al Congreso para una legislación favorable a la industria, las compañías farmacéuticas pagan "tarifas de usuario" directamente a la FDA como parte de sus nuevas solicitudes de medicamentos. Este dinero ahora representa el 77 por ciento del presupuesto de revisión de medicamentos de la agencia, lo que podría hacer que los funcionarios de la agencia decidan no disgustar a la industria que regulan.”

“Por cada dólar que la industria farmacéutica gasta en presionar al Congreso y donar a campañas, dedica aún más a influir en los médicos y los grupos de defensa de pacientes, que montan campañas de presión y presionan a los reguladores en nombre de medicamentos cuestionables y estándares de medicamentos más laxos”



Prescrire Cette édition 2026 met à jour et remplace les éditions antérieures.

POUR MIEUX SOIGNER, DES MÉDICAMENTS À ÉCARTER

Bilan 2026



RÉSUMÉ

- Pour aider à choisir des soins de qualité et éviter des dommages disproportionnés pour les patientes et les patients, nous avons mis à jour fin 2025 le bilan des médicaments plus dangereux qu'utiles que *Prescrire* conseille d'écarter pour mieux soigner.
- Chez les patients concernés, quand un traitement médicamenteux paraît souhaitable, d'autres options thérapeutiques ont une meilleure balance bénéfices-risques que ces médicaments à écarter. Dans certaines situations, l'option la plus prudente est de ne pas recourir à un médicament.
- L'évaluation par *Prescrire* de la balance bénéfices-risques d'un médicament dans une situation donnée repose sur une procédure rigoureuse : recherche documentaire méthodique et reproductible ; analyse des résultats basés sur des critères d'efficacité pertinents pour les patients ; hiérarchisation des données selon leur niveau de preuves ; comparaison par rapport au traitement de référence, quand il existe ; prise en compte des effets indésirables connus, prévisibles et incertains.
- Ce bilan porte sur l'ensemble des médicaments analysés par *Prescrire* entre 2010 et 2025 et munis d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) française ou européenne. Il comporte 108 médicaments (dont 89 commercialisés en France), qui ont une balance bénéfices-risques défavorable dans toutes les situations cliniques figurant dans l'AMM.
- Même en situation d'impasse thérapeutique dans une maladie grave, il n'est pas justifié d'exposer les patients à des effets indésirables graves quand l'efficacité clinique n'est pas démontrée. L'utilisation de tels médicaments dans le cadre d'un essai clinique peut être acceptable, à condition que les patients concernés aient compris les inconnues autour de la balance bénéfices-risques et l'intérêt de poursuivre l'évaluation, grâce à des échanges adaptés à leur capacité de compréhension. Dans les autres situations, un accompagnement approprié et des soins symptomatiques sont justifiés pour pallier l'absence d'option médicamenteuse efficace pouvant changer le pronostic ou améliorer la qualité de vie des patients.

Rev Prescrire 2025 ; 45 (106) : 937-949

Prescrire Source d'information fiable et indépendante pour les professionnels de santé

Je m'abonne

LA REVUE PRESCRIRE • DÉCEMBRE 2025 • TOME 44 N° 506 • Page 937-1

POUR MIEUX SOIGNER DES MÉDICAMENTS À ÉCARTER

Bilan 2026. *Prescrire*. https://www.prescrire.org/portals/0/Pdf/Bilan/Pour_mieux-soigner_des_medicaments_a_ecarter_bilan_2026.pdf

Excelente texto de referencia, donde de una forma rigurosa, *Prescrire* expone aquellos medicamentos que son más peligrosos para la salud que su supuesta utilidad terapéutica. La lectora o lector podrá encontrar en las diferentes áreas del informe medicamentos utilizados con cierta frecuencia que deben ser abandonados para garantizar mejores cuidados sin riesgos.



November 2025

Hundreds of Lobbyists Hired to Undermine Drug Price Negotiations

By Megan Whiteman¹

PUBLICCITIZEN

Cientos de cabilderos son contratados para Influir en las negociaciones sobre el precio de los medicamentos

Megan Whiteman. *Public Citizen*. Noviembre 2025. <https://www.citizen.org/article/hundreds-of-lobbyists-hired-to-undermine-drug-price-negotiations/>

En este informe Public Citizen analiza la actividad de lobby durante los primeros tres trimestres de 2025. En él, se enfoca el análisis en la relación única lobbista -cliente, contra tres proyectos de ley que intentan modificar las negociaciones sobre el precio de los medicamentos en Medicare. Durante los primeros tres trimestres de 2025, hubo 545 relaciones lobbista-cliente relacionados con los tres proyectos de ley que involucraron a miembros del Congreso norteamericano, servicios de Medicaid (CMS). Agencias Federales, al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), y a la Casa Blanca desde las compañías farmacéuticas, con grupos de miembros de compañías farmacéuticas, o grupos con vínculos con la industria.

La conclusión del estudio es nítida: “Big Pharma gasta millones comprando influencia para proteger sus intereses y disminuir la capacidad del gobierno para reducir los precios de los medicamentos para los pacientes estadounidenses. En pocas palabras”.





Comentario Conjunto sobre Precios y Acceso a Medicamentos en el T-MEC

Número de Expediente USTR-2025-0004. 3 de noviembre de 2025. <https://www.citizen.org/wp-content/uploads/Joint-Comment-Drug-Pricing-Access-to-Medicines-in-USMCA.pdf>

El texto que reproducimos a continuación, aunque circunscrito al tratado entre los Estados Unidos de América, México y Canadá tienen interés por el posicionamiento que en él se establece acerca de la propiedad intelectual dentro de los tratados de libre comercio

Texto

Nosotros, las organizaciones abajo firmantes, agradecemos la oportunidad de presentar comentarios sobre el funcionamiento del Tratado entre los Estados Unidos de América, los Estados Unidos Mexicanos y Canadá (T-MEC) antes de la revisión conjunta del mismo.

Nuestras organizaciones consideran que los acuerdos comerciales no deben obstaculizar la salud ni el acceso a los medicamentos. Por lo tanto, es urgente que Estados Unidos, México y Canadá revisen el T-MEC para eliminar las disposiciones que mantienen altos los precios de los medicamentos, desalientan la competencia y, en última instancia, impiden la disponibilidad y el acceso a los medicamentos.

La solución más eficaz es eliminar por completo el capítulo de propiedad intelectual del Tratado. Las decisiones sobre el

equilibrio entre los derechos de los titulares de patentes y el derecho a la salud pública deben tomarse mediante la formulación de políticas democráticas, no apresuradamente mediante acuerdos comerciales internacionales negociados en secreto. Si el capítulo sobre propiedad intelectual permanece en el Tratado, instamos a Estados Unidos y a sus socios comerciales a priorizar la eliminación de las siguientes disposiciones sobre propiedad intelectual relacionadas con la industria farmacéutica para garantizar que un acuerdo revisado sirva al interés público y no limite el acceso a los medicamentos:

- **Prórrogas de la vigencia de las patentes.** Las prórrogas de la vigencia de las patentes otorgan a las empresas años adicionales de monopolio, más allá del plazo acordado internacionalmente de 20 años. El T-MEC exige a las partes que otorguen prórrogas a los monopolios de patentes por las demoras percibidas en los procesos de revisión y aprobación de comercialización de patentes (Artículos 20.44 y 20.46). Las prórrogas retrasan significativamente el acceso a los genéricos y, por lo tanto, restringen el acceso a medicamentos asequibles y aumentan los costos del sistema de salud.
- **Exclusividad de mercado.** Las exclusividades regulatorias otorgan protecciones monopolísticas adicionales a las que ofrecen las patentes. El T-MEC permite al menos cinco años de exclusividad comercial para nuevos productos farmacéuticos (Artículos 20.48 y 20.48.2), impidiendo así la aprobación de alternativas genéricas durante ese período. Estas exclusividades son independientes de la protección de patentes, bloqueando la entrada de genéricos al mercado incluso cuando un medicamento no está protegido por una patente o cuando se necesitan excepciones de interés público a la protección de patentes para facilitar el acceso a los medicamentos y responder a emergencias sanitarias.
- **Vinculación de patentes.** Los mecanismos de vinculación de patentes vinculan el estado

de aprobación de la comercialización de un medicamento con el estado de la patente. El T-MEC exige a los gobiernos de las partes notificar y brindar la oportunidad al titular de una patente de interponer recursos por una posible infracción de patente antes de comercializar un producto competidor (Artículo 20.50). Bajo la vinculación de patentes, incluso las patentes espurias pueden utilizarse para retrasar la introducción de genéricos. Los sistemas de vinculación de patentes pueden facilitar el abuso, ya que los beneficios financieros de bloquear la competencia de los genéricos a menudo superan los riesgos de sanciones.

- Disposiciones de cumplimiento que van más allá de los estándares acordados internacionalmente. Las disposiciones de cumplimiento del T-MEC otorgan a las empresas recursos más amplios que los generosos recursos por infracción que ya tienen, lo que altera aún más el equilibrio entre la representación de los intereses de la industria y el interés público. Disposiciones como el Artículo 20.71 (Aplicación penal de secretos comerciales), el 20.77 (Sanciones por divulgación no autorizada por parte de funcionarios), el 20.81.4 (Indemnización por daños y perjuicios) y el 20.82 (Medidas fronterizas) otorgan a las empresas farmacéuticas amplias herramientas para suprimir la competencia de genéricos e intimidar a los reguladores. Estos mecanismos corren el riesgo de frenar las acciones políticas legítimas destinadas a ampliar el acceso a los medicamentos.

El T-MEC, en su forma actual, prioriza los intereses privados de las empresas farmacéuticas sobre la salud pública. Instamos a Estados Unidos, México y Canadá a impulsar una revisión del T-MEC que elimine las disposiciones sobre propiedad intelectual relacionadas con la industria farmacéutica para ayudar a abordar el problema común de los precios excesivos de los medicamentos y garantizar que todas las partes puedan proteger la salud y brindar acceso oportuno a medicamentos asequibles.

Firmado:

- Red Afrocanadiense Positiva de Columbia Británica
- American Economic Liberties Project
- Alliance for Democracy - Oregon
- American Economic Liberties Project
- American Friends Service Committee
- Christian Council of Delmarva
- Communications Workers of America (CWA)
- Economic Justice Action Group of the First Unitarian Church/Portland OR
- Faces of Pharmacare
- Global Network of Black People working in HIV
- Health GAP
- Housing Works, Inc.
- Interfaith Center on Corporate Responsibility (ICCR)
- Médecins Sans Frontières/Doctors Without Borders USA (MSF)
- Misión Salud
- National Nurses United
- NETWORK Lobby for Catholic Social Justice
- Occupy Bergen County
- People's Health Movement - North America
- Project on Organizing, Development, Education, and Research (PODER)
- Public Citizen
- Rise Up WV
- Salud y Farmacos
- Social Security Works
- Socially Responsible Investment Coalition
- T1International
- Treatment Action Group
- Unitarian Universalists for a Just Economic Community
- United Church of Christ
- Universities Allied for Essential Medicines
- Voices of Health Care Action



Brevets abusifs de la pharma: Roche ou l'empire du <mAb>

Patrick Durisch, *Public Eye*. 6-11-2025. <https://www.publiceye.ch/en/topics/pharmaceutical-industry/price-of-medicines-walls-of-abusive-patents-are-standing-in-the-way-of-competition/abusive-pharma-patents-roches-mab-empire>

Las compañías farmacéuticas suizas se caracterizan como señalan los autores por la acumulación de litigios que buscan impedir la competencia de los genéricos y mantener altos los precios de sus productos de marca. Añaden que es necesario responder a esta estrategia que pone en peligro el acceso a medicamentos asequibles. Concluyan de forma rotunda: “Es hora de actuar contra la proliferación de patentes secundarias abusivas, que no ofrecen ningún beneficio terapéutico y solo sirven para llenar las arcas, ya de por sí desbordadas, de las grandes farmacéuticas.”



#100DaysMission
#PandemicPreparedness
@IPPSecretariat

Enero 2026. <https://ippsecretariat.org/publication/fifth-implementation-report/>

Este documento es el quinto Informe de la Misión de 100 Días, presentado en París en colaboración con ANRS MIE y la Red Pasteur. Plantea 2026 como un año crucial para la preparación ante futuras pandemias. Considera que el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias es un marco global para una preparación y respuesta equitativas. Sin embargo, se encuentra en grave riesgo por las drásticas reducciones en los presupuestos globales de salud e investigación, y el cierre de los programas de financiación en Estados Unidos.

Así por ejemplo el informe señala como la financiación para I+D ha disminuido tanto para patógenos como para otro tipo de productos y detecta también un estancamiento en el desarrollo de nuevos candidatos para el tratamiento que se detienen en la fase uno.



Guiding principles of good AI practice in drug development

European Medicines Agency. Enero 2026. https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/guiding-principles-good-ai-practice-drug-development_en.pdf

Ante la importancia inmediata y futura de la inteligencia artificial, en el desarrollo de medicamentos, nos ha parecido interesante para los lectores de AJM disponer de un documento inicial donde se exponen las bases para la A que propone la EMA.



The Lancet Commission on improving population health post-COVID-19

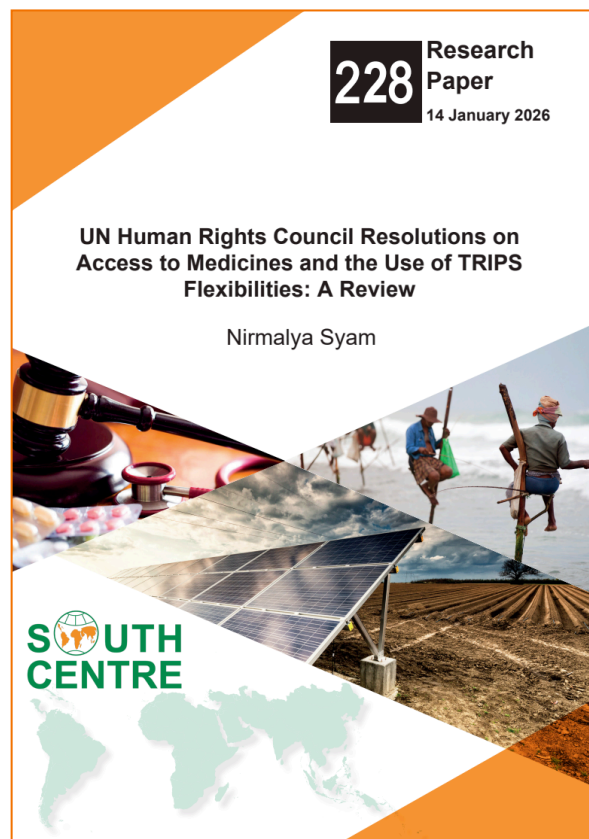
Harry Rutter, et al. The Lancet. 17 de enero de 2026.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)02061-6/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)02061-6/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email)

Hemos recogido este informe que, aunque se sitúa fuera del campo habitual del medicamento que abordamos en la revista, nos parecía que, dado su valor en el campo de la mejora de la salud de las poblaciones, tenía una singular importancia.

El excelente trabajo de la Comisión The Lancet aborda la mejora de la salud de la población tras la COVID-19. La Comisión fue creada para visibilizar las relaciones entre los tres factores estructurales: sistemas de medio ambiente físico y transporte,

agricultura y alimentación, y energía, que intervienen en la salud de la población, y generar evidencia sobre las acciones necesarias para lograr: (1) un medio ambiente físico y sistemas de transporte saludables y sostenibles; (2) sistemas agrícolas y alimentarios saludables y sostenibles; y (3) sistemas energéticos saludables y sostenibles.

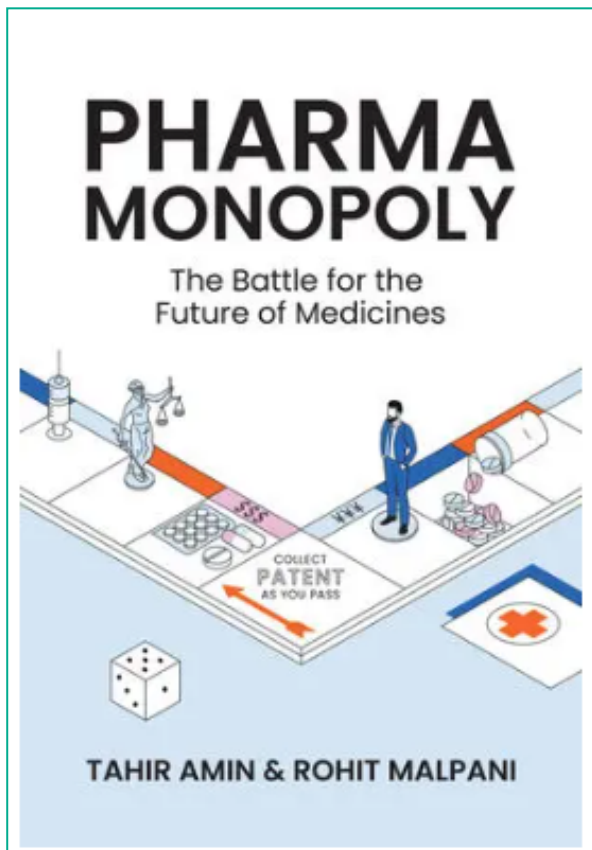


UN Human Rights Council Resolutions on Access to Medicines and the Use of TRIPS Flexibilities: A Review

Nirmalya Syam. South Centre. 14 January 2026. https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2026/01/RP228_UN-Human-Rights-Council-Resolutions-on-Access-to-Medicines-and-the-Use-of-TRIPS-Flexibilities-A-Review_EN.pdf

Este documento revisa casi veinte años del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (UNHRC) de trabajo sobre el acceso a los medicamentos.

El UNHRC ha manifestado una y otra vez que el acceso a los medicamentos, es parte ineludible e inseparable del derecho a la salud y ha pedido a los Estados utilizar las flexibilidades en el Acuerdo sobre Aspectos Relacionados con el Comercio de los Derechos de Propiedad Intelectual (TRIPS) para hacer conseguir tratamientos esenciales más asequibles.



Pharma Monopoly: The Battle for the Future of Medicines

Tahir Amín - Rohit Malpani. <https://www.wiley.com/en-us/Pharma+Monopoly%3A+The+Battle+for+the+Future+of+Medicines-p-9781509558322>

Lectura recomendada. Tahir Amín es uno de los autores más apreciados en la AJM por el rigor, claridad y contundencia con el que expresa en sus artículos como la industria farmacéutica, impide activamente el acceso a medicamentos asequibles a través de la aplicación de las patentes y de unas

políticas dirigidas a conseguir el mayor beneficio económico.

Él y su colega Rohit Malpani nos han explicado como los gobiernos ceden a las presiones de la BigPharma diseñando, reglas y normas, para favorecer y permitir el control de la industria farmacéutica sobre los precios de los medicamentos

La lectura de este libro es sin duda un instrumento de enorme potencia para el análisis de la situación actual y de las perspectivas futuras.



MALDIGO LA POESÍA DE QUIEN NO TOMA
PARTIDO HASTA MANCHARSE

“La poesía es un arma cargada de futuro”.
Cantos iberos. Gabriel Celaya. 1955

Streets of Minneapolis Bruce Springsteen (2026)

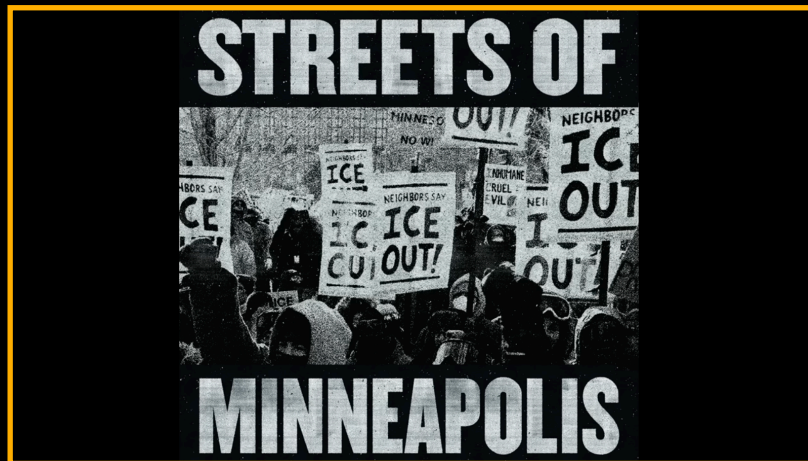
Eduardo Galeano, en palabras de singular belleza, nombra a los emigrantes con el término “fugitivos de la vida imposible”. Describe cómo: “les han robado su lugar en el mundo. Han sido despojados de sus trabajos y sus tierras. Muchos huyen de las guerras, pero muchos más huyen de los salarios exterminados y de los suelos arrasados, Los náufragos de la globalización peregrinan inventando caminos, golpeando puertas: las puertas que se abren, mágicamente, al paso del dinero, se cierran en sus narices. Algunos consiguen colarse”.

Y ahora sin duda Galeano contemplaría con nosotros con mirada asolada, con infinita tristeza e indignación, como aquellos que llegaron, ellos o sus padres, son ahora maltratados, golpeados, expulsados de sus casas, alejados de sus familias y asesinados con una violencia extrema por un Estado, EE.UU. que se califica asimismo de rico, democrático y poderoso, pero que realmente actúa con un racismo cruel, como guardián militar, carcelero cruel del universo, pisoteando sin tregua los derechos humanos.

Sin embargo, aún nos queda la palabra, la acción y la palabra. Las palabras y la música de *Streets of Minneapolis* de **Bruce Springsteen** cuya voz resonó fuerte el 28 de enero en respuesta a la violencia contra los inmigrantes y a las muertes de René Good y de Alex Pretti, ciudadanos que de forma pacífica manifestaban su protesta contra la barbarie (el 17 de enero Springsteen, en una actuación en el Light Of Day Winterfest ya había dedicado unas palabras y su canción “The Promised Land” a René Good).

Unos días después compuso “Streets of Minneapolis” conmovido por el asesinato de Alex Pretti que grabó el 27 de enero.

A continuación lectora, lector. podemos escuchar su música y su palabra. Palabras que sugieren la necesidad de movilización frente a la injusticia, frente a la vulneración de los derechos humanos.



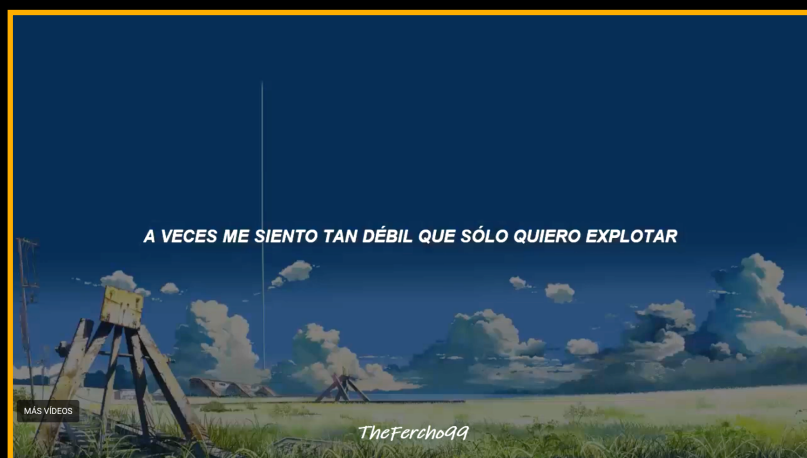
Bruce Springsteen - Streets Of Minneapolis.

<https://www.youtube.com/watch?v=wWKS0xG1K7w>



Bruce Springsteen - Streets Of Minneapolis (Sub. en español)

<https://www.youtube.com/watch?v=MQKh0mNJNDE>



Bruce Springsteen - The Promised Land (Sub. en español)

<https://youtu.be/XOkFW4Eg81c>

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