

Nº. 46
MARZO 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

Una enmienda legislativa pretende que el precio de los medicamentos financiados públicamente sea secreto

- Los argumentos coinciden con el juego trilero de Trump y la *BigPharma* para defender la opacidad y los beneficios privados inmorales



SUMARIO

EDITORIAL

- (4) ¿A qué obedece y quién se beneficia de las políticas farmacéuticas de la administración Trump? Núria Homedes y Antonio Ugalde.

ORIGINALES

- (10) Hachazo a la transparencia sobre el precio de los medicamentos financiados por la sanidad pública. AAJM.
- (13) La falta de transparencia es la mayor fuente de corrupción. Juan José Rodríguez Sendín.
- (17) Esa droga llamada Doctor. José Luis Pedreira Massa.
- (22) Aportaciones de la AAJM al Anteproyecto de Ley de Organizaciones de Pacientes. AAJM.

OTRAS FUENTES

- (25) Pagos no revelados de la industria encontrados en las principales revistas de psiquiatría. Richard Sears.

- (29) PSOE y SUMAR quieren blindar legalmente el secreto en los precios de los medicamentos. Civio.

- (33) No Gracias, más allá de la campaña estatal de boicot a Teva. nmurcia.

- (36) Politización de la FDA en EE.UU. Editorial *The Lancet*.

- (38) El mercado libre para Ozempic marcará una gran diferencia para decenas de millones de personas. Dean Baker.

- (40) El fabricante de Mounjaro quiere que el precio de los medicamentos del NHS aumente... Lauren Albaida.

INFORMES Y DOCUMENTOS

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

MALDIGO LA POESÍA...

- (46) Poesía contra una guerra criminal. Miscelánea con Patti Smith y 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 Iraíoz, 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: comisionredaccionaajm@gmail.com

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

Textos originales: [Licencia Creative Commons Atribución-No-Comercial—SinDerivadas 3.0 Unported](#).

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

Nº 46. MARZO 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](#), [SALUD Y FÁRMACOS](#)



Nº 46
MARZO 2026
Acceso Justo al Medicamento
Revista AAJM
ISSN 2697-1712

ACCESO JUSTO
REVISTA
AL MEDICAMENTO
www.accesojustomedicamentos.org

Una enmienda legislativa pretende que el precio de los medicamentos financiados públicamente sea secreto

- Los argumentos coinciden con el juego triler de Trump y la BigPharma para defender la opacidad y los beneficios privados inmorales

EDITORIAL
El 23 que abades y que en beneficio de los políticos...
ARTÍCULOS
El 190...
OTRAS FUENTES
El 200...
INFORMES Y DOCUMENTOS
El 100...
MALDIGO LA POESÍA...
El 100...
SUMARIO
El 100...



Estimada lectora/lector: Iniciamos una nueva sección en la rAJM, con la cual intentamos proporcionar informaciones breves de actualidad inmediata o bien de evocación de noticias de impacto o importancia singular en el pasado, referidas, como no podía ser de otra manera, a nuestros temas de acceso a medicamentos y vacunas. **Comisión de Redacción**

- La FDA emitió una carta de advertencia a Novo Nordisk el 5 de marzo de 2026, donde expone: "violaciones graves" de las regulaciones que obligan a la comunicación de eventos adversos en los medicamentos posteriormente a su comercialización (PADE), principalmente con respecto a sus medicamentos GLP-1 Ozempic y Wegovy para diabetes y pérdida de peso. Las infracciones, encontradas durante una inspección de 2025, implicaron no informar de eventos adversos dentro de los plazos obligatorios, incluida la muerte de tres pacientes. [Fuente FDA](#) **Una conclusión obvia: los efectos secundarios no pueden interrumpir el negocio Según Bolsamania el mercado de agonistas de GLP-1 alcanzará los 78.400 millones de dólares en 2032.**

- Según una encuesta Gallup sobre patrones de consumo realizada en febrero de 2026, la población está reduciendo el consumo de medicamentos, alimentos y servicios públicos debido al alto coste de la atención médica. En Estados Unidos hoy, la desigualdad de riqueza se ha vuelto tan extrema que el 1% superior ahora posee tantas acciones y fondos mutuos como el 99% inferior según Bernie Sanders. Ninguna democracia es sostenible cuando tan pocos tienen tanto, mientras que muchos tienen tan poco. Necesitamos una economía que funcione para todos, no para el 1%. [Fuente WESTHEALTH](#). **Necesitamos un sistema de salud universal.**

- El Sistema Nacional de Salud inglés (NHS) está sufriendo una grave crisis con listas de espera enormes, provocadas por la falta de financiación para la contratación de personal

sanitario y la reforma de infraestructuras. El gobierno Starmer ha presentado un plan de diez años ampliamente criticado por expertos y organizaciones sociales. En él, sin embargo, se incluye la propuesta para someter a todos los recién nacidos en Inglaterra a la secuenciación genética. La iniciativa, denominada *Generation Study* consiste en tomar muestras de sangre del cordón umbilical poco después del nacimiento y enviarlas a un laboratorio para secuenciar el genoma completo, identificando todo su ADN y así detectar unas 200 enfermedades raras. [Fuente BMJ](#). El rechazo a esta propuesta ha sido considerable, resaltando entre otras críticas el riesgo de sobre diagnóstico y sobre tratamiento que puede producir esta decisión. **Curiosa estrategia según Peter Gostzche que concluye sarcásticamente en una excelente nota en X: "En lugar de salud para todos se oferta una enfermedad para todos".**

- En este mes de marzo de 2026, el paquete de compensación del CEO de Pfizer Albert Bourla para 2025 ha sido de 27,6 millones de dólares, su segundo paquete salarial más grande desde que tomó el mando en 2019. En 2024 ya había recibido 24,6 millones de dólares (en 2022 Albert Bourla, había recibido 33 millones de dólares en compensación por las ventas de su megabuster COVID-19). Pfizer tuvo unos ingresos en 2025 de 62,5 mil millones de dólares, un 2 % menos en comparación con 2024, y con un acuerdo histórico de precios de medicamentos con la administración Trump y una guerra de ofertas en GLP-1 que permitió a la compañía arrebatarse la biotecnológica de obesidad Metsera por 10 mil millones de dólares, a su rival Novo Nordisk. [Fuente FIERCE PHARMA](#).

EDITORIAL

¿A qué obedece y quién se beneficia de las políticas farmacéuticas de la administración Trump?



Núria Homedes y Antonio Ugalde.

Directora ejecutiva y presidente de Salud y Fármacos.

El presidente Trump ha afirmado, falsamente, que los problemas de asequibilidad de los medicamentos en Estados Unidos (EE UU) se deben a que los precios en otros países son demasiado baratos, obligando a que EE UU cubra una parte desproporcionada de los gastos de investigación y desarrollo (I+D) de los medicamentos nuevos. Este argumento oscurece la verdadera raíz del problema: (1) los precios de los medicamentos no se establecen en base al costo de producción o de los gastos en I+D, sino de lo que el comprador está dispuesto a pagar; y (2) los exorbitantes precios de los medicamentos en EE UU se deben a la renuencia del gobierno de EE UU a controlar los precios de los medicamentos y al poder monopólico de las empresas, que resulta de las políticas de protección propiedad intelectual a través de patentes, incluyendo patentes inmerecidas. Otros países de altos ingresos han establecido mecanismos para controlar los precios de los medicamentos.

Por otra parte, es difícil conciliar las políticas de salud que ha estado promulgando la administración Trump, con la retórica de que pretende mejorar el acceso de los pacientes a los medicamentos. Tal como explicaremos a continuación, parecería que sus políticas favorecen a las corporaciones a expensas no solo de los residentes en EE UU sino también de su posible influencia sobre

las políticas farmacéuticas en el resto del mundo.

Algunos datos:

- Casi un tercio de los residentes en EE UU no toman los medicamentos según la prescrito debido a su precio (Sparks, 2024)
- Según el Senador Bernie Sanders, los precios de alrededor de 700 medicamentos recetados son más caros ahora que cuando Trump asumió el poder.
- Trump ha eliminado subsidios por valor de US\$1 billón para que 15 millones de personas puedan comprar seguros médicos y las primas de seguros se han doblado o triplicado para otros millones de personas, dificultando así su acceso a los medicamentos.
- Trump ha disminuido los impuestos para las corporaciones, incluyendo las empresas farmacéuticas. Gracias a Trump, AbbVie, Johnson & Johnson, Pfizer, Amgen y Merck no han pagado impuestos en EE UU desde 2018 (Protect our Care, 2026).

- Tanto las administraciones republicanas como las demócratas se han opuesto al control de precios de los medicamentos, y han dejado que las farmacéuticas mantengan el poder para establecer los precios. Solo la administración Biden logró un programa modesto de control de precios para algunos productos y solo para los beneficiarios de Medicare (el programa público de salud para los mayores de 65 años). La razón de esta conducta se debe, al menos en parte, a los fondos que la industria farmacéutica contribuye a las campañas políticas y a las puertas revolventes entre los miembros del Congreso, los funcionarios públicos de alto nivel, y las empresas farmacéuticas y las que se dedican al cabildeo político.
 - La administración Trump ha debilitado el programa de control de precios de Medicare atrasando la negociación de los precios medicamentos designados como huérfanos, que ocasionan grandes gastos a Medicare (según la oficina de presupuesto del Congreso, esto costará a los contribuyentes casi US\$9.000 millones en 10 años [Silverman, 2025] aunque otros han dicho que las cifras de la oficina de presupuesto del Congreso están incompletas y han estimado que tendrá un costo de US\$22.000 millones [Chen y Kaltenboeck, 20025]).
 - La administración Trump también ha retrasado la negociación de los precios de los medicamentos de molécula pequeña para el programa Medicare en cuatro años, durante los cuales Medicare seguirá pagando precios monopólicos (Johnson, 2025).
 - Los aviones privados de seis de las mayores empresas farmacéuticas estadounidenses aterrizaron en Washington DC al menos 127 veces en 2025 (Shays, 2025).
 - En otoño de 2025, la industria farmacéutica ya había gastado más de US\$334 millones en cabildeo (distribuido equitativamente entre legisladores del partido republicano y del partido demócrata) (Shays, 2025).
 - Trump ha recibido a los ejecutivos de las empresas farmacéuticas en Mar a Lago y ha obtenido US\$10 millones en donaciones (Dach y Woodhouse, 2026; Protect Our Care, 2026).
 - En 2025, los beneficios de las 10 empresas farmacéuticas más grandes alcanzaron los US\$130.000 millones, después de invertir US\$80.000 en recompras de acciones y dividendos para sus inversionistas (Protect Our Care, 2026),
- Orden Ejecutiva, 5 de mayo de 2025: Los acuerdos de Nación Más Favorecida que se han establecido con las empresas:
- La Orden Ejecutiva no otorga automáticamente al presidente el derecho de reducir de inmediato los precios de los medicamentos. Más bien, la orden dice que el Departamento de Salud y Servicios Humanos debe fijar objetivos de precios, lo que significa que la adherencia por parte de las empresas farmacéuticas es totalmente voluntaria (Novick, 2025).
 - Se desconoce la duración de estos programas, y también es posible que nunca se lleguen a implementar (Park 2025, Public

Citizen 2025). De hecho, Trump trató de implementar los precios de Nación Más Favorecida durante su primer mandato, pero no logró el apoyo del Congreso y detonó una batalla legal con la industria farmacéutica (Public Citizen 2025). Por otra parte, como se trata de una Orden Ejecutiva, el próximo gobierno no tiene obligación de respetarla.

- A finales de 2025, 16 empresas habían firmado acuerdos de Nación Más Favorecida con la administración Trump para abaratar los precios de los medicamentos (es decir que los precios de sus medicamentos en EE UU serían comparables a los de otras naciones ricas, que suelen pagar mucho menos). Estos acuerdos son secretos, pero en enero de 2026, las 16 empresas anunciaron precios de lista más altos para algunos de sus medicamentos (en una mediana del 4%) (Lupkin, 2025).
- Los países que se utilizarían para establecer los precios de referencia deberían pertenecer a la OECD y tener un PIB per cápita que sea equivalente como mínimo al 60% del PIB per cápita de EE UU (HHS, 2025).
- Según estos acuerdos, los medicamentos nuevos se lanzarán a precios de la Nación Más Favorecida, y deben beneficiar a los inscritos en el programa Medicaid (el programa público para la población pobre (unos 70 millones de personas), pero se desconoce si estos precios serán inferiores a los importantes descuentos que se obtienen actualmente para ese programa (Lupkin, 2026, Park, 2025).
- No se ha aclarado como se estructurarán estos precios de Nación Más Favorecida. Los precios reales de compra suelen ser secretos – solo se revelan los precios de lista sin informar los descuentos y reembolsos.
- La población que quiera pagar por sus medicamentos en efectivo (incluyendo la población no asegurada) podrá comprar medicamentos más baratos a través de un portal de Internet (TrumpRx). A principios de marzo de 2026, solo hay 41 medicamentos de marca disponibles a través de este portal (y la familia Trump podría beneficiarse directamente del éxito de dicho programa) (Robbins. Sanger-Katz 2025, Yaver, 2025). Además, los precios que ofrece esta plataforma son más altos que los que se ofrecen a los pacientes asegurados y que los que se obtienen a través de programas de acceso; y para la mitad de los medicamentos que se venden a través de esta plataforma, que son todos productos de marca, hay formulaciones genéricas más baratas.
- Las empresas farmacéuticas también tendrán que comprometerse a trasladar su infraestructura a EE UU (a finales de diciembre de 2025 diversas empresas habían prometido inversiones por un total de US\$150.000 millones – Payne y Wilkerson, 2025).
- A cambio de estos supuestos beneficios para los estadounidenses, las empresas farmacéuticas estarán exentas de pagar aranceles durante tres años. (Payne y Wilkerson, 2025).

- La orden ejecutiva ordena al Representante de Comercio de EE UU y al Departamento de Comercio que presionen a otros países para que aumenten sus precios (Public Citizen 2025).

Reacciones de la industria

- Si bien la industria ha dicho que si disminuyen los precios en EE UU no podrán invertir en I+D, hasta ahora, las empresas que han llegado a acuerdos no han informado a los inversores sobre posibles cambios en sus previsiones de beneficios, por lo que se puede deducir que no esperan que dichos acuerdos tengan un impacto importante en sus beneficios (Payne y Wilkerson, 2025). Es más, las acciones de Pfizer subieron un 6,8%, indicando que el acuerdo aporta ventajas a la empresa (Payne y Herper 2025). Hay otras empresas que desean firmar acuerdos.
- La industria suele empezar comercializando sus medicamentos nuevos en los mercados más lucrativos, y utiliza esas cifras como base para negociar los precios en el resto de países. Si las empresas siguen priorizando la comercializando de los medicamentos nuevos en EE UU, no se podrá ajustar su precio al de otros países, y las farmacéuticas seguirán dictando los precios de los medicamentos para ese mercado.
- Las empresas pueden retrasar el registro en los mercados menos lucrativos, para evitar que esos precios más baratos influyan en el cálculo del precio de Nación Más Favorecida.

- La industria podría conseguir que subieran los precios en otros mercados, como ya ha logrado en el Reino Unido (Joseph, 2026).

Mientras Trump promete abaratar los precios de los medicamentos, va tomando decisiones que van en contra de la salud de muchos estadounidenses: firma ordenes ejecutivas y leyes que eximen de la negociación de precios a productos que estaban previamente cubiertos beneficiando así a la industria farmacéutica, y elimina los subsidios a los seguros médicos que facilitaban el acceso a los medicamentos.

A primera vista, se podría afirmar que dichas políticas se han diseñado de forma desordenada y un tanto caótica, pero también podría tratarse de una estrategia intencionada para distraer la atención de los residentes en EE UU y evitar que reaccionen a otras políticas que van minando sus derechos; así como para beneficiar a las empresas farmacéuticas. Las políticas de Trump no solo contribuyen a que las empresas farmacéuticas se beneficien del mercado estadounidense (evitando el pago de aranceles y que se emitan políticas que abaraten los precios de los medicamentos) sino también de los mercados en el extranjero (presionando para que los gobiernos y pacientes paguen más y se encarezcan los precios de los medicamentos).

Si el verdadero objetivo de la administración Trump hubiera sido el de abaratar los precios para los estadounidenses, podría haber ampliado y fortalecido la ley de negociación de precios de medicamentos que se aprobó durante la administración Biden (Public Citizen, 2025), y/o evitado los abusos de las patentes de los medicamentos que prolongan los monopolios de forma innecesaria.

Si bien todo parece indicar que las políticas de Trump harán poco por abaratar los precios de los medicamentos en EE UU, se puede anticipar que tendrán consecuencias para el acceso y la asequibilidad de los

medicamentos en el resto del mundo. Se puede esperar que, como ya lo ha venido haciendo, el Departamento de Comercio de EE UU imponga condiciones y/o sanciones comerciales a los países que no respondan a los intereses del país, que en este caso se superponen con los deseos de Trump.

Trump ha manifestado que otros países tienen que pagar más por los medicamentos, y es de esperar que las empresas farmacéuticas aprovechen esta oportunidad para aumentar sus márgenes de beneficio. Frente a esta realidad, la Unión Europea debería unirse para reducir el impacto de las nuevas políticas en los precios y maximizar el poder de monopsonio de los Estados, negociando los precios como bloque, evitando que las empresas retrasen la comercialización de sus productos o se nieguen a abastecer ciertos mercados. Para ello, cuando se detecten abusos injustificados de posición dominante, retrasos en el suministro o desabastecimiento podrían iniciar acciones o interponer demandas articuladas. Cabe mencionar que ciertos retrasos en la comercialización de medicamentos nuevos o desabastecimientos podrían no ser tan negativos como muchos consideran, porque es bien sabido que muchos de los medicamentos nuevos no son mejores que los existentes, y sí son mucho más caros. Ahora bien, dichos desabastecimientos si pueden tener un impacto negativo cuando limitan el acceso a medicamentos verdaderamente innovadores.

En este contexto, las agencias de evaluación de tecnología tendrán un papel mucho más relevante en la selección de los medicamentos que requieran los sistemas de salud, y habrá que fortalecerlas, pues al aplicar el criterio de costo-efectividad es probable que enfrenten negociaciones más difíciles con la industria farmacéutica.

La región también podría recurrir a la emisión de licencias obligatorias, y a la contratación de empresas para producir los medicamentos que la industria se niegue a proporcionar a precios aceptables. Además,

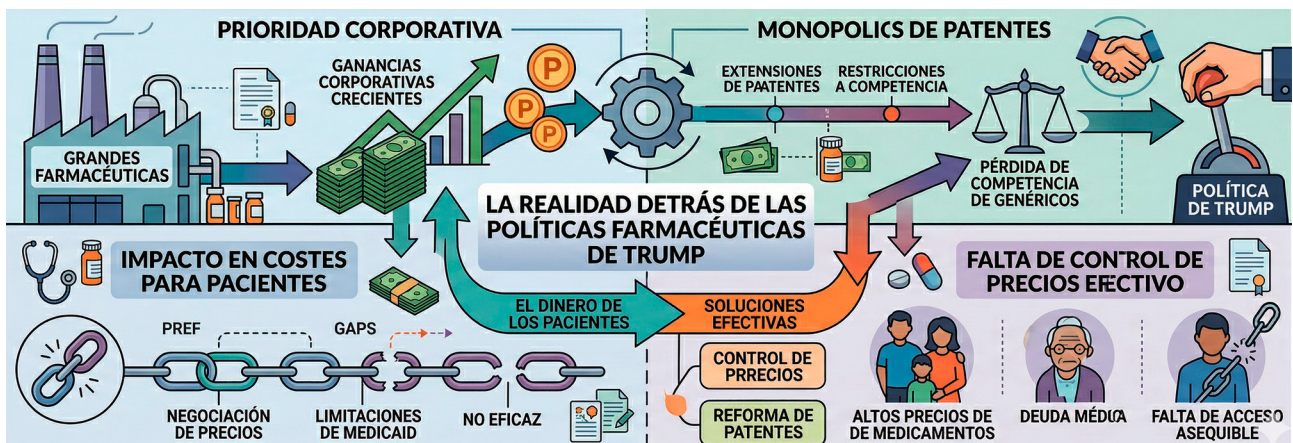
podría aumentar la inversión pública en investigación y desarrollo, y facilitar la transferencia de tecnología para generar mayor competencia en el mercado.

Si la Unión Europea no se rinde frente a los deseos de Trump y/o de la industria, se podría dar el caso de que la industria aumente los precios de lista para los nuevos medicamentos, que son los que se hacen públicos y los que EE UU utilizaría para establecer los precios de Nación Más Favorecida, y a la vez, en las negociaciones con la industria también se logre un aumento en los reembolsos y los descuentos, hasta lograr que los precios negociados sean comparables a los que se hubieran establecido sin las interferencias de la administración Trump.

Referencias

- Chen JC, Kaltenboeck. The blockbuster orphan paradox: consequences of special treatment of rare disease drugs in Medicare negotiation. Health Affairs, 29 de agosto de 2025.
- Dach L, Woodhouse B. Trump and Republicans in Congress have done nothing to address drug prices. Protect Our Care, 23 de febrero de 2026.
- HHS. CMS Set Most-Favored Nation Pricing targets to end global freeloading on American Patients. HHS, 20 de mayo de 2025.
- Johnson J. "Trump just caved to big pharma-Again": New Order aims to delay drug price negotiations. Common Dreams, 16 de abril de 2025.
- Joseph, A. Trump's drive to get Europe to pay more for drugs creates uncertainty for countries, patients. Statnews, 2 de marzo de 2026.
- Lupkin, Sydney. Trump struck deals with 16 drug companies. But they are still raising prices this year. NPR, 16 de enero de 2026.

- Novick, Brandon. The art of the underwhelming drug deal. Center for Economic and Policy Research (CEPR), 7 de octubre de 2025.
- Park, Edwin. Many unanswered questions: Will the Trump administration’s drug pricing deals result in any cost savings for State Medicaid programs? Georgetown University, McCourt School of Public Policy, 29 de octubre de 2025.
- Payne, D, Herper M. Trump strikes deal with Pfizer aimed at lowering prescription drug prices. Pfizer will offer lower prices to Medicaid and consumers, avoid tariffs for three years. Statnews, 30 de septiembre de 2025.
- Payne, D, Wilkerson J. White House unveils largest batch of drug pricing agreements yet. With nine more deals, only three other drugmakers pressed by Trump have yet to announce packs. Statnews, 19 de diciembre de 2025.
- Protect Our Care. FACT Sheet: Trump heads to Cincinnati to lie about lowering drug prices after coddling Big Pharma and letting prescription drug prices soar. 10 de marzo de 2026.
- Public Citizen. Don’t be fooled by Trump’s Most-Favored Nation Executive Order. Public Citizen, 12 de mayo de 2025.
- Robbins, R; Sanger-Katz, Margot. Trump announces pricing deals with nine drugmakers. The companies were the latest to agree to sell drugs to Medicaid and directly to consumers at discounted prices. President Trump said he would soon begin similar negotiations with health insurers. The New York Times, 19 de diciembre de 2025.
- Shays, C. The pharmaceutical industry’s frequent flyers and empty promises. The Hill, 13 de diciembre de 2025.
- Silverman E. CBO says revised cost of orphan drug exceptions will add \$3.9 billion to Medicare. The changes are due to provisions that will exempt or delay certain drugs from pricing negotiations. Statnews, 20 de octubre de 2025.
- Sparks, Grace; Kirzinger A, Montero A, Valdes I, Hamel L. Public opinion on prescription drugs and their prices. KFF, 4 de octubre de 2024.
- Yaver M. The biggest questions about Trump’s plan to reduce prescription drug costs. MSNBC, 3 de octubre de 2025.



ORIGINAL

Hachazo a la transparencia sobre el precio de los medicamentos financiados por la sanidad pública

- **Maniobra torticera de la coalición PSOE-Sumar en el Gobierno de España**



AJMJ.



La coalición PSOE más Sumar quiere convertir en secreto permanente el precio real pagado por cada medicamento cubierto por la sanidad pública. Y lo quiere hacer, además, sin debate y por la puerta de atrás.

Para conseguir este objetivo los grupos parlamentarios del PSOE y Sumar han presentado la enmienda 259 que se inserta como disposición final en el Proyecto de ley sobre Derechos de las Personas con Discapacidad. De esta manera no pasa por la Comisión de Sanidad del Congreso, que es donde debería debatirse, y se incrusta en una Ley con amplio consenso social, como es la discapacidad, hurtando de esta manera el debate necesario.

Esta enmienda modifica el art.97.3 del RD Legislativo 1/2015 que protege la Información que las empresas farmacéuticas

La AAJM denuncia la maniobra política que pretende imponer la confidencialidad absoluta sobre el precio de los medicamentos financiados públicamente. Algo que considera una claudicación ante la industria.

proporcionan a la Administración. Pero la enmienda va más allá al proteger también “los acuerdos de financiación que se alcancen, así como la información derivada de las mismas o de su aplicación, incluyendo los precios de adjudicación de los contratos de suministro de medicamentos que celebren las Administraciones Públicas, tendrán carácter confidencial”. Es decir, no quieren que se conozca cuanto se paga por un medicamento con nuestros impuestos.

El secretario de Estado de Sanidad lo justifica usando la aplicación del presidente Trump y sus políticas trumpistas de la “Cláusula de la Nación más favorecida” (MFN) que obliga a que EEUU no pague por un medicamento más que cualquier otro país del G7, además de Suiza y Dinamarca”. Según el Sr. Padilla “la publicación del precio neto podría suponer una barrera al acceso a los medicamentos innovadores” Aunque también reconoce que los estudios “sobre posibles consecuencias de publicar el precio neto en España son difícilmente concluyentes” y que la cláusula MFN supondrá “pequeños retrasos” en la incorporación de nuevos medicamentos.

Lo que sí está claro es que esto supone un enorme retroceso en las políticas de transparencia de cualquier Gobierno y el triunfo de la estrategia de la Industria farmacéutica contraviniendo además lo que España votó en la OMS. La 72 Asamblea

Mundial de la Salud aprobó una resolución que instaba a los Estados Miembros de la OMS a publicar los precios que los gobiernos pagan por los medicamentos lo que contribuiría a precios más asequibles y ampliar el acceso a los medicamentos. Pero bueno, ya sabemos que EEUU se fue de la OMS y que España, aunque no se vaya por lo que parece con esta decisión no hace caso.

Es curioso que esta enmienda se justifique invocando la capacidad negociadora del Estado y la cláusula MFN, argumentos que lleva esgrimiendo la industria farmacéutica hace tiempo, y además resulta aún más impactante y extraño que se haga con prisas cuando precisamente se está pendiente la decisión judicial del Tribunal Supremo que pueden fijar doctrina sobre la transparencia.

La posición del Ministerio con esta enmienda “progresista” es indistinguible de la posición de la Industria. Este cambio tan importante y trascendente de la política del Ministerio merece cuanto menos una explicación. Nos gustaría conocer si esta medida se debe a amenazas de la industria farmacéutica o bien a otro tipo de intereses.

Para esta Asociación, es desalentador comprobar que gobiernos teóricamente de izquierdas se hacen indistinguibles en sus propuestas de gobiernos de orientación ultraliberal.

Consideramos que el MS debe rectificar de forma inmediata, y anular la introducción de esta enmienda en la ley. Este despropósito debe corregirse, impidiendo así, que el precio que se paga por un medicamento en España pase a ser secreto de Estado.

De dónde venimos, explica nuestra desagradable sorpresa

La Asociación por un Acceso Justo al Medicamento (AAJM) tiene como objetivo fundamental, asegurar la accesibilidad y la asequibilidad a todos los ciudadanos y ciudadanas de los medicamentos y vacunas

necesarios para el mantenimiento y recuperación de la salud. Con este motivo y dentro de la plataforma No Es Sano nos dirigimos a la ministra de Sanidad Mónica García el 24 de noviembre de 2023 expresándole nuestro objetivo común con el resto de las organizaciones que era y es mejorar la política farmacéutica y garantizar la transparencia, la eficacia, la calidad, la accesibilidad y la asequibilidad de los medicamentos, vacunas y de todas las tecnologías sanitarias en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Consideramos fundamental y así lo manifestábamos en la citada carta la necesidad de “asegurar la transparencia en lo que se refiere a los costes de I+D en todas las etapas del proceso de desarrollo y producción de medicamentos y tecnologías sanitarias, tal y como recogen resoluciones recientes de la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud y del proceso de negociación y fijación de precios”.

Pensábamos y entonces creíamos compartir con el nuevo Ministerio de Sanidad (MS) del Gobierno de España, en este caso de Sumar (Más Madrid), una posición próxima que asegurara la transparencia y consiguiera precios justos y asequibles basados en los costes reales, con márgenes de beneficios razonables.

Desde 2022 hemos acudido en ocasiones sucesivas al Consejo de Transparencia y Buen gobierno solicitando su posición activa instando al MS, información sobre precios de medicamentos, financiados con fondos públicos ante la negativa a proporcionar los datos de negociación y precios por sus sucesivos responsables. A lo largo de este periodo se han producido sentencias previas de juzgados de lo contencioso administrativo que dieron la razón a la petición, pero que posteriormente fueron rechazadas por la Audiencia Nacional. En el momento actual está pendiente una resolución del Tribunal

Supremo cuyo contenido podría cambiar definitivamente la transparencia en la negociación de precios.

Consternación

En este contexto nos produce asombro y consternación la posición adoptada recientemente por el Ministerio de Sanidad y defendida por el secretario de Estado Javier Padilla, que supone un giro de 180° en su postura anterior

Efectivamente, y como denuncia CIVIO el Ministerio de Sanidad desempeñado ahora por la Coalición Sumar, con un teórico supuesto enfoque “progresista” dirigido a proteger los derechos de la ciudadanía y a garantizar un acceso Justo y asequible a los medicamentos ha tomado la decisión sorprendente enunciada en el inicio de este comunicado; es decir, adoptar los postulados de la industria farmacéutica y hurtar a la ciudadanía del conocimiento del precio que se paga por medicamentos financiados públicamente.

ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO



ISSN 2697-1712

REVISTA



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

ORIGINAL

La falta de transparencia es la mayor fuente de corrupción

- **La falta de transparencia en el gasto público sanitario y sus efectos sobre la igualdad y la eficiencia**



Juan José Rodríguez Sendín.

Médico de familia. Vocal de la AAJM y de la Comisión Nacional de la OMC. Presidente de la Comisión Deontológica del ICOM de Toledo, expresidente de la OMC y de la AAJM.

Resumen

A propósito de la denuncia de CIVIO sobre el intento del Ministerio de Sanidad de legislar para blindar la negociación pública con las farmacéuticas, es decir impedir por ley que sean públicos los acuerdos económicos de precios y condiciones. Cuando lo leía y me escandalizaba pensé que no podía ser que era uno de tantos bulos. Luego comprobé que era realmente una nota de CIVIO. Leyendo a continuación las justificaciones -me parecieron escandalosas, increíbles, terribles- del secretario del Ministerio de Sanidad acabando por Ley con la obligación de transparencia y rendición de cuentas. Y eso que es de la parte más a la izquierda de un Gobierno Progresista. Ver para creer

La falta de transparencia en el uso del dinero público constituye uno de los principales riesgos estructurales – si no el mayor- para la corrupción, el despilfarro y la desigualdad en los Estados democráticos. En el ámbito sanitario, y de forma particularmente visible en la fijación y adquisición de medicamentos innovadores, la opacidad en los precios reales pagados por los sistemas públicos genera diferencias injustificadas entre países de la Unión Europea, entre comunidades

autónomas y entre hospitales del mismo sistema. En este artículo procuro analizar la relación causal entre falta de transparencia, asimetría de información y sobrecostes públicos, mostrando cómo la confidencialidad sistemática de precios no solo debilita el control democrático del gasto, sino que también erosiona los principios de equidad, eficiencia y rendición de cuentas que deben regir el uso de fondos públicos.

Quando el precio público deja de ser público

La corrupción rara vez aparece de forma abrupta o aislada. En la mayoría de los casos, surge y se consolida en entornos donde la información es incompleta, inaccesible o deliberadamente opaca. De ahí que numerosos organismos internacionales y tribunales de cuentas coincidan en señalar que la falta de transparencia es una de las principales fuentes estructurales de corrupción y despilfarro del dinero público.

La corrupción no debe entenderse únicamente como la comisión de delitos penales. También es corrupción cuando conscientemente se hace lo que no se debe o no se hace aquello que se debe hacer. Existen

formas de uso ineficiente, desigual o injustificadamente costoso de los recursos públicos que, aun siendo formalmente legales, producen efectos socialmente equivalentes: pérdida de recursos, debilitamiento de servicios públicos y erosión de la confianza ciudadana. Este fenómeno resulta especialmente visible en el ámbito sanitario y, de manera muy específica, en la fijación y compra de medicamentos financiados con fondos públicos.

En la actualidad, es posible que el mismo medicamento innovador tenga precios radicalmente distintos y significativamente diferente según el Estado miembro de la Unión Europea que lo financie, según la comunidad autónoma que lo incorpore o incluso según el hospital que lo adquiera. Estas diferencias es excepcional que respondan a criterios clínicos, epidemiológicos o económicos objetivos. En muchos casos, la causa principal es la opacidad sistemática de los precios reales, es decir, de los precios efectivos una vez aplicados descuentos, acuerdos confidenciales, mecanismos de devolución y por supuesto corruptelas.

Transparencia, gasto público y control democrático

Desde una perspectiva constitucional y democrática, el gasto público no es una prerrogativa técnica de la Administración, sino una expresión material del contrato social. Los recursos públicos proceden de la ciudadanía y deben utilizarse conforme a principios de eficiencia, economía, equidad, transparencia y rendición de cuentas. La transparencia cumple aquí una función esencial: permite conocer, comparar y evaluar las decisiones públicas. Sin información accesible y verificable, el control parlamentario, judicial, periodístico y ciudadano se debilita hasta volverse meramente formal.

Cuando el precio de un bien financiado con dinero público es desconocido —o solo conocido por una minoría de negociadores— se rompe el equilibrio entre poder y control. El problema no es únicamente que pueda existir corrupción en sentido penal, sino que se crea un sistema donde el despilfarro y la corrupción no pueden ser detectadas, comparados y menos aun corregidos. Lo peor es que esta deriva no tiene límite y sus efectos indeseables se extienden en mancha de aceite

El modelo europeo de precios de medicamentos supone procedimientos transparentes con resultados opacos

La Unión Europea ha desarrollado un marco regulatorio común para la autorización de medicamentos, pero curiosamente no para la fijación de precios. Cada Estado miembro negocia de manera individual el precio y las condiciones de financiación de los medicamentos innovadores. Formalmente, la UE exige que los procedimientos sean motivados y estén sujetos a plazos y criterios objetivos. Sin embargo, no exige la publicación de los precios netos reales, lo que ha permitido la generalización de acuerdos confidenciales entre Estados y compañías farmacéuticas.

En la práctica, esto significa que: Los Estados negocian sin conocer los precios reales pagados por otros países, las farmacéuticas pueden segmentar el mercado europeo, el poder negociador depende más del tamaño, urgencia o capacidad presupuestaria que de criterios de equidad. El resultado es un sistema donde la confidencialidad solo favorece a las farmacéuticas y a sus mediadores -que deberían defender el interés común- no garantiza precios más bajos, sino que introduce asimetrías de información que favorecen precios desiguales e injustificables desde el interés general.

Descentralización sanitaria y multiplicación de la opacidad

En España, el problema se agrava por la descentralización del sistema sanitario. Una vez que el Ministerio de Sanidad fija el precio y las condiciones generales de financiación, las Comunidades Autónomas asumen la gestión efectiva del gasto farmacéutico.

Este modelo presenta ventajas en términos de proximidad y adaptación territorial, pero multiplica los riesgos derivados de la falta de transparencia y corrupción, ya que, permaneciendo los precios negociados a nivel estatal como confidenciales, las Comunidades Autónomas aplican criterios distintos de incorporación y uso, existen acuerdos adicionales y decisiones presupuestarias heterogéneas. Como consecuencia, el acceso a un mismo medicamento puede variar sustancialmente según la comunidad autónoma, lo que introduce desigualdades territoriales financiadas con impuestos comunes. Según denuncia CIVIO la intención legislativa que se pretende introducir blindaría definitivamente todo lo comentado con un daño irreversible para el interés general.

Cuando el mismo sistema paga precios distintos según el hospital

El último eslabón de esta cadena de opacidad se encuentra en la compra hospitalaria. Incluso dentro de una misma comunidad autónoma, hospitales públicos pueden pagar precios diferentes por el mismo medicamento debido a: compras descentralizadas, acuerdos marco poco comparables, falta de publicación de precios unitarios efectivos y criterios de adjudicación heterogéneos. Esta situación resulta especialmente problemática. Si un hospital no puede conocer cuánto paga otro hospital

público por el mismo producto, resulta imposible controlar el gasto detectando sobrepuestos sistémicos. Este fenómeno no requiere la existencia de corrupción penal para producir efectos nocivos. Basta con que el sistema carezca de mecanismos de comparación y auditoría real para que el gasto público se vuelva estructuralmente ineficiente con las debidas riesgos manifiestos y corruptelas.

Corrupción estructural sin delito

La opacidad en los precios de los medicamentos genera una serie de riesgos estructurales, es decir integrados en el funcionamiento cotidiano del Sistema, como sobrepuestos no detectables al no disponer de información pública comparable, no puede conocerse si un precio es razonable. Provoca una asimetría de información permanente que solo y exclusivamente favorece a las farmacéuticas puesto que las administraciones negocian en inferioridad frente a actores privados con información global.

La fiscalización se debilita porque los órganos de control solo pueden evaluar procedimientos, no resultados reales. Surgen desigualdades territoriales



Juan José Rodríguez Sendín

porque el lugar de residencia de los ciudadanos condiciona el acceso a tratamientos financiados con fondos comunes.

Y por si faltaba algo, se erosiona más y más la confianza institucional cuando la ciudadanía percibe que no se sabe cuánto cuesta lo público, aumentando el descrédito del sistema. La falta de transparencia incluso en ausencia de conductas penalmente reprochables -percibido como deplorable se puede hacer lo que se hace- crea una percepción ciudadana que actúa como una forma de corrupción sistémica.

El artificial dilema transparencia y confidencialidad

Uno de los argumentos más utilizados para justificar la confidencialidad de precios es que la transparencia impediría negociar descuentos. Sin embargo, este planteamiento presenta serias debilidades: es falso pues no existe evidencia concluyente de que la opacidad produzca mejores precios; la confidencialidad solo beneficia a quien controla la información, no necesariamente al interés público; otros sectores estratégicos funcionan con mayor transparencia sin colapsar la negociación. Pero quizás más importante desde un punto de vista democrático, el dinero público no puede gestionarse como si fuera dinero privado. La confidencialidad puede ser una excepción justificada en casos excepcionales tasados pero no la regla estructural establecida por Ley.

Sin transparencia no hay equidad

La transparencia no debe entenderse como un fin en sí mismo, sino como una condición necesaria para la equidad, la eficiencia y la justicia. Un sistema que no permite conocer, comparar y evaluar sus precios es un sistema que renuncia al control democrático del gasto y tiende inexorablemente a la

autodestrucción. Por el contrario, para los medicamentos financiados con fondos públicos, avanzar hacia una mayor transparencia permitiría: reducir asimetrías de información, fortalecer la negociación pública, detectar sobrecostos sistémicos, garantizar mayor igualdad territorial, reforzar la legitimidad del sistema sanitario y prevenir la corrupción.

Conclusión: lo que no se conoce, no se puede gobernar

La falta de transparencia y una vez establecida como se pretende la impunidad, crea un entorno propicio para la corrupción elevándola a grado de normalidad porque elimina la visibilidad de las decisiones, los procesos y el uso de los recursos. Cuando la información no es accesible, clara o verificable, quienes ostentan poder —ya sea político, económico o institucional— pueden actuar sin rendir cuentas. En ese contexto, las normas dejan de ser un límite real y se convierten en meras formalidades fácilmente manipulables.

La falta de transparencia en los precios de los medicamentos financiados con dinero público no es un problema técnico menor, sino un déficit estructural de gobernanza democrática que la Ley que se quiere aprobar con alevosía quiere garantizar. Cuando los precios reales son confidenciales, los Estados, las comunidades autónomas y los hospitales públicos negocian a ciegas, se debilita el control del gasto y se normalizan desigualdades difíciles de justificar. La transparencia no eliminará por sí sola la corrupción ni el despilfarro, pero su ausencia la normaliza y la hace inevitable. En un contexto de presión creciente sobre los sistemas sanitarios, mantener la opacidad equivale a renunciar a uno de los instrumentos más eficaces de defensa del interés general. En definitiva, lo que no se conoce no se puede controlar, y lo que no se controla termina sirviendo a intereses distintos de aquellos para los que fue creado.

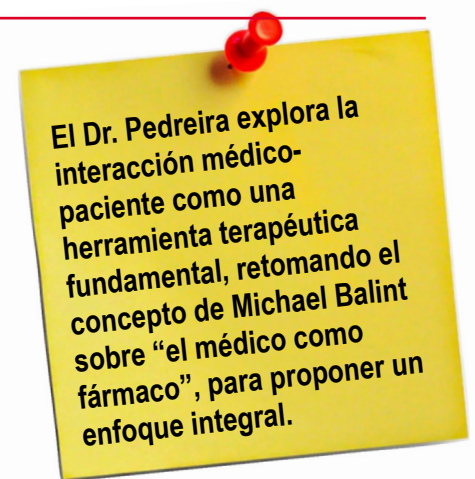
ORIGINAL

Esa droga llamada Doctor



José Luis Pedreira Massa.

Psiquiatra y Psicoterapeuta Infancia y Adolescencia. Prof. Psicopatología, grado de Criminología (jubilado). Prof. Salud Pública, grado de Trabajo Social (jubilado) UNED.



Introducción

El coste de los tratamientos farmacológicos se incrementa de forma constante y la industria lo justifica de formas diversas para mantener su hegemonía en la asignación del precio de venta, así como la lucha por las cuotas de mercado hacen que se desarrollen políticas de marketing agresivas comercialmente dirigidas a los profesionales de la medicina.

Parece que es una carrera al despropósito que puede poner en riesgo claro la financiación por parte del SNS en su conjunto, habida cuenta que la partida dedicada a la farmacia sustrae recursos económicos a otras partidas y la alternativa no es mejor, ya que sería incrementar el copago de los pacientes, lo que iría en detrimento de los sectores más depauperados de la sociedad.

Un factor, más frecuentemente identificado, consiste en los componentes emocionales/psicológicos que interactúan con la evaluación y, en definitiva, con el pronóstico final de los procesos, así como en cumplir el seguimiento terapéutico, respetando las pautas que le han sido prescritas y, por lo tanto, que no tenga cumplimientos irregulares o abandono terapéutico, con lo que se ensombrece el pronóstico.

En la década de los cincuenta del pasado siglo emerge una serie de conceptos acerca de la relación médico-paciente y su impacto real en el proceso de tratamiento de los diferentes procesos. El punto sensible se estudió en los procesos de evolución crónica, demostrándose que procesos con idéntico diagnóstico tenían respuestas diferentes con idénticos tratamientos. Así se investiga sobre los posibles factores que interactuaban en esta situación.

La interacción médico paciente

Las personas padecen procesos que les hacen perder la salud y deben ser atendidas por profesionales de la medicina, unos profesionales que están siendo formados en unas facultades de medicina que siguen basando su formación sobre enfermedades, habilitando a los profesionales para diagnosticarlas y, eventualmente, tratarlas. Pero no se puede olvidar que esas enfermedades las padecen personas con su historia y sus historias. La práctica profesional da una gran importancia a las evidencias científicas, una cuestión fundamental, no cabe duda, pero además se subraya las interacciones y la intersubjetividad en la que se fundamenta una confianza mutua.

Frente a este planteamiento han ido emergiendo unos valores neohipocráticos para el ejercicio profesional. Estas

aportaciones neohipocráticas tienen su base en las interacciones que son tan importantes para el estímulo de la confianza y así se constituye el fundamento de las relaciones médico-paciente.

A mediados del siglo pasado XX, un profesional húngaro llamado Michael Balint se erige como el gran teórico e innovador de las relaciones médico-paciente. Este autor formula, de forma gráfica y operativa, la base de esa relación médico-paciente, que denominó como “esa droga llamada doctor”.

La demanda ante los profesionales sanitarios, según Balint, no siempre significa que está enfermo, tener un padecimiento es mucho más que una enfermedad, muchas veces el padecimiento es el “vehículo” para una súplica por carencia afectiva y/o por una solicitud de atención. Por estas condiciones, según el tipo de persona afectada, Balint describe dos tipos de enfermos:

1. Quienes “tienen un padecimiento” consideran que les ha caído una enfermedad. Agradecerán la ayuda del médico y tendrán un mejor pronóstico.

2. Quienes “están enfermos” son aquellos quienes sienten su padecimiento como parte de su vida y crecen con él; tendrán un pronóstico menos favorable.

Según la causa de la consulta médica, los pacientes pueden agruparse, según Balint, en: 1. Aquellos quienes buscan al médico por el terror que les produce desarrollar una enfermedad y 2. Aquellos que desean mantener un buen estado de salud y continuar del todo asintomáticos.

Esa droga llamada doctor

Ante estas condiciones que se articulan en la solicitud de consulta médica, esa “droga llamada doctor” debe desempeñar una serie de funciones bien diferenciadas de los tratamientos farmacológicos de entrada:

1. Ayudar a percibir algunos de los componentes psicológicos que entraña toda relación médico-paciente, tanto por parte del consultante como por parte del profesional.
2. Proporcionar apuntes sobre cómo ayudar a orientar esos componentes psicológicos de la relación de forma que resulten favorables para la salud (entendida a nivel biopsicosocial).
3. Aportar elementos de formación psicológica y psicosocial a los profesionales sanitarios del grupo.
4. Ayudar a que el profesional pueda identificar y tener en cuenta alguno de los problemas o conflictos personales que interfieren la práctica médica.
5. Sensibilizar al participante sobre la importancia que los elementos anteriores poseen para el bienestar personal y profesional en la práctica médica.
6. Favorecer procesos adecuados de derivación del usuario hacia ayudas psicoterapéuticas y psiquiátricas, cuando ello se haga necesario.

Para Balint, el médico general utópico tendrá las características siguientes:

- Se dejará impresionar menos por el médico de hospital o superespecialista.
- No aplicará automáticamente los métodos de hospital a su práctica de consultorio.
- No hará historias clínicas de listas de preguntas.
- Reconocerá el peligro de “descartar por exploración física apropiada”.
- Aprenderá que las enfermedades de hospital son solamente “episodios de una larga historia”.

- Reconocerá que los episodios son solamente uno de los muchos padecimientos que “le ofrece” su paciente.
- Sabrá comprender lo que es “colusión de anonimato” y “perpetuación de la relación profesor-alumno”.
- No tendrá que perder tiempo haciendo preguntas, sino que podrá escuchar al paciente.
- No se sentirá satisfecho con un diagnóstico “superficial” sin alcanzar el “profundo”.
- Tratará de solucionar el problema antes de que el paciente “organice” su padecimiento.
- Sabrá cuando tratar el padecimiento “clínico” y cuando escudriñar el conflicto.
- La comunidad habrá aprendido a esperar un examen clínico y además psicológico, en la consulta.
- Creará una real farmacopea de la “medicina médico” con su “función apostólica”.
- El especialista será un asistente experto y no un tutor superior.
- Sabrá cuándo permitir al paciente la regresión y cuándo exigirle madurez.

Balint ofrece algunas recomendaciones al médico general para mejorar su actividad psicoterapéutica y lo hace para afrontar el abordaje integral que comprende contemplar los funcionamientos psicológicos de los padecimientos a la hora de planificar el tratamiento. Para ello, Balint aborda las dimensiones de la formación psicológica de los médicos y poderlo incluir en consultas de poco tiempo, de esta suerte se podría integrar este tipo de abordajes integrales en

el seno de consultas de “seis minutos”, puesto que el médico general suele tener varias consultas sucesivas y podría “dosificar” tanto la semiología como el tratamiento, a diferencia de los superespecialistas o de los médicos de hospital:

- Nunca ofrecer consejo o apoyo si no se sabe cuál es el problema real del paciente.
- El médico debe tomar la iniciativa, pero el paciente debe ser un cooperador activo.
- Si se hacen preguntas tipo historial clínico solamente se recibirán respuestas simples,
- El médico debe desarrollar la habilidad de escuchar, pero esto requiere un cambio trascendente de su personalidad.

Para llevar a cabo esta nueva dimensión Balint recomienda una formación grupal de los médicos de atención grupal, estos grupos son algo más que un grupo de discusión e incluyen contenidos emocionales que se ponen en marcha en la consulta médica. Así, en el grupo se exponen casos habituales por parte de los médicos con dos contenidos: los padecimientos de los pacientes y las dificultades del médico que expone el caso ante esa consulta. Todos los integrantes del grupo abordan esos contenidos en el grupo y el coordinador grupal, del campo de la salud mental, los va señalando y la estructura de esa demanda, incluyendo los aspectos psicológicos que se ponen en marcha.

A estos grupos de formación y abordaje grupal se les ha denominado “grupos Balint” y tienen indicación tanto en Atención Primaria como en Atención especializada, tanto en consultas cotidianas como en determinadas especializadas, como pueden ser los procesos oncológicos o afecciones crónicas. Desarrollar las indicaciones y modalidades de intervención que superen la

presencia física de profesionales de salud mental y que pretenden desarrollar estas habilidades en el propio profesional médico, para reconocer que se posee esa característica de “droga llamada doctor”.

¿Se han desarrollado programas de este tipo en España? Este autor conoce dos experiencias continuadas a lo largo del tiempo: en Barcelona lo desarrolló el Dr. Jorge Luis Tizón y en Madrid lo lideramos desde mi equipo.

El trabajo que tuve el placer de liderar dentro de un programa de calidad tenía dos programas previos: en el año 1981 con el servicio de nefrología pediátrica, con la propuesta del Dr. Sánchez Bayle. En Asturias, lo desarrollamos en Atención Primaria en el Area 3, cuyo resultado fue la publicación de un manual de salud mental en atención primaria pediátrica en el año 1995. Con esta experiencia se elaboró un programa de calidad en Madrid, fue destinada a atención primaria pediátrica en Madrid capital y en el ámbito rural; el resultado fue bueno tras un año de trabajo conjunto: las derivaciones a salud mental disminuyeron en un 25% y las prescripciones de farmacología disminuyeron en un 31%.

“Esa droga llamada doctor” existe, es abordable y tiene resultados de impacto, pero no se puede olvidar que precisa de una formación clara y específica en estas tareas, una formación que supera las preguntas o las recetas, sino que se basa en elaborar la comprensión de las tareas y llevarlas a cabo de forma activa, contando con la supervisión adecuada y durante el tiempo preciso. Se puede implementar con la metodología de investigación-acción y dentro de las actividades en el seno del horario laboral.

No consiste en incluir a un profesional de la salud mental en la consulta del médico, general o especialista, sino en que los profesionales de la salud mental contribuyan en desarrollar estas habilidades psicológicas a los médicos, generales o especialistas, para que sean ellos mismos los que valoren y

desarrollen esos nuevos contenidos en su práctica habitual.

Bibliografía

- Balint, M. (1964): *The doctor, his patient and the illness*. London: Churchill Livingstone.
- Balint, M. (1965): *A study of doctors*. London: Tavistock Publications.
- Balint, E, Balint, M. & Norell, J.S. (1999): *Six minutes for the patient: Interactions in general practice consultation*. London/New York: Tavistock Routledge.
- Pedreira Massa, J. L. & Flórez Lozano, J. A. (1994): *Interacciones en la relación paciente-profesionales en el sistema sanitario*. *Medicina Integral*, 23, 5: 209-217.
- Pedreira Massa, J. L. (1995): *Protocolos de Salud Mental infantil para Atención Primaria de Salud*. Madrid: Arán Editores, S.A.
- Pedreira Massa, J.L. (2006): *Habilidades de comunicación con el paciente pediátrico: Comprendiendo al niño enfermo*. Madrid: Just in Time, S.L.
- Pedreira, J.L. & Martín, L. (2006): *Improving the quality of child and adolescent mental care services in Madrid Region: An approach to a model coordinating primary health care and specialized care*. Cardiff: ESSOP,
- Pedreira, J.L. & Martín, L. (2007): *A best practice model: Implementation and evaluation of a program coordinating primary health care and specialized care*. Trieste: ESSOP,
- Pedreira Massa, J.L. (2009): *Troncos y colegas: La comunicación con el adolescente en la consulta de salud*. Madrid: Ed. Justin, S.L.
- Raimbault, G & Zygouris, R. (1991): *L'enfant et sa maladie*. Toulouse: Editions Privat.
- Schavelzon, J. (2004): *Psiconcología: Principios teóricos y praxis para el siglo XXI*. Buenos Aires: Letra Viva.

Esa Droga Llamada “Doctor”

El Poder de la Relación Médico-Paciente

EL CONCEPTO DE BALINT Y LA “DROGA DOCTOR”



El médico como principal recurso terapéutico

La propia personalidad y presencia del médico actúan como un fármaco potente en la consulta.



PADECER

ESTAR ENFERMO

Diferencia entre “padecer” y “estar enfermo”

Quienes “tienen un padecimiento” buscan ayuda y colaboran; quienes “están enfermos” integran la dolencia en su identidad.



El perfil del “médico utópico”

Prioriza la escucha activa sobre los cuestionarios rígidos y comprende que la enfermedad es solo un episodio.

FORMACIÓN GRUPAL E IMPACTO CLÍNICO



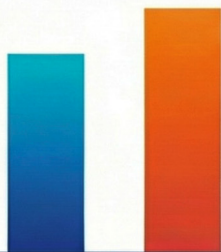
Los Grupos Balint

Formación grupal para médicos donde se analizan casos clínicos y las dificultades emocionales del profesional.

Reducción drástica en el gasto y la derivación Reducción Lograda

Derivaciones a Salud Mental

25%
REDUCCIÓN LOGRADA



Prescripciones Farmacológicas

31%
REDUCCIÓN LOGRADA



Resultados reales de un programa de calidad basado en este modelo aplicado en Madrid.

ORIGINAL

Aportaciones de la AAJM al Anteproyecto de Ley de Organizaciones de Pacientes



AAJM.

Nota de la Comisión de Redacción

El Ministerio de Sanidad ha decidido llevar adelante el Anteproyecto de Ley de las Organizaciones de Pacientes. En su planteamiento inicial expone que: “el objeto de esta ley es reforzar institucionalmente a las organizaciones de pacientes de ámbito estatal como interlocutoras ante la Administración General del Estado”. Este papel institucional se concibe en el texto como una forma de “garantizar la participación de las organizaciones de pacientes en el ámbito de las políticas públicas sanitarias, así como reforzar su papel en aquellas que pudieran afectar a sus intereses”

En la actualidad se considera que las organizaciones de pacientes desempeñan un papel crucial en el desarrollo de una comunicación auténtica y efectiva que permita el conocimiento de los resultados de la atención sanitaria a la comunidad de pacientes.

También es destacable el impulso de estas organizaciones en el desarrollo de la capacidad de los pacientes para conseguir desempeñar un papel activo en los resultados de la atención clínica e incluso en su participación en el desarrollo de la investigación. Por otra parte, para la Administración, la escucha activa y la recogida y revisión de comentarios y problemas es asimismo un elemento sustancial.

La AAJM considera que las OO.PP. cumplen un papel fundamental en la participación de iniciativas de mejora de su situación. Pero para preservar su independencia su financiación debe ser exclusivamente pública.

Las organizaciones de pacientes tienen por tanto un papel activo en la promoción de la intervención de los pacientes en el desarrollo de iniciativas para mejorar la calidad y la accesibilidad a los cuidados y al mismo tiempo apoyar en el desarrollo de avances en la atención médica.

Este rol de interlocución y participación en el SNS: de las organizaciones de pacientes ha sido puesto de relieve por el secretario de Estado Javier Padilla en sus intervenciones en diversos medios explicando las líneas fundamentales del anteproyecto. Así, como elementos nucleares en el texto del Anteproyecto señala: “los principios que han de cumplir para ser reconocidas dichas organizaciones, transparencia, buen gobierno, democracia interna, autonomía frente al sector privado y garantía de igualdad de trato”.

En este anteproyecto que consideramos de relevancia, la AAJM destaca, como señala el secretario de Estado que la consecución de :” derechos específicos para que estas organizaciones accedan a información relevante y participen efectivamente en la elaboración de estrategias, planes y normativas sanitarias antes de que se adopten decisiones definitivas” es un paso de importancia indudable y de naturaleza relevante.

Sin embargo, reconociendo la importancia y validez del anteproyecto la AAJM entiende que es imprescindible expresar claramente

en la Ley que “las asociaciones de pacientes no deberían recibir financiación de entidades privadas relacionadas con la farmacia o las tecnologías sanitarias.” Consideramos que esta modificación es fundamental para evitar cualquier tipo de interferencia de entidades privadas y asegurar su independencia. En diversos artículos recogidos en esta revista hemos señalado, como con cierta frecuencia las asociaciones de pacientes son utilizadas desde las empresas farmacéuticas, para presionar a las instituciones reguladoras y las administraciones en aprobaciones aceleradas, extensión de indicaciones o bien presionando en el proceso de fijación de precios y financiación. Por esta razón, consideramos que es imprescindible y así se señala en la alegación, garantizar la independencia, impidiendo de forma taxativa en la ley propuesta su financiación a través de entidades privadas relacionadas con empresas farmacéuticas y de tecnologías sanitarias.

Para consolidar este aspecto es necesario reflejar en la norma la creación de instrumentos presupuestarios para garantizar una financiación pública, suficiente para su mantenimiento.

Documento remitido por la AAJM al Ministerio de Sanidad

ASUNTO DE REMISIÓN:
DG/01/26 APORTACIONES DE:
ASOCIACIÓN POR UN ACCESO
JUSTO AL MEDICAMENTO
ANTEPROYECTO DE LEY DE LAS
ORGANIZACIONES DE PACIENTES

El Gobierno de España ha aprobado el Anteproyecto de Ley de las Organizaciones de Pacientes (1), que se somete a periodo de audiencia e información pública hasta el 4 de marzo (2).

Desde la AAJM valoramos positivamente la nueva norma dirigida al fomento de la participación de las asociaciones de pacientes, con garantía de información y presencia en los órganos consultivos del

Sistema Nacional de Salud, como el Consejo Consultivo, el Consejo de Gobernanza para la evaluación de la eficiencia de las tecnologías sanitarias, o el grupo de adquisición de las tecnologías sanitarias.

Sin embargo, a nuestro juicio, hay un aspecto clave que no se precisa suficientemente: el patrocinio de estas instituciones.

En los principios rectores de la norma, definidos en su artículo 4, se menciona la necesidad de desarrollar sus actividades con plenas garantías de autonomía en su gestión y toma de decisiones respecto a la Administración General del Estado y a las entidades privadas. Pero, precisamente, se trata de que las organizaciones de paciente puedan asesorar a las Administraciones Públicas en la toma de decisiones de interés general, sin que sus planteamientos se vean condicionados por la financiación privada de empresas interesadas. Estas empresas ya tienen sus vías de participación.

Desde AAJM entendemos que se debería especificar claramente que las asociaciones de pacientes no deberían recibir financiación de entidades privadas relacionadas con la farmacia o las tecnologías sanitarias. Así mismo, se debería prever una partida presupuestaria para facilitar una financiación suficiente para el mantenimiento de estas organizaciones.

Aunque la norma indica que las asociaciones deberán gestionar los posibles conflictos de interés, entendemos que no es suficiente. El patrocinio de empresas relacionadas con los asuntos que se van a debatir en los distintos órganos de participación, inhabilita a estas entidades para actuar de forma independiente. Para asegurar la viabilidad de las organizaciones de pacientes, la Administración General del Estado deberá contemplar una subvención anual que cubra el funcionamiento de las actividades básicas de las mismas.

Por eso proponemos las siguientes APORTACIONES:

Artículo 1. Objeto. Al final del primer párrafo añadir un segundo párrafo: Así mismo, es objeto de esta ley regular el papel de las organizaciones de pacientes, especialmente para garantizar su independencia, asegurando la financiación pública suficiente de las mismas y prohibiendo de forma explícita la percepción de ingresos provenientes de empresas farmacéuticas o biotecnológicas para prevenir la interferencia de intereses privados.

Artículo 4. Principios rectores de las organizaciones de pacientes de ámbito estatal.

Añadir un nuevo epígrafe:

i) Garantizar una financiación que evite la interferencia de intereses privados.

1) Las organizaciones de pacientes, cualquiera que sea la forma jurídica que adopten, no podrán, en ningún caso, recibir financiación de empresas farmacéuticas o biotecnológicas, ni directa ni indirectamente a través de fundaciones u otras formas interpuestas.

2) Los miembros y representantes de las organizaciones de pacientes no podrán recibir retribución o estipendio alguno por la participación en conferencias, cursos, seminarios y otras actividades equivalentes, financiadas directa o indirectamente por empresas farmacéuticas o biotecnológicas, cualquiera que sea la forma de cooperación o asociación que se utilice.

Artículo 10. Acción de fomento y desarrollo de derechos y obligaciones. Al final añadir un apartado 3. La Administración General del Estado facilitará a las organizaciones de pacientes a las que sea de aplicación esta norma una financiación suficiente para permitir la realización de las actividades básicas de las mismas, en beneficio del conjunto de la sociedad.

(1) https://www.sanidad.gob.es/normativa/audiencia/docs/2026.02.11APL_organizaciones_pacientes_Texto_MAIN_IP.pdf

(2) <https://www.sanidad.gob.es/normativa/audiencia/home.htm>

La AAJJ ha trasladado al Ministerio de Sanidad las siguientes APORTACIONES al Anteproyecto de Ley de las Organizaciones de Pacientes:

- 1. Para preservar su independencia, prohibición de que reciban ingresos de empresas farmacéuticas o biotecnológicas.**
- 2. Asimismo, los miembros y representantes de estas organizaciones tampoco podrán recibir ningún estipendio de esas empresas, ni directa ni indirectamente.**
- 3. La Administración General del Estado facilitará a las organizaciones de pacientes una financiación suficiente.**



OTRAS FUENTES

Pagos no revelados de la industria encontrados en las principales revistas de psiquiatría

- *Los pagos no revelados a los autores de revistas de psiquiatría plantean preocupaciones sobre el sesgo en los ensayos clínicos y las brechas en la transparencia del conflicto de intereses.*

Richard Sears.

MAD in America, 16-03-2026. <https://www.madinamerica.com/2026/03/undisclosed-industry-payments-found-in-top-psychiatry-journals/>

Hemos revisado ya anteriormente en AJM los conflictos de interés y los pagos de la industria farmacéutica a los profesionales. En el número 30, de mayo 2024 publicamos la excelente investigación de Ángel María Martín: “La red oscura que las multinacionales farmacéuticas ocultan tras los pagos a profesionales sanitarios: sus líderes de opinión en el SNS y su red de intereses al descubierto”. La repercusión de las conclusiones y datos proporcionados en el artículo fue muy notable.

El artículo que recogemos a continuación es un análisis más específico sobre dos de las revistas más prestigiosas en el ámbito de la psiquiatría y los pagos realizados por la industria farmacéutica a psiquiatras estadounidenses.

Sus párrafos iniciales recogen conclusiones del BMJ: “las investigaciones han demostrado que los pagos directos de la industria a los médicos están vinculados a la prescripción irracional de medicamentos, un aumento inapropiado en las tasas de prescripción, una menor calidad en la prescripción, un aumento en la prescripción de medicamentos de menor valor, un mayor gasto de Medicare, más quejas de pacientes y prácticas de prescripción más costosas”.

Al final de un riguroso estudio con abundantes datos, los autores concluyen que las políticas aplicadas por las revistas analizadas afectan negativamente a la transparencia, la integridad y la confianza.

Las investigaciones han demostrado que los conflictos de intereses financieros (CIF) son un problema común en medicina y psiquiatría. Un estudio de 2020 reveló que el 55,7 % de los psiquiatras estadounidenses aceptaron algún tipo de pago de la industria farmacéutica. Diversos estudios han constatado que la industria farmacéutica gasta miles de millones de dólares al año en pagos a autores de ensayos clínicos, miembros del panel del DSM y miembros de comités de la FDA, generando CIF en cada etapa del proceso de aprobación de medicamentos. Una investigación de Mad in America de 2021 reveló que la industria pagó a psiquiatras 340 millones de dólares

entre 2014 y 2020. La misma investigación también informó que existían CIF financieros en las pruebas de todos los nuevos fármacos psicotrópicos aprobados por la FDA entre 2013 y 2017.

Un nuevo estudio publicado en BMJ Open examina los CIF financieros no declarados de médicos autores en dos importantes revistas académicas estadounidenses: el American Journal of Psychiatry (AJP) y el Journal of the American Medical Association Psychiatry (JAMA-PSY). El presente estudio revela que el 14,2 % de los pagos de la industria (645.135 dólares) realizados a autores que publicaron en estas

dos revistas entre 2020 y 2022 no fueron declarados. Esta investigación, liderada por Francis Gesel de la Facultad de Medicina Geisinger Commonwealth, también concluye que casi todos los pagos no declarados (96,2 %) se realizaron a autores que llevaron a cabo ensayos controlados aleatorizados (ECA).

Los autores afirman:

«En nuestro estudio, el 14,2 % del total de pagos en AJP y JAMA-PSY, que asciende a 645.135,70 dólares, no fueron declarados. Estos pagos no declarados consistieron principalmente en pagos para investigación (82,6 %), con una proporción menor de pagos generales (12,6 %). La alta prevalencia de pagos no declarados sugiere que las políticas de divulgación existentes son insuficientes para garantizar una transparencia total».

Daños y sesgos vinculados a conflictos de interés financieros

Diversas investigaciones han demostrado que el financiamiento de la industria influye en los resultados de los ensayos clínicos. Diversos estudios han evidenciado sesgos en ensayos de antidepresivos, antipsicóticos, psicoterapia y terapia digital relacionados con conflictos de interés financieros. Expertos también han argumentado que este tipo de pagos de la industria, tanto a los autores de ensayos clínicos como a los expertos que escriben comentarios sobre ellos, socavan la credibilidad de las principales revistas científicas.

En 2015, JAMA publicó un editorial que minimizaba los problemas relacionados con los conflictos de interés. Los autores, quienes también recibían pagos de la industria, cuestionaron el término "conflicto", argumentando que era "provocativo y presuponía una conducta inapropiada". Sin embargo, las investigaciones han demostrado que los pagos directos de la industria a los médicos están vinculados a la prescripción irracional de medicamentos de la compañía, un aumento inapropiado en las tasas de prescripción, una menor calidad en la

prescripción, un aumento en la prescripción de medicamentos de menor valor, un mayor gasto de Medicare, más quejas de pacientes y prácticas de prescripción más costosas.

Detalles del estudio

El objetivo del presente trabajo fue examinar la prevalencia y magnitud de los conflictos de intereses financieros (CIF) en las revistas AJP y JAMA-PSY, así como las características de los autores y los estudios vinculadas a dichos CIF. Los autores también buscaban identificar las empresas que realizaban pagos no declarados y su relación con los fármacos investigados por los autores a quienes habían pagado.

Los autores eligieron AJP y JAMA-PSY por su alto impacto, su influencia en la práctica clínica y sus políticas explícitas de declaración de CIF. Buscaron en cada revista a médicos estadounidenses que fueran autores de artículos publicados entre 2020 y 2022. Para ser incluidos en la presente investigación, los autores debían poseer un título de Doctor en Medicina (MD) o Doctor en Osteopatía (DO). Se excluyeron los artículos de investigación no originales.

Los investigadores localizaron los registros de cada autor relevante en OpenPayments.CMS.GOV, una base de datos donde las compañías farmacéuticas están legalmente obligadas a informar sobre los pagos a médicos estadounidenses. Recopilaron datos de pagos de los 36 meses anteriores a la fecha de publicación de cada artículo y los compararon con las declaraciones de CIF realizadas por los autores en AJP y JAMA-PSY.

Las revistas suelen exigir a los autores que revelen únicamente las empresas de las que han recibido pagos de la industria, no los importes abonados. Para estimar el valor de los conflictos de interés no declarados, los investigadores compararon las declaraciones de los autores con los registros de OpenPayments.CMS.GOV. Cualquier pago registrado en la base de datos de OpenPayments procedente de empresas no

incluidas en las declaraciones de los autores se consideró no declarado.

Doce de los 139 autores elegibles de JAMA-PSY (8,6 %) y 15 de los 110 autores de AJP (13,6 %) tenían pagos de la industria registrados en la base de datos de OpenPayments. En total, estos autores recibieron 4.539.207 dólares en los 36 meses anteriores a la publicación de su investigación en AJP o JAMA-PSY. Esto incluía 895.000 dólares (20 %) en pagos generales y 3.644.100 dólares (80 %) en pagos por investigación. Los autores de AJP recibieron 2.766.147 dólares, en comparación con los 1.773.060 dólares de los autores de JAMA-PSY.

Los pagos no declarados representaron el 14,2 % (645.136 dólares) del total de pagos de la industria recibidos por los autores elegibles en ambas revistas. El 25 % (439.192 dólares) de todos los pagos realizados a los autores de JAMA-PSY no fueron declarados, en comparación con el 8 % (205.943 dólares) de los autores de AJP.

De los 27 autores con perfiles en OpenPayments, solo cinco tenían una tasa de declaración del 100 %. Seis autores que habían recibido pagos tenían una tasa de declaración del 0 %. Doce de estos autores declararon al menos el 50 % de sus pagos totales.

Los 10 autores que recibieron la mayor cantidad de pagos no declarados contribuyeron a 12 ensayos clínicos aleatorizados (ECA), 11 de los cuales fueron para nuevos fármacos psicotrópicos. El patrocinio de la industria para la investigación representó la totalidad de los pagos no declarados entre estos autores. La industria farmacéutica patrocinó el 92% de estos estudios y representó el 95% de los pagos no declarados. Los fabricantes de dispositivos médicos representaron el resto de los pagos.

En total, el 99,4% de todos los pagos (4.513.574 dólares) y el 96,2% de los pagos

no declarados se realizaron a los autores de ensayos clínicos aleatorizados (ECA). En la revista AJP, los autores de ECA recibieron el 88,8% de todos los pagos no declarados, en comparación con el 99,6% en JAMA-PSY. Diez empresas representaron el 90% de todos los pagos no declarados.

1. Janssen Research & Development (US\$115 888; 18%)
2. Genentech (US\$106 522; 17%)
3. Neurocrine Biosciences (US\$83 834; 13%)
4. Medtronic USA (US\$67 370; 11%)
5. Biohaven Pharmaceuticals (US\$58 511; 9%)
6. Pfizer (US\$35 595; 6%)
7. Sunovion Pharmaceuticals (US\$27 683; 4%)
8. Vanda Pharmaceuticals (US\$26 917; 4%)
9. Lundbeck (US\$26 847; 4%)
10. H. Lundbeck A/S (US\$26 595; 4%)

Los autores concluyen:

“Este estudio pone de relieve la prevalencia y magnitud de los conflictos de intereses financieros no declarados en dos de las revistas de psiquiatría más influyentes de Estados Unidos. Se identificaron importantes conflictos de intereses financieros no declarados entre autores que recibieron pagos, principalmente en el ámbito de la investigación, y entre un subconjunto de autores con alta remuneración que realizaron ensayos clínicos aleatorizados. Estos hallazgos subrayan las posibles deficiencias en

Limitaciones

Los autores reconocen varias limitaciones en el presente trabajo. Dado que la investigación se realizó exclusivamente en dos revistas, los resultados podrían no ser generalizables a otras publicaciones. Debido a discrepancias en la información sobre qué autores eran médicos estadounidenses, es posible que los investigadores estén sobreestimando o subestimando ligeramente el porcentaje de autores que no figuran en la base de datos de OpenPayments. Dado que OpenPayments solo exige a las empresas que informen sobre los pagos a personas que no son médicos a partir de 2021, estas personas fueron excluidas del presente análisis. Dado

que las empresas tienen cuatro años para informar sobre los pagos a médicos en la base de datos OpenPayments, es posible que algunos pagos recibidos por los autores incluidos en esta investigación no se hayan publicado al finalizar el estudio.

Influencia de la industria en la investigación
Investigaciones anteriores han identificado otros casos de pagos no declarados a autores de ensayos clínicos, así como al 60 % de los autores del DSM-5. Diversos estudios han demostrado que la financiación de ensayos clínicos por parte de las compañías farmacéuticas sesga la investigación hacia resultados favorables para la industria. La industria también realiza pagos a editorialistas, revisores y autores de libros de

texto de psicofarmacología. Este tipo de pagos, junto con otras tácticas empleadas por la industria para controlar la investigación e influir en las guías clínicas, han llevado a algunos expertos a argumentar que la medicina basada en la evidencia es una ilusión. La investigación también ha constatado que la transparencia sobre este tipo de pagos no ha sido suficiente para reducirlos ni para frenar la corrupción en la investigación.

- Gesel, E, Baraldi, J., Goldhirsh, J., & Piper, B. J. (2025). *Conflictos de intereses financieros no revelados entre médicos autores de importantes revistas de psiquiatría estadounidenses: un estudio transversal.* ([enlace](#)).



OTRAS FUENTES

PSOE y SUMAR quieren blindar legalmente el secreto en los precios de los medicamentos colándolo en una ley sobre discapacidad

- *Ya lo intentaron en el anteproyecto de ley del medicamento. Ahora, insertando la reforma en una norma que nada tiene que ver con la materia y justo cuando el Tribunal Supremo va a decidir si esos precios deben ser públicos en respuesta a los recursos de casación de Civio*

Civio.

Civio, 18-03-2026. <https://civio.es/novedades/2026/03/18/psoe-y-sumar-quieren-blindar-legalmente-el-secreto-en-los-precios-de-los-medicamentos-colandolo-en-la-ley-de-discapacidad/>

A continuación, reproducimos el excelente trabajo de Civio donde denuncia la enmienda presentada por los grupos parlamentarios Socialista y Sumar, a petición del Gobierno, que intenta establecer el secreto de los precios reales de los nuevos medicamentos financiados por la sanidad pública.

Queremos expresamente agradecer a Civio este trabajo, que descubre el planteamiento del Gobierno de bloquear definitivamente la posibilidad de conocer el precio real de los nuevos medicamentos. La AAJM ha venido trabajando en el conjunto de organizaciones integradas en la plataforma No Es Sano para conseguir la transparencia sobre el precio de los medicamentos. En la actualidad y como señala bien Civio se encuentra pendiente una resolución del Tribunal Supremo. Llama notablemente la atención, la decisión adoptada por el Ministerio de Sanidad, de plantear la enmienda citada retractándose de todo el esfuerzo y lucha legal de organizaciones como No gracias, OCU, Salud por Derecho, SESPAS, Médicos del Mundo y la propia AAJM, sobre un principio que consideramos base la transparencia. Transparencia que pensábamos el actual MS compartía y ahora vemos lamentablemente que no era su posición real.

A continuación, reproducimos el análisis y los comentarios de Civio y finalmente el enlace al texto presentado por Civio.

Los grupos parlamentarios Socialista y Plurinacional SUMAR han presentado una enmienda que convierte en secreto permanente el precio real de cada nuevo medicamento que cubra la sanidad pública. Y no lo hacen en una ley sobre medicamentos, como hasta ahora: lo hacen insertándola en la [Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social](#). Y justo cuando el Tribunal Supremo [va a resolver, por primera vez](#), si esos precios deben ser públicos, en respuesta a los recursos de casación que Civio ha presentado y que el alto tribunal ha admitido a trámite.

La justificación de la enmienda cita, textualmente, “el riesgo de que una interpretación judicial restrictiva obligue a divulgar precios efectivos”. Esa “interpretación judicial” es la que podría llegar tras [nuestras sentencias y nuestros recursos](#). El Gobierno lo pone por escrito.

Nos enteramos gracias a una persona que nos avisó por redes sociales. No íbamos a escrutar esta ley sobre discapacidad, de modo que esta maniobra hubiera pasado bajo el radar. Ya hemos alertado a los diputados integrantes de las dos comisiones implicadas en el Congreso: a la de Derechos

Sociales y Consumo, que tiene en su mano tumbar la enmienda; y a la de Sanidad, que está siendo puenteada con esta maniobra de ambos grupos parlamentarios.

Aquí puedes consultar las cartas que hemos remitido [a la Comisión de Derechos Sociales y Consumo](#); y [a la de Sanidad](#) en el Congreso de los Diputados.

Civio lleva años trabajando para que los precios de los medicamentos que pagamos entre todos dejen de ser un secreto. Esta es la [cronología completa](#) de nuestros procedimientos judiciales. Hemos obtenido [sentencias favorables en primera instancia](#) y, cuando la Audiencia Nacional [las revocó](#), recurrimos en casación, y el Tribunal Supremo [ha admitido tramitar nuestros recursos](#). Es la primera vez que el alto tribunal va a decidir si la ciudadanía tiene derecho a saber cuánto pagan las administraciones públicas por cada fármaco. En mayo de 2025 denunciábamos que el Ministerio de Sanidad estaba intentando [incluir esta misma cláusula en el anteproyecto de ley de medicamentos](#). Esa norma aún no ha llegado al Congreso. De hecho, hubo una [consulta pública](#) en la que participamos y de la que no se ha sabido nada más. Ahora lo intentan por la puerta de atrás.

La maniobra y lo que está en juego

La [Enmienda 259](#) no se tramita en un proyecto de ley sobre medicamentos, ni sobre política farmacéutica, ni sobre transparencia, ni sobre contratación pública. Se ha insertado como disposición final en el [Proyecto de Ley 121/000064](#), sobre derechos de las personas con discapacidad. Es, simple y llanamente, una reforma insertada en una norma cuyo debate se centra en otra materia. PSOE y SUMAR usan una ley de amplio consenso social como vehículo para una reforma que blindará la opacidad del gasto farmacéutico público. Así no pasa por la Comisión de Sanidad, que es donde debería debatirse cualquier reforma de la legislación farmacéutica, y se dificulta el escrutinio público.

El timing no es casual. El Tribunal Supremo admitió nuestros recursos de casación —caso Zolgensma, admitido en noviembre de 2025; y caso Luxturna, recurso n.º 4550/2025, auto de 17 de diciembre de 2025— e identificó tres preguntas que va a resolver: si la confidencialidad del artículo 97.3 desplaza la Ley de Transparencia; si se extiende al precio fijado por la Administración o solo a los datos que entregan las empresas; y si el secreto persiste una vez tomada la decisión o solo mientras se negocia. La Enmienda 259 pretende responder esas tres preguntas por vía legislativa, antes de que el Supremo pueda pronunciarse. Los proponentes lo reconocen en la propia justificación de la enmienda:

El riesgo de que una interpretación judicial restrictiva del artículo 97.3 de la Ley de garantías obligue a divulgar precios efectivos y acuerdos de financiación, con efectos estructurales sobre el gasto y el mercado farmacéutico.

La “interpretación judicial restrictiva” son las sentencias que hemos ganado y los recursos que el Supremo acaba de admitir. Lo escriben: la enmienda se presenta para evitar que un tribunal pueda obligar a divulgar esos precios.

Lo que dice la enmienda, en sus propias palabras

Las pruebas están en el propio texto. Su alcance va mucho más allá de la ley vigente y mucho más allá de lo que cualquier gobierno anterior había planteado.

De la confidencialidad de los datos empresariales a la confidencialidad de todo. La ley vigente (artículo 97.3 del [Real Decreto legislativo 1/2015](#)) protege “la información que en virtud de este artículo obtenga la Administración General del Estado”: los datos técnicos, económicos y financieros que las farmacéuticas facilitan a Sanidad durante la negociación de precios. Proteger esos datos tiene sentido. La enmienda propone sustituir esa fórmula por esta:

Los acuerdos de financiación que se alcancen, así como la información derivada de los mismos o de su aplicación, incluyendo los precios de adjudicación de los contratos de suministro de medicamentos que celebren las Administraciones Públicas, tendrán carácter confidencial.

La expresión “información derivada de los mismos o de su aplicación” es una cláusula escoba: convierte en secreto todo lo que pueda conectarse, directa o indirectamente, con un acuerdo de financiación. Ya no se protege la información empresarial aportada durante la negociación, sino el resultado mismo de la decisión pública. La resolución administrativa que dicta la Dirección General de Cartera Común, un acto con efectos directos sobre el gasto público, pasaría a ser secreta por ley.

Además, si un futuro gobierno, un órgano de control parlamentario o una comunidad autónoma quisieran hacer público cuánto paga el sistema sanitario por un tratamiento, la ley se lo impediría.

El secreto sobre los contratos públicos: sin precedente

Incluyendo los precios de adjudicación de los contratos de suministro de medicamentos que celebren las Administraciones Públicas.

No existe otro ámbito de la contratación pública general en España donde el legislador haya blindado por ley el precio de un suministro. La propia [Ley 9/2017, de Contratos del Sector Público](#), obliga a publicar los documentos de los contratos, incluido el precio unitario de adquisición. Si el precio pagado por una administración pública puede ocultarse por estar conectado a información empresarial, cualquier empresa adjudicataria de cualquier contrato público podría invocar lo mismo. Esta enmienda crearía una excepción sin parangón en la contratación pública española.

La justificación que delata la estrategia

Ya hemos citado más arriba la frase más reveladora de la justificación. Conviene insistir en lo que implica: los proponentes reconocen explícitamente que la enmienda se presenta

para neutralizar las decisiones judiciales en curso. No se presenta para resolver un problema legislativo: se presenta para evitar que los tribunales fijen una doctrina favorable a la transparencia. Lo reconocen por escrito.

La excusa de los datos agregados

La enmienda incluye un nuevo apartado que obliga a Sanidad a publicar “información accesible para el público general sobre la financiación de cada producto” e “información agregada” en formatos abiertos. Si los precios reales son confidenciales por ley, lo que se publique será lo que Sanidad decida contar. Es la excusa a la que se aferra actualmente el Ministerio de Sanidad. Pero “información accesible sobre la financiación de cada producto” sin conocer el precio real es una frase vacía. Y “datos agregados” es exactamente lo que denunciábamos: ocultar el precio unitario y ofrecer solo totales por categorías. Como [ya defendimos en mayo de 2025](#): nadie aceptaría, en ningún otro contrato adjudicado por la administración, que se ocultase el precio unitario y solo se publicasen datos agregados.

Los verdaderos intereses detrás de esta enmienda, los de las farmacéuticas

La justificación de la enmienda invoca la “capacidad negociadora del Estado” y la “cláusula de Nación Más Favorecida impulsada por Estados Unidos” como razones para blindar la confidencialidad. Son argumentos conocidos: los lleva esgrimiendo la industria farmacéutica desde hace años. Son, de hecho, exactamente los mismos que Novartis y el propio Ministerio de Sanidad han utilizado ante los tribunales para oponerse al acceso a la información que solicitamos. Que la justificación de una enmienda parlamentaria sea indistinguible de la posición procesal de un laboratorio en un litigio en curso merece, como mínimo, una explicación.

Sobre la capacidad negociadora, la [Resolución WHA 72.8 de la OMS](#), que España votó a favor, concluye exactamente lo contrario. La transparencia de precios no debilita la posición negociadora de los Estados: la refuerza, porque reduce la asimetría

informativa entre la administración pública y la industria. La opacidad no protege al Estado: protege a quien tiene más información, que son las empresas farmacéuticas, que conocen los precios que cobran en todos los países.

Una nota curiosa: Novartis presentó ante el Tribunal Supremo su escrito de oposición al recurso de Civio en el caso Zolgensma el 10 de marzo de 2026, pidiendo confidencialidad absoluta. Dos días después, se publicó la Enmienda 259. En su escrito, Novartis sostiene que reconocer el derecho de acceso supondría “sustituir al legislador, que es el único que debe decidir si las resoluciones de financiación y precio deben dejar de ser confidenciales”. El resultado legislativo propuesto coincide punto por punto con la posición procesal de la industria.

Y que conste: en su escrito de oposición, Novartis adelanta como escenario que, si los precios fueran públicos, puede que “algunas compañías decidan no ofrecer sus nuevos productos al SNS”. Es legítimo que una empresa defienda sus intereses ante un tribunal. Lo que no es aceptable es que ese tipo de presión, que desde Civio consideramos una amenaza apenas disimulada, determine la política legislativa del Estado.

Es más, la enmienda contradice la propia ley que modifica. El [artículo 7 del Real Decreto Legislativo 1/2015](#) consagra “la máxima transparencia” como principio rector de las decisiones sobre medicamentos. Su [artículo 106.2](#) declara que la información de compras hospitalarias “es de dominio público”, distinguiendo entre datos comerciales de la empresa (confidenciales) y precios de compra pública (de dominio público). La enmienda borra esa distinción.

Señorías, rechacen la Enmienda 259

Ayer hemos remitido cartas formales a los 51 miembros de la Comisión de Derechos Sociales y Consumo, donde se tramita la enmienda, y a los 47 miembros de la Comisión de Sanidad, a cuyas competencias

pertenece esta materia pero que ha sido excluida del debate.

A los primeros les pedimos que voten en contra de la Enmienda 259 y que rechacen cualquier formulación alternativa que amplíe la confidencialidad más allá de lo que establece la ley vigente. A los de Sanidad les alertamos de que se está reformando la política farmacéutica sin que su comisión haya tenido participación: les pedimos que exijan la retirada o remisión de la enmienda, que lo hagan visible y que voten en contra si les llega.

A todos les pedimos que dejen al Tribunal Supremo resolver sin interferencias. Y que, en lugar de blindar la opacidad, consideren una reforma en la dirección opuesta: hacia la transparencia, en línea con los compromisos internacionales que España ha asumido y con los principios que el propio Gobierno defiende en público, pero que no cumple.

Lo que tiene que ser público y lo que no lo fija quien vende ni quien compra. Lo fijan el interés público y el derecho de acceso. Si el Estado paga, la ciudadanía tiene derecho a saber cuánto y en qué condiciones.



Texto de Civio solicitando el voto en contra a la Enmienda 259

Enmienda 259 al Proyecto de Ley 121/000064: Solicitud de voto en contra de la ampliación de la confidencialidad en los precios de los medicamentos en la Ley de Derechos de las Personas con Discapacidad Carta de la Comisión de Sanidad sobre la Enmienda 259 al Proyecto de Ley 121:000064.pdf

https://civio.app.box.com/s/kib59ns7tas2p1uacc6ycyw0lqglfasn?utm_source=Lista+General+de+Civio&utm_campaign=e43b230d36

OTRAS FUENTES

No Gracias, más allá de la campaña estatal de boicot a Teva

nmurcia.

No Gracias, 21-02-2026. <https://www.nogracias.org/2026/02/21/nogracias-mas-alla-de-la-campana-estatal-de-boicot-a-teva/>

Texto de interés de nuestra organización amiga No Gracias en el que expone su posicionamiento claro y rotundo de apoyo a la campaña estatal de boicot a la empresa farmacéutica Teva

Sí al boicot a Teva

NoGracias apoya la campaña estatal de boicot a los productos de Teva, empresa farmacéutica israelí, que se desarrollará en España del 1 de marzo al 1 de diciembre de 2026.

Sobran razones para hacer lo que esté en nuestras manos y ayudar a frenar la ocupación, el apartheid y el genocidio en Palestina.

Pero, además, conviene tener en cuenta que en el boicot es clave la participación de los poderes públicos.

Teva, empresa criminal

La ideología sionista gobierna políticamente Israel (que se define como “un Estado sionista”), pero también infiltra a sus empresas.

La ideología política se demuestra, por ejemplo, por el compromiso de Teva con las fuerzas armadas israelíes (de siempre, e incrementado desde el 7 de octubre de 2023) y con su participación en el bloqueo a la entrada de medicamentos en Gaza.

Tal ideología política sionista explica también, parcialmente, la corrupción de Teva, empresa condenada y multada con miles de millones por actividades criminales en el mundo entero, en algunos casos con secuelas de muertes, como en su

participación en la crisis de los opiodes en Estados Unidos. Teva es una empresa corrupta y corruptora.

Por supuesto, como hemos destacado, la ideología sionista de Teva explica sólo parte de su actividad criminal, que comparte con el resto de las empresas farmacéuticas del mundo, casi sin excepción.

¿Qué pedimos/reivindicamos/ exigimos a los poderes públicos en relación con Teva?

Puesto que de Teva se trata, conviene que los poderes públicos en España se impliquen en cuestiones de dignidad, ética, justicia y solidaridad respecto a esta empresa.

No basta con que las administraciones públicas, hospitales y otros compradores institucionales se sumen al boicot no escogiendo a Teva como proveedor en sus compras públicas y licitaciones sanitarias.

Hay que ir más allá.

Así:

¿Hasta cuándo abusará Teva de nuestra paciencia por la connivencia de autoridades administrativas y políticas españolas con sus actividades en general?

¿Hasta cuándo abusará de nuestra paciencia manteniendo abiertas la fábrica de Teva en Zaragoza y las demás instalaciones de Teva en España?

¿Hasta cuándo se seguirán financiando los productos de Teva por el Sistema Nacional de Salud, hasta cuándo se mantendrán las autorizaciones de comercialización?

¿Hasta cuándo seguirán los poderes públicos españoles sin analizar las implicaciones de otras empresas farmacéuticas y tecnológicas que trabajan en el campo sanitario con la ocupación, el apartheid y el genocidio en Palestina, y actuar en consecuencia? Por ejemplo Pfizer, AstraZeneca, Lilly, Phillips, Merck, BMS, Novartis, Google, Telefónica, Sanofi, GSK, Medtronic, Siemens, Indra, Hewlett-Packard, Microsoft y otras empresas que quizá hayan participado y participan apoyando la ocupación, el apartheid y el genocidio en Palestina.

El boicot en la práctica

Conviene centrar el boicot en los tres medicamentos financiados públicamente y más vendidos de Teva en las farmacias españolas: omeprazol, atorvastatina y pantoprazol. Y en los siguientes más vendidos: rosuvastatina, rasaglicina, apixaban, fentanilo y budenosida/formoterol.

Teva es Teva pero también Actavis, Davur, Belmac, Ratiopharm y Tevagen, para pedir alternativas a todas estas marcas.

Sin olvidar la compra directa de medicamentos de libre dispensación (por el público), ni los cambios posibles en los listados electrónicos de medicamentos en los



Sede de Teva Pharmaceuticals en Petah Tikva, Israel

sistemas informáticos médicos (por el sistema sanitario público).

En medicamentos de prescripción por especialistas hospitalarios, hay varios de marca (no genéricos): Austedo (deutetrabenazine) para la enfermedad de Huntington y la discinesia tardía, Ajoyv (fremanezumab) para la migraña (no aporta nada), Copaxone (glatiramero) para la esclerosis múltiple (no aporta nada), Uzedy (risperidona) para la esquizofrenia y Azilect (rasagilina) para el parkinson.

Casi todos los medicamentos de Teva cuentan con alternativas de otras empresas.

“Transferencias de valor” de Teva en España

Conviene que los poderes públicos denuncien y boicoteen a profesionales y organizaciones sanitarias que cooperan “especialmente” con Teva.

Gran parte del uso de medicamentos de Teva se debe al dinero que Teva da a médicos “creadores de opinión” (key opinion leaders) y organizaciones sanitarias clave.

En España destacan, sumando el total en 2023 y 2024, Patricia Pozo Rosich, Barcelona, neuróloga del Valle D’Hebron, que recibió directamente de Teva 77.000 euros en lo que llaman “transferencias de valor”.

También la Fundación SEN (Sociedad Española de Neurología), Barcelona, 238.000, Fundació Hospital Universitari Vall D’Hebron, Institut de Recerca, Barcelona, 138.000 y la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria, SEFAC, Madrid, 143.000 euros.

Hay que destacar que la Fundación Hospital Universitari Vall d’Hebrón (Vall d’Hebron Institut de Recerca, VHIR) tiene en su Comité Científico Interno como vicepresidenta a la citada neuróloga Patricia Pozo Rosich y en su Comité Científico

Externo a Ronit Satchi-Fainaro, israelí de Tel Aviv, que pertenece al Consejo de Administración de Teva (lo que se oculta en su curriculum que aparece en la página del VHIR).

Síntesis

El boicot a Teva no puede ser una simple “ilusión de acción” y por ello exigimos la implicación de los poderes públicos en acciones que recuperen la dignidad, ética, justicia y solidaridad respecto a la ocupación, el apartheid y el genocidio en Palestina.

Referencias básicas

-Teva en España. Un gigante farmacéutico cuyas ganancias dañan la salud de la población de Palestina.

<https://www.nogracias.org/2025/01/01/teva-en-espana-un-gigante-farmacaceutico-cuyas-ganancias-danan-la-salud-de-la-poblacion-de-palestina-profesionales-de-la-sanidad-por-palestina-espana-healthworkers4palestinespain/>

-CAMPAÑA estatal «¿Teva? No, gracias». Desde el 1 de Marzo al 1 de Diciembre de 2026.

<https://hw4p.es/acciones-urgentes/campana-estatal-teva-no-gracias-desde-el-1-de-marzo-al-1-de-diciembre-de-2026>

-Teva crea valor para sostener el genocidio en Palestina. Teva creates value to sustain genocide in Palestine

<https://hw4p.es/boicot/farmacaceutica/teva>

-Comité Científico Interno del VHIR

<https://vhir.vallhebron.com/es/instituto/organos-de-gobierno/comite-cientifico-interno>

-Comité Científico Externo del VHIR

<https://vhir.vallhebron.com/es/instituto/organos-de-gobierno/comite-cientifico-externo>

-Página de Teva

Board of Directors: Prof. Ronit Satchi-Fainaro Independent Director

<https://www.tevapharm.com/our-company/leadership-governance/board-of-directors/prof-ronit-satchi-fainaro/>

OTRAS FUENTES**Politización de la FDA de EE.UU: erosión de la integridad y la confianza****Editorial *The Lancet*.**

Volumen 407, Número 10535P1209 - 28 de marzo de 2026.

https://x.com/thelancet/status/2037538129549128179?s=51&t=XlpFaUQcu7YQhHlrwkl_GQ

El editorial de *Lancet* aborda las dificultades y problemas que la FDA está experimentando actualmente. La política de la administración Trump, como plantea la editorial, está poniendo en riesgo algunos de sus valores como la transparencia, la integridad y la seguridad en la evaluación y posterior autorización de medicamentos. Su lectura es interesante, porque aún desde el posicionamiento habitual muy controlado de *The Lancet*, se concluyen graves problemas en el proceso de autorización de los medicamentos, lo cual teniendo en cuenta el papel que desempeña la FDA en la autorización posterior a nivel mundial es de una singular importancia

El principio de que los medicamentos no deben llegar a los pacientes sin estrictas medidas de seguridad constituye la base de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA). La FDA influye en las decisiones sobre qué medicamentos llegan a los consumidores de todo el mundo, mediante rigurosos estándares de seguridad, eficacia y supervisión posterior a la comercialización en las prácticas regulatorias de medicamentos, con un presupuesto de 6800 millones de dólares para 2026.

Se enfrenta al difícil reto de mantener los estándares científicos y una revisión rigurosa, al tiempo que facilita el acceso a medicamentos y dispositivos a los pacientes que los necesitan lo más rápido posible. Debido a esta tensión y al poder de decisión de la FDA, su independencia política ha estado bajo escrutinio desde su creación. Si bien la rapidez es importante, la transparencia y la integridad garantizan la seguridad y la confianza pública.

Bajo la administración Trump, la FDA está perdiendo rápidamente su capacidad debido a la creciente presión. En 2025, se informó que casi el 90% de los altos directivos de la FDA habían renunciado, quedando solo tres

gerentes sénior con experiencia. Con los recortes federales y las renunciaciones, la plantilla de la FDA se redujo en casi una cuarta parte, más de 4000 personas. La reducción de personal ha provocado retrasos en las revisiones, aplazamientos de inspecciones y una mayor carga de trabajo. Desde enero de 2025, el Centro de Evaluación e Investigación de Productos Biológicos, la división de la FDA creada para acelerar el desarrollo de vacunas, terapias génicas y otros medicamentos para enfermedades raras, ha tenido seis directores diferentes. El personal que recientemente dejó la agencia ha expresado su preocupación por la influencia que ejercen los nombramientos políticos en las decisiones científicas y regulatorias.

En julio de 2025, Marty Makary, Comisionado de la FDA, se comprometió a modernizar la agencia mediante la adopción de la ciencia de referencia, la transparencia radical y el sentido común. Sin embargo, se han producido decisiones inconsistentes en varias revisiones de medicamentos de alto perfil. En febrero, la FDA se negó a revisar la solicitud de licencia para productos biológicos de mRNA-1010, la vacuna antigripal de ARNm de Moderna, debido a que objetó el diseño del ensayo —y no un

Politicisation of the US FDA: eroding integrity and trust



problema de seguridad o eficacia— a pesar de haber aprobado previamente el estudio, según informes. Una semana después, revirtió su decisión y accedió a revisar una solicitud enmendada.

El nuevo Centro de Innovación para Enfermedades Raras, que incluye un marco para permitir la aprobación de algunos medicamentos sin ensayos controlados aleatorizados, ha demostrado algunos éxitos notables junto con varios reveses en la ataxia de Friedreich, el síndrome de Angelman y el síndrome de Hunter. El rechazo de la FDA a una terapia génica para la enfermedad de Huntington también parece haber sido víctima de estándares de evidencia inconsistentes. La transparencia no se trata solo de publicar documentos, sino que también requiere razonamientos científicos y decisiones regulatorias que sean claras, comprensibles y coherentes.

Quizás lo más grave sea que una agencia reguladora no puede funcionar eficazmente si se eluden sus procesos científicos y su personal, y si se compromete su independencia.

El programa piloto de Vales de Revisión de Prioridad Nacional (CNPV) tenía como objetivo reducir drásticamente los plazos de revisión de las solicitudes, pasando de los habituales 10-12 meses a 1-2 meses, para productos que abordaran necesidades urgentes de salud pública o médicas. Si bien este es un objetivo loable, el programa ha sido criticado por basarse en la selección discrecional de la dirección de la agencia en lugar de un proceso competitivo formal para la asignación de los vales. Las asignaciones de CNPV para medicamentos para la fertilidad y la obesidad se han vinculado a los compromisos de precios o acceso negociados por la administración Trump. Al

menos cinco empresas que participaron en las negociaciones de precios de Medicare con la Casa Blanca entre 2023 y 2026 también recibieron vales de la FDA en 2025 o 2026. Esto agrava la preocupación de que las herramientas regulatorias se estén utilizando para impulsar una agenda política.

En el pasado, la intervención política directa ha intentado anular la revisión científica de la FDA. La mifepristona, finalmente aprobada para la interrupción temprana del embarazo, fue objeto de tres décadas de intensa interferencia política. Mientras el Congreso tomaba medidas para bloquear su aprobación, las directivas de la Casa Blanca la promovían. La aprobación de medicamentos se convirtió en un campo de batalla para la política nacional, y los límites entre la regulación científica y la política se desdibujaron. Los resultados de salud se ven afectados cuando la interferencia política debilita la confianza pública en las decisiones de la FDA, distorsiona los riesgos en relación con los beneficios y retrasa el acceso a productos que satisfacen necesidades médicas.

La confianza en la solidez científica de la FDA es fundamental para su legitimidad. Incluso la percepción de influencia política en la toma de decisiones científicas puede dañar la confianza. Si bien la administración define correctamente las prioridades regulatorias generales, la política debe mantenerse al margen de las decisiones regulatorias caso por caso. Una FDA sujeta a la intervención de políticos pierde la confianza del público, la industria y la comunidad médica. Cuando esto sucede, las consecuencias no son administrativas: las pérdidas se pueden cuantificar en vidas humanas.

OTRAS FUENTES

El mercado libre para Ozempic marcará una gran diferencia para decenas de millones de personas

Dean Baker.

Center for Economy and Policy Research (CEPR). 24 de marzo de 2026.

<https://cepr.net/publications/free-market-ozempic-will-make-a-huge-difference-to-tens-of-millions-of-people/>

Excelente por su sencillez y claridad este artículo de nuestro bien conocido y habitual en los artículos de otras fuentes de la revista Dean Baker. En este texto de nuevo expone sus ideas y reflexiones con una rotundidad demoledora. Por favor, no dejen de leerlo.

El New York Times publicó un interesante artículo sobre las implicaciones de la disponibilidad de Ozempic como genérico en India, China y otros países. La reducción de precio podría llegar a ser cercana al 99% en estos países.

Según el artículo, Ozempic se vende a cerca de 300 dólares por un tratamiento mensual en países en desarrollo como China e India. Se espera que su precio ronde los 15 dólares por tratamiento mensual cuando se introduzcan los genéricos, y podría llegar a bajar a unos 3 dólares cuando haya suficiente competencia en el mercado.

Las diferencias de precio en Estados Unidos y otros países ricos son aún mayores. Las personas sin seguro médico pueden llegar a pagar hasta 1000 dólares por un tratamiento mensual, aunque existen descuentos que pueden reducir este precio a la mitad. El medicamento aún cuenta con varios años más de protección de patente en Estados Unidos gracias a disposiciones legales, motivadas por la presión de la industria farmacéutica, que extienden la protección cuando el proceso de aprobación de la FDA se prolonga.

Medicamentos baratos: Los monopolios de patentes los encarecen

Este artículo es útil para mostrar la enorme diferencia que supondría para la vida de las

personas la disponibilidad de medicamentos genéricos. Salvo raras excepciones, la fabricación y distribución de medicamentos son económicas; sin embargo, pueden resultar caros debido a que los gobiernos otorgan monopolios de patentes u otras formas de protección a las compañías farmacéuticas.

Como señala el artículo, cientos de millones de personas en estos países que padecen diabetes u obesidad podrían beneficiarse de Ozempic. Muchas no pueden conseguir que su aseguradora o el gobierno cubran el precio del medicamento con patente y, por lo tanto, no pueden pagarlo de su propio bolsillo. Sin embargo, cuando esté disponible como genérico, será asequible para la mayoría de estas personas.

Si Ozempic y otros medicamentos estuvieran disponibles como genéricos desde el día de su aprobación, solo las personas más pobres no podrían costearlos. Incluso para ellas, los gobiernos y las agencias de ayuda podrían ser realistas y aspirar a cubrir el coste.

Existen alternativas a la investigación financiada mediante monopolios de patentes.

El argumento a favor de los monopolios de patentes es que son necesarios para incentivar la investigación. Sin embargo, las patentes son solo una forma de financiarla.

Existen otros mecanismos, como los pagos directos a través del sector público, que ya se utilizan. El gobierno invierte más de 50 mil millones de dólares anuales en investigación biomédica a través de los Institutos Nacionales de Salud y otras agencias gubernamentales.

Esta cifra tendría que triplicarse o incluso cuadruplicarse para reemplazar la investigación que actualmente se financia mediante monopolios de patentes. Así, Estados Unidos ahorraría más de 500 mil millones de dólares anuales (4000 dólares por hogar) al poder adquirir todos los medicamentos a precios genéricos. Esto cubriría con creces el costo del gasto público adicional en investigación.

Hay buenas razones para pensar que este tipo de mecanismo haría que el proceso de investigación fuera más eficiente. Como condición para obtener la financiación, el gobierno podría exigir que todos los resultados se publiquen en la web lo antes posible. De esta forma, los investigadores de todo el mundo podrían beneficiarse rápidamente de hallazgos prometedores y evitar callejones sin salida.

Esto también reduciría la cantidad de dinero desperdiciado en la investigación de medicamentos duplicados. Cuando surge un fármaco revolucionario, como Ozempic, otras compañías se apresuran a desarrollar medicamentos similares que puedan eludir la patente, para obtener una parte de los beneficios que esta genera. Si bien es deseable contar con más de un medicamento para tratar una afección o enfermedad, el dinero destinado a la investigación generalmente se invertiría mejor en el desarrollo de curas para



enfermedades para las que no existe un tratamiento eficaz.

Quizás lo más importante sea que al eliminar los monopolios de patentes se elimina el incentivo para que las compañías farmacéuticas mientan sobre la seguridad y la eficacia de sus medicamentos. El ejemplo más extremo de esto fue cuando las compañías farmacéuticas engañaron a los médicos sobre la adicción de la nueva generación de opioides, lo que contribuyó enormemente a la crisis de los opioides. Pero este problema ocurre constantemente, ya que las compañías farmacéuticas desarrollan continuamente nuevas estrategias para imponer sus medicamentos a médicos y pacientes, incluso cuando no sean el mejor tratamiento.

Necesitamos un debate serio sobre la financiación del desarrollo de fármacos

Hace tiempo que se necesita un debate real sobre los mejores mecanismos para financiar el desarrollo de fármacos. Gran parte de la comunidad económica ha obstaculizado activamente este tipo de debate, argumentando que los monopolios de patentes otorgados por el gobierno representan el libre mercado. Esta afirmación, obviamente absurda, se ha tomado en serio en los círculos políticos durante décadas.

Quizás, si sobrevivimos a la locura de Trump, podamos finalmente tener un debate serio sobre este tema tan importante. Y quizás, tras la era Trump, la verdad salga a la luz y los economistas, que se enfurecen con un arancel del 10%, reconozcan que un monopolio de patentes otorgado por el gobierno que eleva los precios en un 10.000% también constituye una intervención en el mercado.

OTRAS FUENTES

El fabricante de Mounjaro quiere que el precio de los medicamentos del NHS aumente a cambio de más inversión en el Reino Unido

- ***La firma estadounidense Eli Lilly, que también está presionando para poner fin al esquema de reembolsos, es optimista sobre las conversaciones con los ministros***

Lauren Almada.

The Guardian. 30 de marzo de 2026.

<https://www.theguardian.com/business/2026/mar/30/mounjaro-maker-eli-lilly-wants-nhs-drug-price-rises-in-return-for-more-investment-in-uk>

Este artículo recientemente, publicado en The Guardian (periódico que mantiene su independencia y rigor) destaca de nuevo la actitud de amenaza y presión de la industria farmacéutica sobre el gobierno británico.

Nick Dearden comentando la posición del gobierno británico señalaba, como se han recortado drásticamente los controles de precio del NHS, cediendo a las presiones de Trump y las grandes farmacéuticas. Describía también como el fin de semana de Pascua, el gobierno británico ha publicado a escondidas un vergonzoso comunicado de prensa, aprobado previamente por la Casa Blanca, donde se intenta justificar un acuerdo que no garantiza el acceso a nuevos medicamentos y únicamente conduce a que las y los ciudadanos británicos paguen más. Aún más sorprendente es que no hay una partida presupuestaria en el tesoro para este incremento. El aumento del gasto en medicamentos saldrá de los propios fondos del NHS.

Organizaciones civiles como Global Justice Now o Just Treatment han denunciado como las grandes farmacéuticas aliadas y ante la debilidad del gobierno del Reino Unido han sido capaces de canalizar a partir de ahora miles de millones de libras del NHS a los bolsillos de las farmacéuticas. Pero como podemos leer en el artículo a continuación Eli Lilly and Co son insaciables y continuarán exigiendo al gobierno británico más medidas para continuar incrementando exponencialmente sus ganancias.

La situación en el Reino Unido debería ser sin duda un ejemplo y una lección para el Ministerio de Sanidad (MS) de España en el enfoque de sus políticas en relación con las farmacéuticas. Sin embargo, lamentablemente el posicionamiento en relación con la transparencia del MS augura un camino equivocado y lesivo para la ciudadanía similar al del Reino Unido.

El grupo farmacéutico estadounidense responsable del fármaco para adelgazar Mounjaro ha anunciado que reanudará sus inversiones en el Reino Unido si los ministros aceptan aumentar periódicamente los precios de los medicamentos del NHS y poner fin al programa de descuentos.

Patrik Jonsson, presidente de la división internacional de Eli Lilly, declaró que la

compañía está en conversaciones con los ministros británicos y se mostró optimista respecto a alcanzar un acuerdo este verano para que el Reino Unido pague más por sus medicamentos.

En una entrevista con el Financial Times, Jonsson afirmó que las conversaciones también explorarán planes de precios "innovadores", como vincular los pagos de

los fármacos contra la obesidad a la capacidad del tratamiento para ayudar a los pacientes a reincorporarse al trabajo.

Esto se produce en un momento en que la industria farmacéutica estadounidense está intensificando la presión sobre el Reino Unido, después de que Keir Starmer aprobara el año pasado el primer aumento en los umbrales de rentabilidad del NHS en 27 años. Esto elevó el precio que el NHS (Servicio Nacional de Salud del Reino Unido) pagará por medicamentos que potencialmente prolongan la vida, pasando de entre 20.000 y 30.000 libras esterlinas al año por cada año de vida ganado, a entre 25.000 y 35.000 libras esterlinas.

Eli Lilly fue una de las varias compañías farmacéuticas que cancelaron o suspendieron inversiones previstas en el Reino Unido por valor de casi 25.000 millones de libras el año pasado. La farmacéutica suspendió sus planes de inversión en un laboratorio en el centro de Londres.

Jonsson declaró al Financial Times que la reanudación de la inversión de Eli Lilly dependería del resultado de sus conversaciones con el gobierno.

«Lo que necesitamos ver es que esos objetivos se conviertan en un plan de acción bien definido, con intervenciones y plazos», afirmó. Añadió que los precios de los medicamentos en el Reino Unido habían sido «demasiado bajos durante demasiado tiempo, e incluso con el umbral actual, no hemos vuelto a la situación de hace más de 20 años».

Tras la presión de Donald Trump sobre los precios internacionales de los medicamentos, el Reino Unido acordó pagar un 25 % más por los nuevos medicamentos para 2035, como parte de un acuerdo entre Estados Unidos y el Reino Unido sobre precios de



medicamentos. Los fondos provendrán del presupuesto del Servicio Nacional de Salud (NHS) en lugar del Tesoro y podrían llegar a alcanzar los 9.000 millones de libras esterlinas anuales, según han denunciado activistas.

Las grandes compañías farmacéuticas también han protestado contra un plan de reembolso que les obliga a devolver una parte de los ingresos por la venta de medicamentos de marca si el consumo del servicio público de salud supera una tasa acordada.

Se prevé que esta cifra disminuya en 2026, aunque Jonsson afirmó que los pagos "deberían llegar a cero" con el tiempo. Añadió que, si bien el NHS había racionado el acceso a la inyección de Mounjaro, la empresa estaba "muy interesada en explorar acuerdos más innovadores". Se espera que lance una versión en pastillas del fármaco para adelgazar a finales de este año.

Ya hemos visto algunos datos sobre cómo la intervención y el tratamiento de la obesidad reducen el absentismo laboral... para un empleador, eso supone una gran diferencia», afirmó. «Tenemos 2,8 millones de personas en edad laboral en el Reino Unido que no acuden al trabajo por enfermedad. Creo que existen oportunidades reales para debatir nuevos modelos, para colaborar, y eso incluye acuerdos basados en resultados».

Un portavoz del Departamento de Salud y Asistencia Social declaró: «Todos merecen acceso a los mejores y más innovadores tratamientos, y nuestros cambios en los precios de los medicamentos garantizarán que miles de pacientes del NHS accedan más rápidamente a nuevos tratamientos.

«Seguimos plenamente comprometidos con la implementación del acuerdo farmacéutico entre el Reino Unido y Estados Unidos, incluidos los cambios en el umbral de rentabilidad del NICE».

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



Conflictos de intereses financieros entre autores de guías de práctica clínica en España: un análisis transversal

*Sergio Martín-Benlloch, Sergio Morales-Garzón, Ángel María Martín Fernández-Gallardo, Ildefonso Hernández-Aguado, **Gaceta Sanitaria** (40) 2026. <https://www.gacetasanitaria.org/en-financial-conflicts-interest-among-authors-articulo-S0213911126000191>*

Un sólido trabajo que desarrolla una investigación rigurosa sobre un tema decisivo para garantizar una práctica clínica adecuada; nada menos que la evaluación de los conflictos de interés (DI) en el desarrollo de las guías clínicas (GPC). Cuando los autores destacan que “en conjunto, más de tres cuartas partes de las autorías de las GPC avaladas por cinco sociedades científicas se asociaron con declaraciones de (CDI) poco confiables, pese a que 564 autores (80%) recibieron transferencias de valor de la industria farmacéutica” el lector/a experimenta sin duda una notable intranquilidad.

Los autores, sin embargo, señalan en sus conclusiones que es necesario investigar aún más.



Carta abierta de Médicos del Mundo

***Médicos del Mundo**, marzo 2026. https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/2026/03/CartaAbierta_ReglamentoDeportacion_UE_mar26-1.pdf*

Más de 1.100 profesionales de la salud: enfermeras, enfermeros, médicos, médicas, matronas, auxiliares de cuidados, psicólogos, psicólogas, dentistas y otros profesionales sanitarios que desempeñan su trabajo en el ámbito sanitario han expresado públicamente su rechazo al Reglamento Europeo de Retorno de la UE.

Desde la revista AJM y la AAJM queremos compartir este posicionamiento sencillamente resumible en esta frase del texto: “Solo existe una regla: prestar atención sanitaria a quien la necesite, sin discriminación”.



Reject Threatening HIV and Other Medical Assistance to Zambia Over Critical Minerals

***Trade Justice Education Fund**, 26-03-2026. https://tradejusticeedfund.org/wp-content/uploads/ZambiaCriticalMineralsLetter_withCMAComments_032626.pdf*

La lectora o lector podrá encontrar a continuación una nueva versión de una política que realmente no puede ser calificada de presión, sino de auténtica extorsión e infamia.

A continuación, reproducimos el texto íntegro de la carta dirigida a Marcos Rubio

secretario de Estado del gobierno de Estados Unidos

Rechazo a la amenaza de retención de ayuda médica y para el VIH a Zambia por los minerales críticos

*Secretario de Estado Marco Rubio
Departamento de Estado de EE. UU.
2201 C Street NW
Washington, D.C. 20520
26 de marzo de 2026*

Estimado Secretario Rubio:

Nos preocupa profundamente la información que indica que el Departamento de Estado está considerando retener ayuda médica para el VIH y otros tratamientos vitales a Zambia como medio para presionar al país a firmar un acuerdo sobre minerales críticos con Estados Unidos. Le instamos a que aclare de inmediato que Estados Unidos no recurrirá a esta táctica abominable.

Se estima que 1,3 millones de zambianos reciben tratamiento para el VIH en el marco del Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (PEPFAR), y decenas de miles de vidas adicionales se salvan cada año en Zambia gracias a los esfuerzos continuos de Estados Unidos para combatir la malaria y la tuberculosis. Como usted mismo ha reconocido en ocasiones, estos programas brindan beneficios bien documentados para la salud mundial, la economía mundial y la seguridad mundial. Muchos en la comunidad de salud pública abogan por su expansión. Amenazar estos programas —y la vida de quienes dependen de ellos— para obtener ventaja en las negociaciones comerciales es éticamente indefendible. Además, retener estos medicamentos vitales solo agravaría la pobreza y el sufrimiento en Zambia y la región circundante, creando un efecto dominó de inestabilidad que podría tener repercusiones imprevistas en los intereses de Estados Unidos a corto, mediano y largo plazo.

Cualquier alianza en materia de minerales críticos debe respetar la autonomía local para tener éxito. En la medida en que

Estados Unidos busca la ayuda de Zambia para mejorar la resiliencia de la cadena de suministro de minerales críticos, debemos priorizar las iniciativas que cumplan con los objetivos de creación de empleo, medio ambiente y desarrollo sostenible de ambos países. A diferencia de los acuerdos anteriores sobre minerales críticos, cualquier propuesta con Zambia debe garantizar que las comunidades de donde se extraen los minerales sean participantes centrales en la cadena de valor. Los comentarios públicos adjuntos sobre el “Diseño de un Acuerdo Plurilateral sobre

Comercio de Minerales Críticos”, firmados por muchas de nuestras organizaciones, contienen recomendaciones concretas sobre cómo podría elaborarse dicha propuesta.

Por supuesto, el programa PEPFAR y otras ayudas sanitarias a Zambia no deben estar condicionados de ninguna manera a ningún tipo de acuerdo sobre minerales, ni siquiera a uno mutuamente beneficioso. Reiteramos nuestra exhortación a que rechacen de inmediato y públicamente la idea de que Estados Unidos utilice la ayuda médica vital como moneda de cambio para aumentar su influencia en las negociaciones sobre minerales.

Nota CR

En el documento original se encuentra el listado de organizaciones firmantes,



Acuerdos bilaterales de salud de EE. UU.: textos e información relacionada

Public Citizen, 18 de Marzo 2026. <https://www.citizen.org/article/u-s-bilateral-health-agreements-case-act-reporting/>

Cómo llevamos meses observando y recogiendo en diversos artículos y comentarios, los programas de asistencia exterior de EE.UU. están siendo

desmantelados, incluida la agencia, encargada de llevarlos a término, USAID. Trump está configurando la ayuda sanitaria dentro de su restrictivo enfoque "Estrategia de Salud Global America First".

Esta estrategia, del gobierno Trump está basada en el desarrollo de acuerdos bilaterales de financiación en el ámbito de la salud, en los que de forma directa la Administración de EE.UU utiliza su fuerza de negociación para imponer a docenas de países, con falta de transparencia y sin la participación de la sociedad civil, acuerdos que impactan significativamente en el funcionamiento de sus sistemas de salud.

En el texto se recogen los archivos PDF de los acuerdos de salud publicados por el Departamento de Estado y disponibles en una tabla. Pero en realidad el gobierno de los Estados Unidos ha afirmado 27 acuerdos y únicamente ha publicado hasta la actualidad cinco.



Carta abierta a Gilead: La prevención no debería ser un privilegio - Médicos Sin Fronteras solicita a Gilead acceso directo a lenacapavir, ya que el suministro actual dista mucho de cubrir las necesidades

Médicos sin Fronteras, 30-03-2026,
<https://www.doctorswithoutborders.org/latest/prevention-should-not-be-privilege-msf-calls-gilead-direct-access-lenacapavir>



TACD plantea preocupación sobre el uso de amenazas arancelarias para aumentar los precios de los medicamentos en Europa

Trans Atlantic Consumer Dialogue, febrero 2026.

<https://tacd.org/wp-content/uploads/202602-Medicines-prices-statement.pdf>

TACD considera que es necesario priorizar la asequibilidad de los medicamentos y rechazar las presiones para aumentar los precios de los fármacos necesarios para el tratamiento de los pacientes. Considera que ningún país debe aceptar medidas comerciales coercitivas y presiones corporativas que impidan la soberanía en el desarrollo de las normas y prácticas necesarias para mantener la salud de su ciudadanía

MSF informa en esta nota de los graves problemas con la utilización de lenacapavir en el desarrollo de sus programas humanitarios. Señala, como el día 18 de febrero de 2026, MSF se reunió con Gilead para solicitar la compra de un suministro limitado de lenacapavir para su uso en los programas humanitarios de MSF en todo el mundo. Pero de forma inaceptable, Gilead se negó a vender lenacapavir directamente a MSF.

Lenacapavir, es un medicamento que se utiliza como herramienta de prevención del VIH de acción prolongada, y como señala MSF: "representa uno de los avances más prometedores para acabar con el sida".

Queremos destacar, como el escrito señala, que el desarrollo de este medicamento se realizó con el apoyo de fondos públicos y lo que es más grave y proporciona un perfil siniestro a la actitud de Gilead: "a través de la confianza de las comunidades que participaron en ensayos clínicos, muchos de ellos en países ahora excluidos del acceso asequible, hace que las restricciones actuales sean aún más inconcebibles".

Recomendamos vivamente su lectura

KNOWLEDGE ECOLOGY INTERNATIONAL

ATTENDING AND MENDING THE KNOWLEDGE ECOSYSTEM

El Tribunal Superior de Delhi aprueba la venta de biosimilar de nivolumab en interés público

Knowledge Ecology International. 13

de marzo de 2026

<https://www.keionline.org/41152>

En enero de 2026, una sección del Tribunal Supremo de Delhi, aprobó la venta de un biosimilar de nivolumab, un fármaco oncológico, por la empresa india Zydus.

Nivolumab es un medicamento utilizado para tratar diversos tipos de cáncer, melanoma, cáncer de riñón y linfoma.

El Tribunal revocó una resolución anterior de julio de 2025 que ante una demanda de infracción de patente de Bristol-Myers Squibb había impedido la comercialización del bio similar.

Es muy interesante la lectura de los párrafos de la resolución en la que se señala como elemento fundamental el interés público.



Activismo global para hacer que los medicamentos patentados sean más accesibles: un estudio de caso del ITPC de la bedaquilina para el tratamiento de la tuberculosis

Priti Patnaik. South Centre. Marzo 2026

<https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2026/04/SC-BDQ-TB-Report-P-Patnaik-Mar-26.pdf>

Este documento es un informe realizado donde se abordan los esfuerzos de diversas organizaciones de la sociedad civil en diferentes países, como Brasil, Ucrania y Tailandia para conseguir el acceso y la asequibilidad de sus ciudadanas y ciudadanos al tratamiento de la tuberculosis.

Su objetivo: conseguir que la bedaquilina un medicamento clave para la tuberculosis, pueda llegar a ser empleado en el tratamiento, utilizando las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), que hemos recogido en anteriores ocasiones en diferentes textos en AJM.

El informe es una visión de las acciones realizadas en los países incluidos en el estudio durante 2023-2024, en oposición, a las patentes de Johnson & Johnson sobre el medicamento bedaquilina contra la tuberculosis.

La estrategia fundamental se dirigió a oponerse a las patentes secundarias que amplían el periodo de monopolio de Johnson & Johnson más allá la patente original.

El informe destaca el éxito de las medidas adoptadas en la India y Tailandia y al mismo tiempo resalta las considerables dificultades judiciales y la poca e insuficiente voluntad política de los gobiernos. Asimismo, señala la importancia estratégica de oponerse a las patentes antes de su concesión.



Global Activism to Make Patented Drugs More Accessible: An ITPC Case Study of Bedaquiline for Treatment of Tuberculosis

Priti Patnaik



**MALDIGO LA POESÍA DE QUIEN NO TOMA
PARTIDO HASTA MANCHARSE**

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

Poesía contra una guerra criminal

Miscelánea con Patti Smith y Bruce Springsteen

La situación actual de guerra no declarada de Israel y EE.UU en Irán y Líbano, sus consecuencias sobre la población civil, la destrucción, el desplazamiento de cientos de miles de habitantes, los miles de asesinados nos han llevado a buscar y recordar palabras y canciones de denuncia y si fuera posible, aún, de esperanza, de alguna esperanza. En esa búsqueda surge en nuestra memoria, el ejemplo en el pasado reciente de la voz y la palabra de Patti Smith.

Nació en Chicago en 1946 y ha desarrollado una larga trayectoria como cantante, compositora y artista visual. Además ha escrito más de veinte libros de poemas y narrativa. Su libro de memorias “Éramos unos niños” constituye una excelente manera de acercarse a su figura y a su mundo

Inscrita por méritos propios en el campo de la música contemporánea como legendaria cantante punk, su actividad y su sensibilidad como escritora le han convertido en una poeta reconocida.

En estos tiempos terribles, se repite de nuevo la historia, de forma ignominiosa en el mismo lugar y de la misma cruel manera. Por eso es necesario recordar su voz de entonces cuando denunciaba abiertamente el bombardeo israelí de civiles libaneses en su canción “Qana”.

En ella, relata con profundo dolor un ataque aéreo israelí al pueblo libanés de Qana el 30 de julio de 2006, "una atrocidad" donde murieron asesinadas 56 personas, incluidos 32 niños.

Pero lo más espeluznante es que ya diez años antes los aviones Israelíes habían bombardeado al mismo pueblo y asesinado a 106 civiles también en un refugio civil de la ONU.

Patti Smith además de las palabras estremecedoras de su canción no duda en afirmar en una entrevista: " Es una atrocidad no solo contra el pueblo, sino también contra la tierra. Lo encuentro realmente imperdonable". Y continúa:

"Soy estadounidense, pago impuestos a mi nombre y están dando millones y millones de dólares a un país como Israel y bombas de racimo y tecnología de defensa y esas bombas fueron lanzadas sobre ciudadanos comunes. Es terrible. Es una violación de los derechos humanos".

De nuevo hoy el pueblo libanés sufre el ataque israelí.

Escuchemos Qane 2006



Patti Smith - Qana (London, 2006). <https://www.youtube.com/watch?>

Traducción al castellano

No hay nadie

En el pueblo

Ni un humano

Ni una piedra

No hay nadie

En el pueblo

Los niños se han ido

Y una madre se mece

Para dormirse

Que caiga

Que lllore

Los muertos yacen en formas extrañas

Algunos permanecen enterrados

Otros se arrastran libres

El bebé no lo logró

Escombros que gritan

Y una madre se mece

Para dormirse

Que caiga

Que lllore

Los muertos yacen en formas extrañas

Muñequitas flácidas

Cubiertas de barro

Manitas pequeñas

Encontradas en el camino

Hablan de

Objetivos de guerra

Qué frase

Bombas que caen

Hechas en Estados

Unidos

El nuevo Oriente

Medio

La mujer del arroz chilla

Los muertos yacen en formas extrañas

Cuerpos pequeños

Cuerpos pequeños

Atados de pies y cabeza

Envueltos en plástico

Tendidos en la calle

El nuevo Oriente

Medio

La mujer del arroz chilla

Los muertos yacen en formas extrañas

Agua para vino

Vino a sangre

Ahh qana

El milagro

Es amor

Hoy sentimos también estupefacción, e indignación, pero también miedo, ante las amenazas del gobierno Trump al pueblo cubano.

De nuevo recordamos y escuchamos a Patti Smith en "Without Chains" donde denuncia el centro de detención de jóvenes en Guantánamo. En esta canción, detalla la historia de Murat Kurnaz, un ciudadano turco que finalmente fue liberado de Guantánamo después de cuatro años de bárbara e injusta reclusión. Kumar nació y creció en Alemania y estaba en proceso de convertirse en ciudadano alemán cuando fue arrestado en Pakistán a finales de 2001.

(La lectora o lector, interesado puede encontrar una entrevista de Patti con Amy Goodman en *Democracy Now*, pueden acceder en https://www.democracynow.org/2015/10/8/patti_smith_on_closing_guantanamo_remembering

Traducción al castellano

**Durante cuatro largos años
no fui un hombre
soñando encadenado
con las luces encendidas
en otro mundo
un inframundo
cuatro largos años
sin nada
que decir
pensamientos impuros
en la Bahía de Guantánamo**

**ahora estoy aprendiendo
a caminar
sin cadenas
estoy aprendiendo
a caminar
sin cadenas
aprendiendo a caminar
sin cadenas
sin cadenas
sin cadenas
nacé en Bremen
tocaba la guitarra
un joven aprendiz
construyendo barcos
amo y me casé
escuché el llamado
está alcanzando la sabiduría
una búsqueda de necios
viajé a Pakistán
para respirar el Corán
detenido**

**sin razón aparente
luego un campo de prisioneros
como enemigo
Combatiente**

**Languidecí en una celda
Cuatro años y un día
Luego volé a casa
Una versión de la libertad
Encadenado al suelo
Con los ojos vendados
Una última humillación
queda por soportar
dicen que camino
extraño
puede que sea cierto
ha pasado mucho tiempo
desde que caminé Todo**

**Ahora estoy aprendiendo
a caminar
sin cadenas
a hablar
sin cadenas
a respirar
sin cadenas
a amar, etc...
sin cadenas
sin cadenas
sin cadenas**

**Sin nada que decir
pensamientos impuros
en la Bahía de Guantánamo**

**ahora estoy aprendiendo
 a caminar
 sin cadenas
 estoy aprendiendo
 a caminar
 sin cadenas
 aprendiendo a caminar
 sin cadenas
 sin cadenas
 sin cadenas
 nací en Bremen
 tocaba la guitarra
 un joven aprendiz
 construyendo barcos
 amo y me casé
 escuché el llamado
 está alcanzando la sabiduría
 una búsqueda de necios
 viajé a Pakistán
 para respirar el Corán
 detenido
 sin razón aparente
 luego un campo de prisioneros
 como enemigo
 Combatiente8**

**Languidecí en una celda
 Cuatro años y un día
 Luego volé a casa
 Una versión de la libertad
 Encadenado al suelo
 Con los ojos vendados
 Una última humillación
 queda por soportar
 dicen que camino
 extraño
 puede que sea así
 ha pasado mucho tiempo
 desde que caminé**

**ahora estoy aprendiendo
 a caminar
 sin cadenas
 a hablar
 sin cadenas
 a respirar
 sin cadenas
 a amar, etc...
 sin cadenas
 sin cadena
 sin cadena**

Patti Smith y Bruce Springsteen han desarrollado espléndidos trabajos y actuaciones juntos. Por eso y teniendo en cuenta los brutales ataques recibidos por Springsteen de Donald Trump queremos dedicarle aquí unas últimas líneas.

“The Boss” ha sido uno de los líderes de las protestas en los últimos meses a las políticas migratorias de Trump, especialmente por las redadas de los matones de ICE en Minneapolis. (Allí, Bruce Springsteen realizó un concierto benéfico sorpresa el 30 de enero durante una de las jornadas de protesta).

Su papel ha sido determinante en el liderazgo de las enormes movilizaciones de protesta, ” No Kings” que se han realizado en todo el territorio de Estados Unidos contra las políticas de la administración Trump de represión interior contra los ciudadanos y ciudadanas norteamericanos y la barbarie de una política exterior caracterizada por la destrucción de cualquier norma del derecho internacional y la utilización de bombardeos masivos sobre población civil como instrumento de terror.

A la movilización ciudadana, Trump ha respondido con su estilo violento y enloquecido habitual. No ha dudado en insultar a Springsteen de manera abyecta: "Este tipo es un perdedor total que vomita odio contra un presidente que ganó las elecciones por una victoria aplastante". Incluso se ha referido a su aspecto físico : "Parece una ciruela pasa

reseca que ha sufrido enormemente a manos de un cirujano plástico verdaderamente incompetente".

Pero además en una actitud inaceptable en un presidente , ha pedido a sus seguidores : "Deberían boicotear sus conciertos, sus precios son desorbitados **y son una auténtica basura.** Ahorren el dinero que tanto les ha costado ganar".

Pero no podemos terminar sin un mensaje de lucha y esperanza Ahí los tenemos
"People have the Power"

<https://youtu.be/71TCH5kecIE?si=lx9Q6B6TznD3RIW1>



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

