

# ACCESO JUSTO REVISTA AL MEDICAMENTO

AAJM

<http://accesojustomedicamento.org>

ISSN 2697-1712



## EDITORIAL

- (4) Dos años (más) defendiendo que la salud no sea un negocio opaco. Soledad Cabezón Ruiz.

## ORIGINALES

- (7) El gasto farmacéutico sigue al alza: 1.330,6 millones más en 2025. Fernando Lamata Cotanda.
- (9) Bioética y financiación de las asociaciones de pacientes. Javier Sánchez Caro.
- (13) La lucha en sede judicial por la transparencia del precio del medicamento y el intento de blindar su opacidad por vía legislativa. Juan Luis Beltrán Aguirre.

## OTRAS FUENTES

- (23) Estados Unidos decide incluir a la Unión Europea en la lista de vigilancia del informe especial 301. Public Citizen.
- (25) Acuerdo de 64.000 millones de libras esterlinas que podrá costar más vidas que la COVID. TBIJ.

- (33) Una dosis de este medicamento contra el cáncer cuesta más que una onza de oro. Patrick Durisch.
- (40) Un informe revela que todas las Big Pharma están implicadas en esquemas de soborno. Richard Sears.
- (44) Diputados contra el secretario de Salud. Denis Campbell.
- (47) Examen de narrativas de la industria farmacéutica en las negociaciones del Acuerdo de Pandemias. Lauren Paremoer.
- (51) Asequibilidad de medicamentos en el informe de Public Citizen ante el Senado estadounidense. Robert Weissman.

## INFORMES Y DOCUMENTOS

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

## MALDIGO LA POESÍA...

- (64) Lucha continua por la libertad del pueblo de Cuba y de la humanidad. Nicolás Guillén.

SUMARIO

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

Comisión Editorial: Fernando Lamata Cotanda, (presidente), María Julia Bertomeu, Manuel Cabrero, Soledad Cabezón Ruiz, Alicia Delgado Gómez, Carmen Esbrí, Ramón Gálvez Zaloña, Eva Iraízoz, 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](mailto: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](mailto: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 47. ABRIL 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](#)

**ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO**  
REVISTA AAJM  
ISSN 2697-1712  
<http://www.accesojustomedicamento.org>

**¡DEFENDER LA TRANSPARENCIA!**

**SUMARIO**

**EDITORIAL**

- 01 Dos años (más) defendiendo que la salud no sea un negocio más. **Soledad Cabezón Ruiz**

**ORIGINALES**

- 02 170 años luchando por el día 1.200 millones más en I+D+i. **Fernando Lamata Cotanda**
- 03 Bloqueo y financiación de las asociaciones de pacientes. **Alicia Delgado Gómez**
- 04 La lucha en modo judicial por la transparencia del precio de medicamentos y el derecho de elegir su opción por vía gratuita. **Juan José Rodríguez Sendín**

**OTRAS FUENTES**

- 05 Estados Unidos desde España: ¿El Límite Europeo en la vía de regulación del informe español? **Pablo Colás**
- 06 Acuerdo de 54.000 millones de Euros interseñan que para evitar más vidas que la COVID. **TLA**

**INFORMES Y DOCUMENTOS**

- 07 Informe y documento relacionados por la Comisión de Protección.
- 08 **IGUALDAD LA POESÍA...**
- 09 **Letra congres por la libertad del pueblo de Cuba y de la humanidad.** **Jaume Vidal**

**OTROS**

- 10 Una lista de más medicamentos contra el cáncer cuando más que otro más de ellos. **Patrick Durkin**
- 11 Un informe más que todos los libros: cómo evitar implicados en equívocos de sistema. **Richard Spence**
- 12 Diputado contra el secretario de Salud. **Diego Campolongo**
- 13 Examen de sanidad de la industria farmacéutica por las organizaciones del Acuerdo de Parlamento. **Laura Palomares**
- 14 Accesibilidad de medicamentos en el sistema de salud. **Claudia del Sol**
- 15 Accesibilidad de medicamentos en el sistema de salud. **Robert Wilson**



• **Las inaceptables maniobras de presión del gobierno de los EE. UU. sobre Zambia y el VIH.**

La táctica de negociación del Departamento de Estado de los EE.UU. para mantener la financiación del programa de VIH en Zambia es exigir a su gobierno el acceso a sus minerales críticos. Una maniobra tan vil que el director científico del programa global de VIH/SIDA renunció y lo llamó "un acuerdo que no podía soportar". {Global Trade Watch}. Un informe de la OCDE muestra que Big Pharma soborna rutinariamente a los prescriptores, reguladores de medicamentos, funcionarios gubernamentales y otros. [Fuente Mad in America.](#)

• **Un comentario afortunado: Gollum en acción.**

El senador Ron Wyden de Oregón se refirió a la forma en que el fabricante de medicamentos AbbVie protege la exclusividad de su medicamento de enormes ganancias, Humira, comparando la manera en la que la empresa protege sus enormes ganancias con la forma en la que Gollum protege su anillo. [Fuente CNBC.](#)

• **Un ejemplo corriente de un fármaco muy utilizado con un precio abusivo.**

Xtandi es un medicamento para el cáncer de próstata avanzado, comercializado por [Astellas y Pfizer](#). El precio de Xtandi (enzalutamida) es exorbitante en EE.UU. 129.000 dólares al año, cerca de 90 dólares por cápsula. En España, el precio de Xtandi 40 mg es de 3.358,41 € (con IVA) por envase. (30 € aproximadamente la cápsula). Un fabricante canadiense ofrece enzalutamida genérica por 3 dólares la cápsula, una trigésima parte del precio del fabricante original (Esta referencia se encuentra incluida en el artículo de este número: "Public Citizen sobre cómo hacer que los medicamentos sean más asequibles").

• **Acuerdos que evitan la entrada de versiones genéricas y más baratas de Vyndamax en los EE. UU. hasta al menos el 1 de junio de 2031.**

Pfizer ha conseguido eliminar la competencia genérica, para su muy rentable y exitoso medicamento para el corazón Vyndamax (tafamidis) hasta el 1 de junio de 2031, mediante los acuerdos de liquidación con Cipla, Dexcel Pharma y Hikma Pharmaceuticals. Estos acuerdos, extienden la vida de la patente con una franquicia anual de más de 6 mil millones de dólares. Con estos acuerdos, consigue mantener sus altos beneficios, desde 2028 hasta mediados de 2031. Su medicamento Vyndamax, utilizado para tratar la miocardiopatía amiloide de transtiretina (ATTR-CM), tiene alrededor de un 75% del volumen de prescripción actual en el mercado. Los acuerdos mencionados garantizan que los medicamentos cardíacos de alto rendimiento económico de Pfizer no se enfrenten a una competencia significativa en un futuro próximo, lo que permite a la compañía más tiempo para seguir con altos beneficios. [Fuente Endpoints News.](#)

• **El secretario de Estado de Sanidad lanza una orden ministerial, para configurar una mesa para la participación de los pacientes, sin haber aún fijado el proyecto final de la Ley de participación.**

El día 17 de abril se publicó la OM para la constitución de la Mesa para la Participación de los pacientes. Esta Mesa, en la fluida retórica del secretario de Estado Javier Padilla, "supondrá el primer órgano a nivel estatal que desde el punto de vista de las instituciones públicas trabajará para garantizar la participación de las organizaciones de pacientes en los diferentes ámbitos de la Administración General del Estado en materia de sanidad, siendo un lugar de encuentro para todas las organizaciones de pacientes que trabajen a nivel estatal". También nos advierte que esta Mesa es "la avanzadilla de la Ley de Organizaciones de pacientes actualmente en tramitación". Como ya es conocido, la AJM ha presentado alegaciones al mencionado proyecto [Fuente Ministerio de Sanidad.](#)

## EDITORIAL

## Dos años (más) defendiendo que la salud no sea un negocio opaco



### Soledad Cabezón Ruiz.

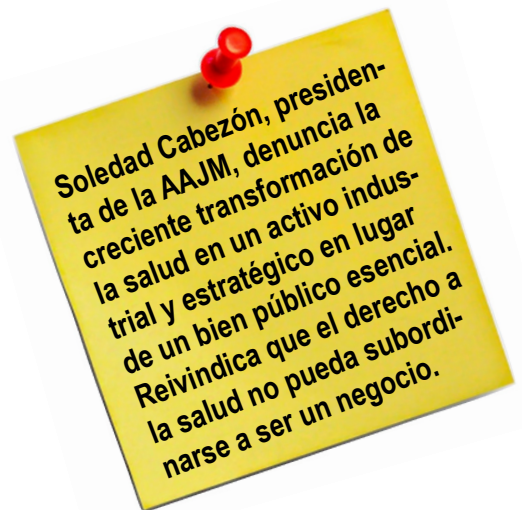
Presidenta de la AAJM.

En junio se cumplirán dos años desde que asumí la presidencia de la Asociación Acceso Justo al Medicamento, un honor tan ingente como lo es el compromiso de la asociación. Han sido dos años intensos, pero sobre todo marcados por una evolución preocupante: la política farmacéutica europea y española ha ido desplazándose, cada vez con mayor claridad, desde la defensa del medicamento como bien público hacia su consideración como activo estratégico industrial, económico y geopolítico. Lejos queda aquella esperanza consensuada del Parlamento Europeo en 2017 de “reequilibrar el sector” donde el acceso a los medicamentos y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios no quedase relegado y, menos aún, amenazada por la competitividad de la industria farmacéutica y, sobre todo, por los beneficios excesivos.

Desde la AAJM siempre hemos defendido una idea sencilla: los medicamentos, que se financian con dinero público en gran parte, deben responder al interés público, deben considerarse un bien social; la salud es un derecho entendido como básico por la ciudadanía, más allá de las regulaciones internacionales y nacionales. Eso significa precios justos, transparencia, rendición de cuentas, acceso equitativo y retorno social cuando la investigación, los ensayos, los datos y la infraestructura sanitaria han sido sostenidos por la ciudadanía.

Sin embargo, en estos años hemos visto avanzar una lógica distinta. Bajo el argumento de la competitividad, la innovación y la seguridad de suministro, aunque haciendo un uso indebido de la palabra acceso en los diferentes textos introductorios de la legislación reciente, se están consolidando marcos normativos que refuerzan el poder de la industria farmacéutica y debilitan la capacidad pública de control. La reforma farmacéutica europea se presenta como una modernización necesaria para mejorar el acceso, evitar desabastecimientos y acelerar la llegada de nuevos tratamientos, pero también explicita que uno de sus objetivos centrales es garantizar la competitividad de la industria farmacéutica europea.

No negamos que Europa necesite autonomía estratégica ni capacidad industrial. La pandemia mostró dependencias en medicamentos esenciales, principios activos y cadenas de suministro, pero autonomía sanitaria (industrial) no puede significar blindar rentas privadas, ampliar exclusividades, acelerar autorizaciones y proteger márgenes sin exigir transparencia, precios justos y retorno colectivo. Si lo público financia la investigación, sostiene hospitales, genera evidencia clínica y compra los medicamentos, lo público tiene derecho a saber cuánto paga, por qué lo paga y qué parte del valor creado vuelve a la sociedad.



Por eso resulta especialmente grave el retroceso en transparencia adoptado por el Gobierno de España, más por los partidos que sustentan al gobierno, con una manifiesta incoherencia con la posición mantenida a la fecha. La defensa reciente de la confidencialidad de los precios netos de los medicamentos financiados públicamente supone aceptar que la factura que pagamos entre todos pueda permanecer oculta. Se nos dice que revelar precios debilitaría la posición negociadora de España o podría retrasar el acceso a la innovación, pero la pregunta esencial sigue sin respuesta: ¿por qué debe sacrificarse la transparencia democrática para proteger estrategias comerciales privadas? Una transparencia que se justifica por la defensa del sistema sanitario público, el derecho de los pacientes al acceso a la salud, a los medicamentos, amenazado con una factura farmacéutica imparable con precios de medicamentos que no se justifican por las inversiones en su desarrollo y, sin embargo, nos encontramos ante el sector industrial con mayor margen de beneficios a nivel europeo.

La industria farmacéutica lleva décadas justificando precios elevados en nombre del riesgo y del coste de la innovación. Pero ese relato es incompleto; no sólo porque la propia UE lo sitúa en torno al 17% del coste total del desarrollo, sino porque, además, una parte sustancial de la investigación biomédica se apoya en financiación pública, entre un 40 u 60%, según los estudios; universidades, hospitales, institutos de investigación y ensayos clínicos se realizan en sistemas sanitarios públicos; España es el principal país en desarrollo de ensayos clínicos en el sector público. La sociedad paga la ciencia, paga la infraestructura, paga los medicamentos y, además, se le pide que acepte no conocer el precio real. Ese modelo no es sostenible democráticamente, especialmente cuando año tras año, al menos, un 4% de la población reconoce no poder acceder a los tratamientos prescritos por razones económicas, no hay medicamentos para enfermedades cuya mortalidad amenaza con superar a la del cáncer en las próximas

décadas, como son las infecciones por microorganismos resistentes, mientras sea mucho más lucrativo el sector oncológico.

A esta situación se suma un nuevo frente: el Espacio Europeo de Datos de Salud. Puede ser una herramienta disruptiva para mejorar la asistencia, la investigación y la seguridad sanitaria y, como he defendido públicamente, una oportunidad de garantía de sostenibilidad del sistema sanitario. Sin embargo, la regulación adoptada a nivel europeo hace que pueda convertirse en el mayor mercado integrado de datos sanitarios sensibles del mundo. Nuestra historia clínica, nuestros datos genéticos, nuestros diagnósticos, nuestros tratamientos y nuestra biografía biológica pueden pasar a ser una materia prima de enorme valor para farmacéuticas, tecnológicas, plataformas de inteligencia artificial y, potencialmente, modelos aseguradores o financieros.



Soledad Cabezón

La pregunta ya no es sólo cómo proteger la privacidad. La pregunta es quién monetizará nuestra salud. Si el ciudadano financia el sistema, aporta sus datos, participa en ensayos, paga impuestos y después compra colectivamente medicamentos a precios secretos, el contrato social sanitario empieza a romperse.

Estos dos años han confirmado la necesidad de la AAJM. Nuestra tarea es recordar, una y otra vez, que la innovación no puede ser una coartada para la opacidad; que la competitividad no puede estar por encima del derecho a la salud; que los datos sanitarios no pueden convertirse en una mina privada sin retorno público; y que los medicamentos financiados por la ciudadanía deben estar sometidos a control democrático.

Europa parece avanzar hacia una bio-economía sanitaria en la que la salud se concibe cada vez más como sector tractor, mercado de datos, nicho tecnológico e infraestructura industrial. Ese camino puede

generar avances, pero también enormes desigualdades si no se corrige su dirección. Frente a ello, la AAJM seguirá defendiendo un principio básico: la salud no puede organizarse como un mercado opaco donde la ciudadanía asume los costes y otros capturan los beneficios.

Nuestro objetivo sigue siendo claro: transparencia radical en precios y contratos; evaluación pública de costes reales de I+D; retorno social de la inversión pública; límites al abuso de monopolios; acceso equitativo a medicamentos esenciales; control democrático del uso secundario de datos sanitarios; y una política farmacéutica orientada al bien común, no a la maximización de beneficios.

Dos años después, la convicción es aún más firme. **Sin transparencia no hay justicia. Sin justicia no hay acceso. Y sin acceso justo al medicamento, el derecho a la salud queda subordinado al negocio.**

# REVISTA ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO AAJM

ISSN 2697-1712



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

## ORIGINAL

## El gasto farmacéutico sigue al alza: 1.330,6 millones más en 2025



### Fernando Lamata Cotanda.

Presidente de la Comisión Editorial de la rAJM.  
Presidente de honor de la AAJM.

Según datos recientes del Ministerio de Hacienda, en el año 2025 el gasto farmacéutico público en España ascendió a 26.145,5 millones de euros <sup>(1)</sup>. Esto supone 1.330,6 millones de euros más que en 2024 y un incremento del 5,36%. Solo ese incremento equivale a más de 13.000 profesionales que podrían haberse destinado, por ejemplo, a los programas de Salud Mental. Conviene recordar que el 50% de las personas que necesitan una consulta de salud mental tienen que recurrir a la sanidad privada por la falta de psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales en la sanidad pública, y que la incidencia de problemas de salud mental se ha duplicado en los últimos diez años. El dinero que se gasta innecesariamente en precios excesivos de los medicamentos perjudica a los pacientes y a la sanidad pública.

El gasto en hospitales fue de 11.478,9 millones de euros, con un aumento del 7,4% respecto al año anterior, por la presión de los llamados “medicamentos innovadores” (que en muy pocas ocasiones suponen una innovación terapéutica efectiva real, pero que sistemáticamente exigen precios exagerados), mientras que en oficinas de farmacia fue de 14.675,6, con un aumento del 3,81% respecto al año anterior. Ambas cifras por encima de la inflación que se situó en el 2,9%.

Mirando un año más atrás, respecto a 2023 el gasto farmacéutico público en 2025 ha

aumentado en 3.019 millones de euros, un 13%. Equivale a más de 30.000 puestos de trabajo de profesionales sanitarios. Si comparamos en euros constantes, el incremento real es de un 6,7%. Sigue siendo importante. Y si ajustamos por habitante, todavía se aprecia un incremento del 4,6% entre 2023 y 2025.

Yendo todavía un poco más atrás vemos que en 2021 el incremento de gasto farmacéutico fue del 7% respecto al año anterior; en 2022 del 3,8%, en 2023 de 5,3% y en 2024 fue del 7,3%. Como vemos es una sangría constante para el Sistema Nacional de Salud.

Conviene insistir: el exceso actual de gasto farmacéutico público, por precios abusivos, muy por encima de los costes de fabricación y de investigación, supera los 11.000 millones anuales en la factura farmacéutica. El objetivo del Gobierno central y los Gobiernos autonómicos debería ser una reducción progresiva de ese exceso de gasto, acercando los precios actuales a los precios cercanos al coste real de fabricación e investigación. Por otra parte, la presión de marketing de la industria se traduce en una sobreprescripción, y un consumo de medicamentos innecesarios, que se estima en un 20-30% del total. El hecho de que la factura farmacéutica siga aumentando año a año supone un factor de riesgo e inestabilidad para el Sistema Nacional de Salud.



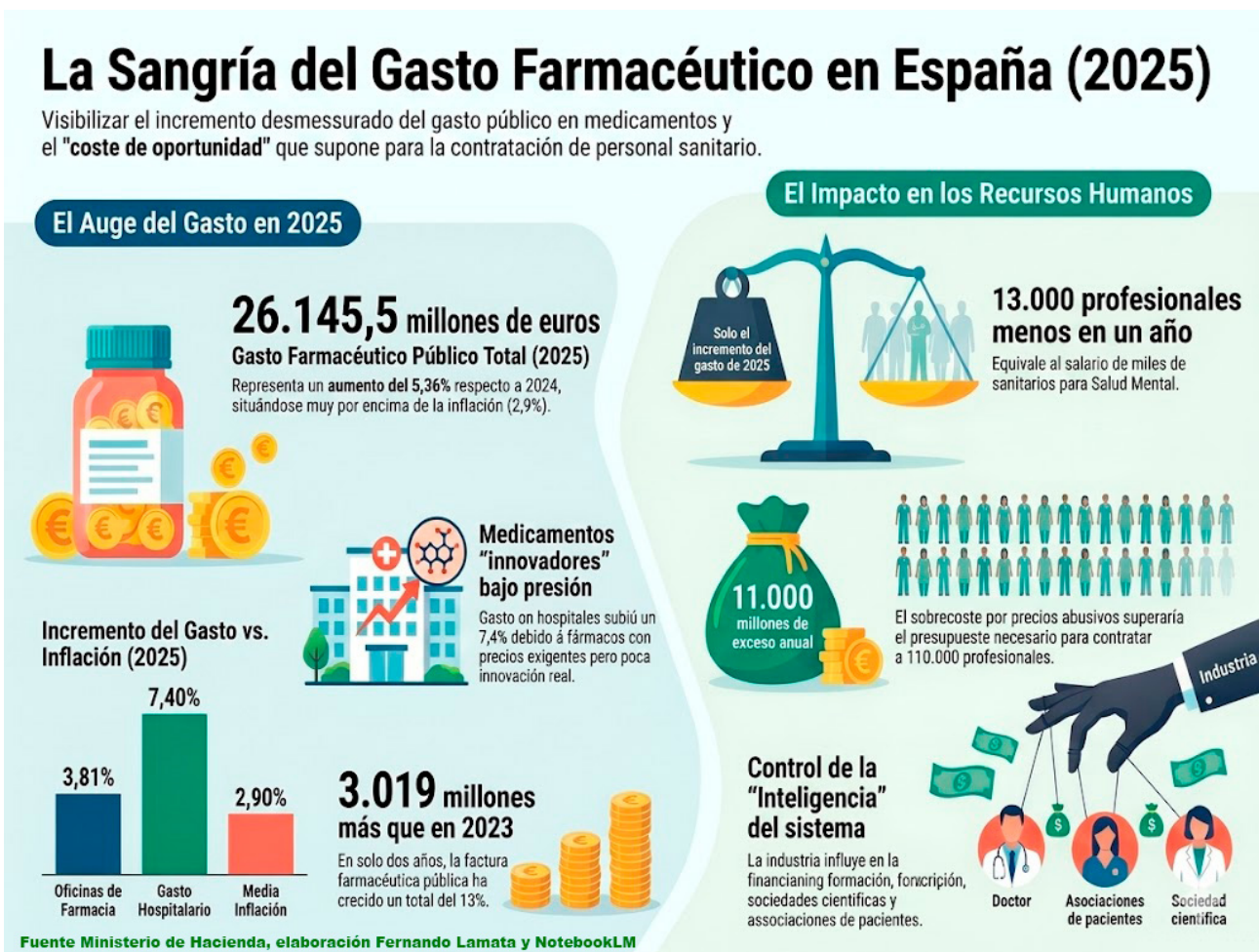
El gasto farmacéutico español crece por precios abusivos, restando recursos clave de la sanidad pública. Fernando Lamata urge la aplicación de una política estatal que recupere fondos y limite la influencia de la industria.

Además de tomar conciencia de ese exceso de gasto (que serviría, por ejemplo, para contratar a más de 110.000 profesionales sanitarios y reducir significativamente las listas de espera, aumentando el tiempo de atención a cada paciente), conviene saber que la industria farmacéutica, con parte de esos beneficios, financia la formación continuada de los médicos, las sociedades científicas, las revistas médicas, así como las guías clínicas, congresos médicos, cátedras de patrocinio, etc., etc., orientando así la prescripción hacia sus productos. Parte de esos beneficios se destinan a acciones de lobby para influir en los gobiernos y parlamentos, nacional, autonómicos y europeo, con el objetivo de lograr legislaciones, normativas y decisiones sobre precios que les favorezcan. Parte de esos beneficios se destinan a financiar asociaciones de pacientes, condicionando así sus posiciones y manifestaciones. Y parte de esos beneficios excesivos se destinan, a través de empresas intermediarias, a controlar la información sobre consumo de medicamentos, y diversa

información clínica e institucional. Podríamos decir que la industria farmacéutica controla “la inteligencia” del Sistema Nacional de Salud.

Por eso es urgente diseñar una política farmacéutica de Estado que contribuya a cambiar esta tendencia y recupere estos recursos públicos para que sean utilizados en beneficio de la población. Así mismo, esta nueva política farmacéutica debería lograr que las Autoridades Sanitarias recuperen la “inteligencia” del sistema, evitando la presión de la industria sobre profesionales, pacientes y administraciones públicas, y permitiendo así la toma de decisiones independiente.

(1). Ministerio de Hacienda. Indicadores sobre gasto farmacéutico y sanitario. Consultado en 1 abril 2026. <https://www.hacienda.gob.es/eu-ES/CDI/Paginas/EstabilidadPresupuestaria/InformacionAAPPs/Indicadores-sobre-Gasto-Farmac%C3%A9utico-y-Sanitario.aspx>



El gasto farmacéutico sigue al alza: 1.330,6 millones más en 2025

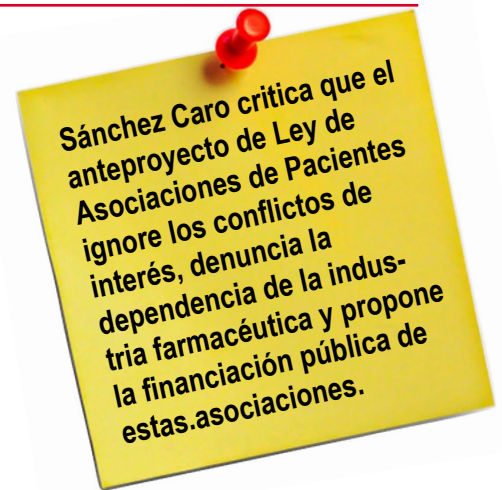
## ORIGINAL

# Bioética y financiación de las asociaciones de pacientes



**Javier Sánchez Caro.**

Presidente de la Comisión de la Bioética de Castilla-La Mancha.  
Vocal de la Junta Directiva de la AAJM.



## 1.- Introducción

El anteproyecto de Ley de las Organizaciones de Pacientes, que ha sido sometido recientemente a información pública, tiene como objetivo declarado reforzar dichas organizaciones de ámbito estatal en su papel de interlocutoras ante la Administración General del Estado, garantizar su participación, definir las medidas de fomento que los poderes públicos puedan aportar en su beneficio y desarrollar los derechos y las obligaciones que les corresponden.

En su Exposición de Motivos recuerda la participación comunitaria recogida en la Ley General de Sanidad (1986), en la Ley de Cohesión y Calidad (2003) y en la Ley General de Salud Pública (2011), haciendo a continuación una breve referencia histórica de dichas organizaciones en nuestro País y en Francia, Reino Unido, Alemania y, a nivel supranacional, en la Agencia Europea del Medicamento.

Las organizaciones de pacientes se rigen por la Ley Orgánica reguladora del Derecho de Asociación (2002) y su papel específico en el ámbito sanitario está reconocido por la Ley Básica de Autonomía del Paciente (2002).

Parece evidente que la única forma de colocar al paciente en el centro, tal y como se afirma constantemente (principio de autonomía, información, consentimiento informado), es escucharlo, oír su voz, pero algo que parece sencillo puede no serlo tanto en determinadas

ocasiones, dados los conflictos de interés que pueden existir en el seno de las organizaciones y a los que nos referiremos posteriormente.

Las asociaciones de pacientes, en España alrededor de 1900, atadas generalmente a una enfermedad, son necesarias para el buen funcionamiento de la asistencia sanitaria, que ha sufrido profundas modificaciones en los últimos tiempos, y cumplen diversas finalidades, además de la ya mencionada de su participación en las políticas públicas sanitarias: representan los intereses de las personas en relación con su enfermedad, humanizan la asistencia, promueven el bienestar físico, emocional y social y contribuyen a la educación sanitaria en su ámbito de actuación (principio de beneficencia); son claves en la investigación y evaluación de tratamientos, cuidando de que la atención sea segura y de calidad, de manera que se evite el dolor y el sufrimiento innecesario (no maleficencia); procuran, en fin, que se mantenga la equidad, eliminando todo tipo de barreras (principio de justicia). Además, su fuerza e importancia se amplía cuando se integran en plataformas integradoras, tal y como en Europa la European Patients' Forum o, en España, la Plataforma de Organizaciones de Pacientes o el Foro Español de Pacientes.

El Anteproyecto de Ley citado asume la razonable idea de que es necesario regular su actuación en virtud de su singularidad, pues

de otra manera no se reconocería la importancia de las organizaciones formadas por pacientes, familiares o personas cuidadoras de los mismos, además de que no existen instrumentos que sirvan de censo para encauzar su participación.

Se trata de un proyecto normativo que reduce su ámbito de actuación a las asociaciones, federaciones, confederaciones y uniones de ámbito estatal, siempre que desarrollen sus funciones en más de una comunidad o ciudad autónoma y a las que se exige, entre otros principios, actuar de modo transparente y rendir cuentas, incluyendo las fuentes de financiación tanto públicas como privadas. Desde el punto de vista de los derechos, pueden acceder a financiación pública mediante convocatoria de ayudas, subvenciones o convenios, entre otros, diseñados con criterios objetivos y transparentes, sin incrementar el gasto público.

La normativa se basa en la potestad de autoorganización de la Administración General del Estado y circunscribe su aplicación, por tanto, al ámbito de ésta y de su sector público institucional, con excepción del concepto (art-2), los principios rectores (art-4) y los órganos de participación estatal (art-9), que se dictan al amparo de la Constitución, que atribuye al Estado la competencia en materia de bases y coordinación general de la sanidad, a lo que hay que añadir la modificación que se lleva a cabo de la ley de Cohesión y Calidad (Disposición final primera).

No ha considerado el Anteproyecto efectuar regulación alguna a los posibles conflictos de interés que pueden plantearse con ocasión del normal funcionamiento de las organizaciones y las referencias a su financiación, tal y como han que dado expuestas, deben en consecuencia considerarse insuficientes. Es conocido que, hasta la fecha, no existe regulación alguna sobre esta materia y el legislador potencial, en el Anteproyecto que ahora se comenta, ha desperdiciado la ocasión que se le presentaba para sentar las

bases sobre esta materia, estableciendo estrictos mecanismos para evitar conflictos de interés, fraude y corrupción, incluyendo la cumplimentación de declaraciones de ausencia de conflicto de interés, todo ello con la finalidad de garantizar la independencia en la toma de decisiones. Por el contrario, la norma proyectada apela a las organizaciones para que sean ellas las que adopten las medidas de prevención y gestión de conflictos de intereses que resulten oportunas, lo que no parece adecuado a la vista de lo que ha venido sucediendo en este sector (artículo 4.g)

## **2.- Financiación de las asociaciones**

Las fuentes de financiación tienen un origen variado y su procedencia es tanto pública como privada. En concreto, se reducen a las cuotas de los socios, las donaciones privadas, los fondos públicos- vía subvenciones estatales, autonómicas o locales- y las provenientes de la industria farmacéutica, que es la financiación más sensible desde el punto de vista ético, hasta el punto de que las asociaciones vienen reclamando que la ley garantice una financiación pública estable que reduzca la dependencia de la industria privada y asegure su supervivencia como agentes sociales independientes.

Para garantizar la independencia y la transparencia necesarias existen normas y recomendaciones de diferente origen. Fuera de nuestras fronteras, la European Medicines Agency ha establecido reglas estrictas de conflicto de interés en la participación de los pacientes; la Health Action Internacional ha denunciado riesgos de dependencia de la industria y el código EFPIA, de la industria farmacéutica europea, ha regulado la relación con las asociaciones de pacientes.

En España, como hemos señalado en otra ocasión (“Conflictos de intereses y salud”, Boletín de Derecho Sanitario y Bioética n.º 232, marzo 2025, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha), el marco regulatorio abarca la legislación general sobre transparencia y subvenciones y los códigos de autorregulación, entre los que destaca el código de buenas prácticas de

Farmaindustria, que obliga a declarar las transferencias de valor a las asociaciones y a formalizar convenios por escrito, y el código de conducta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes, además de otras iniciativas, como la publicación de ayudas en webs corporativas o las recomendaciones del Ministerio de Sanidad.

### 3.- Situación actual de los pagos de las farmacéuticas a las organizaciones de pacientes en España

Veintiún organizaciones de pacientes concentran la mitad de los pagos de las farmacéuticas en España (Manuel Rico y Chris Matthews, “Precios mortales”, *Investígate Europe*, 17 de septiembre de 2024).

La industria financió en 2022, con 7,88 millones, a las asociaciones españolas de pacientes. Recibieron dinero 349 entidades, pero sólo 21 obtuvieron más de 100.000 euros. Y, en conjunto, se llevaron 3,93 millones, lo que supone la mitad del total. La financiación de las asociaciones de pacientes, “transferencias de valor según la industria”, es la menos conocida y la menos cuantiosa, a diferencia de la que llevan a cabo para actividades de formación a miles de profesionales sanitarios, o de las que patrocinan a sociedades científicas y asociaciones médicas, que son mucho más importantes y de las que no nos ocupamos en esta ocasión. Todas ellas salen de los enormes beneficios de las farmacéuticas.

Las diez organizaciones de pacientes españolas que más dinero recibieron son las siguientes, expresado en euros: Plataforma de Organizaciones de Pacientes (310.569), se trata de una cantidad que representa el 68% de todos los ingresos de la plataforma; Grupo Español de Pacientes con Cáncer (275.945); Asociación Española de Afectados por

Linfoma, Mieloma y Leucemia (250.938); Asociación Esclerosis Múltiple (236.072); Asociación Psoriasis (232.347); Coordinadora Estatal de VIH y Sida (232.020); Asociación Española contra el Cáncer (231.907); Federación Española de Diabetes (200.130); Federación Española de Enfermedades Raras (195.025) y Comunidad Española de Pacientes con Mieloma Múltiple (188.327).

En el marco europeo, según el trabajo citado, las entidades españolas ocupan el sexto lugar de las que más dinero recibieron, lo que corresponde con el peso de nuestra población. Además, la financiación por patologías es semejante a la europea, pues las que más dinero recibieron se refieren a seis áreas: cáncer, esclerosis múltiple, VIH/sida, diabetes, enfermedades raras y dolencias cardíacas.



Soledad Cabezón, presidenta de la Asociación Acceso Justo al Medicamento, entrevistada en el trabajo referido, reconoce la importancia de las organizaciones de pacientes: “realizan una tarea fundamental ya que cubren una serie de servicios de los que no se encarga la sanidad pública: de prestaciones a los pacientes, de sensibilización, de otorgar visibilidad a las enfermedades”. Y añade “tienen una gran capacidad de influencia en temas muy sensibles para la industria, como la decisión de financiar públicamente un medicamento o no”. Afirma, además, “que la sociedad no es consciente de que una parte de la financiación de las organizaciones de pacientes se la dan las empresas farmacéuticas”. En resumen, entiende que es necesaria una regulación para impedir la influencia desmedida de las farmacéuticas.

Del panorama expuesto en relación con las asociaciones, y la consiguiente financiación de la industria, se aparta de manera excepcional

la organización Salud Mental España, una confederación que cuenta con 60.000 socios individuales, 340 asociaciones y 18 federaciones. En su código ético se dice lo siguiente: “Salud Mental España expresa su compromiso de no desarrollar actividades con industrias farmacéuticas que supongan la obtención directa de financiación”. La entidad se compromete a colaborar con empresas sólo “en actividades que supongan la difusión de la visión de la Confederación, el respeto del enfoque de derechos y la promoción de la salud mental”. Tal enfoque se adoptó tras un intenso debate y para evitar los conflictos de interés. En la actualidad, el 66% de sus ingresos tienen procedencia pública, aunque en algún momento de su historia la financiación de la industria llegó a suponer el 40% de los ingresos totales.

#### **4.- Los conflictos de interés en las organizaciones de pacientes**

Los conflictos de interés entre asociaciones de pacientes y la industria farmacéutica en España surgen principalmente por la dependencia económica de estas entidades de las farmacéuticas, lo que puede influir en su posicionamiento sobre políticas sanitarias, acceso a medicamentos o priorización de tratamientos. Esta relación genera riesgos para la independencia y la equidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), por ejemplo, cuando las asociaciones de pacientes reciben fondos de la industria, priorizando intereses comerciales sobre los de los usuarios, como los que resultan de presionar para acceder a fármacos caros, sin cuestionar, precios o eficacia

La financiación de las asociaciones de pacientes es un tema crítico que busca equilibrar la necesidad de recursos para funcionar con la exigencia ética de independencia, transparencia y sostenibilidad. En España, el debate actual se centra en regular estas fuentes de ingresos públicas y privadas para garantizar que la actividad de estas organizaciones se desarrolla de manera ética, sin que la industria farmacéutica ejerza control sobre sus contenidos. Sin embargo, el anteproyecto que comentamos no ha abordado esencialmente este problema, al no

contemplar la cuestión clave de los conflictos de interés, apelando únicamente a la buena voluntad de las asociaciones, tal y como venimos exponiendo.

En 2020, un dictamen parlamentario intentó prohibir la financiación directa o indirecta, pero generó alarma por la dependencia económica de las asociaciones, lo que abocaba a su extinción en la mayor parte de los casos. En todo caso, además de la transparencia, rendición de cuentas, códigos éticos y auditorías externas, que tendrá que desarrollarse reglamentariamente, debe garantizarse la independencia económica de las organizaciones, habiéndose planteado en alguna ocasión, por ejemplo, limitar en un porcentaje moderado la financiación de la industria en un 20% como máximo. Como opina Fernando Lamata, “la independencia económica de las asociaciones sería fundamental para garantizar que sus opiniones no estén mediadas por la presión de sus financiadores. Si no, correrían el riesgo de ser utilizadas como agentes comerciales de la industria dentro de los órganos de toma de decisión de la Administración, que debe representar los intereses de toda la sociedad”.

#### **5.- La posición de la AAJM (Revista de la Asociación. nº 46, marzo 2026)**

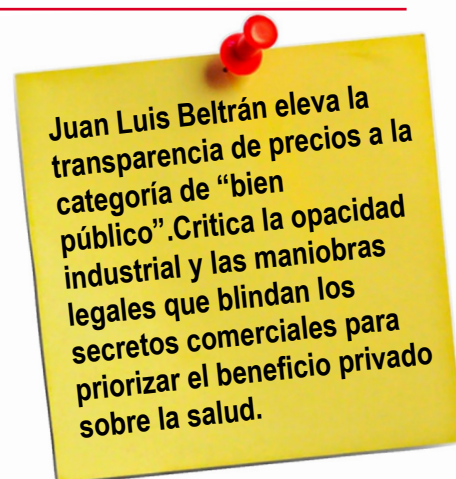
A la vista de las consideraciones anteriores, sobre la base de que el anteproyecto no ha efectuado una regulación de los conflictos de intereses, la Asociación por el Acceso Justo al Medicamento ha trasladado al Ministerio de Sanidad una serie de aportaciones, que se contienen en la Revista mencionada, y que ahora, en síntesis, se transcriben de la siguiente manera:

“Para preservar su independencia, debe establecerse la prohibición de que las organizaciones de pacientes reciban ingresos de empresas farmacéuticas o biotecnológicas. Asimismo, los miembros y representantes de estas organizaciones tampoco podrán recibir ningún estipendio de esas empresas, ni directa ni indirectamente.

La Administración General del Estado facilitará a las organizaciones de pacientes, una financiación suficiente”.

## ORIGINAL

# La lucha en sede judicial por la transparencia del precio del medicamento y el intento de blindar su opacidad por vía legislativa



**Juan Luis Beltrán Aguirre.**

Presidente del Consejo de Transparencia de Navarra

## I. Sobre los procesos judiciales donde se debate la publicidad o confidencialidad del precio de los medicamentos de financiación pública

Como es bien conocido, en la gestión pública del medicamento se enfrentan, de un lado, el principio de transparencia, que garantiza un control público de su gestión, la rendición de cuentas, así como prevenir y detectar corruptelas, y de otro lado, los intereses económicos y comerciales de la industria farmacéutica, que para protegerlos demanda la mayor opacidad y confidencialidad posible en todos los ámbitos del medicamento en los que interviene: investigación, fabricación, autorización, fijación del precio, compra de medicamentos por las Administraciones sanitarias autonómicas.

En el ámbito legislativo, este conflicto entre los dos bienes jurídicos enfrentados, transparencia/opacidad, lo encontramos en el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios (TRLGURM) y en la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno (LTAIBG). Así, el artículo 7 del TRLGURM establece que Las administraciones sanitarias garantizarán la máxima transparencia en los procesos de adopción de sus decisiones en materia de medicamentos. A pesar de esta declaración

general de transparencia, en el artículo 97.3 se matiza al establecer que la información sobre los aspectos técnicos, económicos y financieros que obtenga la Administración General del Estado de los laboratorios farmacéuticos será confidencial. Por su parte, la LTAIBG, en su disposición adicional primera, apartado 2, establece: 2. Se regirán por su normativa específica, y por esta Ley con carácter supletorio, aquellas materias que tengan previsto un régimen jurídico específico de acceso a la información, y en su artículo 14.1, con el objeto de preservar determinados valores que considera prevalentes respecto de la transparencia, establece diversas limitaciones al derecho de acceso a la información pública que enumera.

El Ministerio de Sanidad y la industria farmacéutica esgrimen en favor de la opacidad que el TRLGURM contiene un régimen específico de acceso a la información que, en virtud de la citada disposición adicional primera, desplaza y hace inaplicable la LTAIBG, y que ese régimen garantiza la confidencialidad de los precios fijados, y que para el supuesto de que se considere aplicable la LTAIBG, subsidiariamente, respecto del precio de los medicamentos de financiación pública, son aplicables los límites al acceso de información establecidos en el artículo 14.1 LTAIBG, letra h) Los intereses económicos y comerciales, y letra k) La garantía de la confidencialidad o el secreto requerido en procesos de toma de decisión.

**Juan Luis Beltrán Aguirre**

Tres entidades privadas sin fin de lucro, la Fundación Ciudadana Civio, la Fundación Salud por Derecho y la Organización de Consumidores y Usuarios, vienen reclamando transparencia por parte de la Administración sanitaria en la gestión del medicamento y, por ende, se haga público el precio de financiación pública de los medicamentos. A partir del año 2022 decidieron adoptar una actitud más beligerante realizando concretas actuaciones tendentes a conseguir que la transparencia respecto del precio fijado para los medicamentos sea una realidad.

Así, con amparo en la LTAIBG, presentaron escritos ante el Ministerio de Sanidad formulando solicitudes de acceso a información relativa al precio de diversos medicamentos innovadores (Luxturna, Zolgensma, Yescarta, Remdesivir, Lamadelumab, etc.) y su impacto en el presupuesto sanitario. El Ministerio de Sanidad sistemáticamente negó el acceso a esta información alegando que son datos que tienen la consideración de confidenciales conforme al artículo 97.3 del TRLGURM y 14.1, letras h y k, de la LTAIBG. Ante esta negativa, la Fundación Ciudadana Civio y la Fundación Salud por Derecho formularon respectivas reclamaciones ante el Consejo de Transparencia y Buen Gobierno (CTBG), que, decantándose plenamente por la prevalencia de la transparencia, estimó todas las reclamaciones instando al Ministerio de Sanidad a que facilite a las entidades reclamantes los datos solicitados.<sup>[1]</sup>

No conformes con las resoluciones del CTBG favorables a la transparencia, el Ministerio de Sanidad y los laboratorios farmacéuticos implicados (Gilead, Tekeda y Novartis) interpusieron recursos contencioso-administrativos contra cada una de esas resoluciones del CTBG pretendiendo que ha de prevalecer la confidencialidad de la información que habían solicitado las Fundaciones y que procedía anular las citadas resoluciones del CTBG.

Por falta de espacio y por no cansar al lector, pues son ocho los procedimientos judiciales,

voy a relatar seguidamente los procesos judiciales que actualmente han llegado al Tribunal Supremo en recurso de casación.

#### a) Convenio vacunas de Biontech/Pfizer

Un ciudadano presentó una solicitud de acceso a una copia del Convenio entre el Ministerio de Sanidad y el Gobierno de Andorra, sobre la reventa de vacunas de Biontech/Pfizer para luchar contra la emergencia sanitaria provocada por el virus de SARS-CoV-2. El Ministerio entregó determinada información que el solicitante consideró insuficiente, lo que motivó que formulara una reclamación ante el Consejo de Transparencia y Buen Gobierno, que la estimó por Resolución 832/2021, de 8 de abril de 2022. Interpuesto recurso contencioso-administrativo por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, el Juzgado Central de lo Contencioso Administrativo número uno, por Sentencia 58/2023, de 25 de marzo de 2023, desestima el recurso y confirma la resolución del CTAIBG. Interpuesto recurso de apelación por la Agencia Española de Medicamentos, la Sección Séptima de la Audiencia Nacional, en Sentencia de 25 de junio de 2024, estima el recurso de apelación y anula la Sentencia del Juzgado Central. Finalmente, interpuesto recurso de casación por el Consejo de Transparencia y Buen Gobierno, es admitido a trámite por Auto del Tribunal Supremo de 29 de enero de 2025, y por Sentencia 301/2026, de 11 de marzo de 2026, estima el recurso de casación y casa la sentencia de apelación. En respuesta a las cuestiones de interés casacional, el TS razona que la regulación establecida en el Reglamento (CE) nº 1049/2001 del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo al acceso público a los documentos del Parlamento Europeo, del Consejo y de la Comisión, no es aplicable a los documentos que obren en poder de la Administración de un Estado miembro, y que el acceso a la información ha de resolverse aplicando la normativa nacional, y que, en este caso, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios no ha justificado

suficientemente la concurrencia del límite del art. 14.1.k) LTAIBG -la garantía de confidencialidad o el secreto requerido en procesos de toma de decisión-, que tiene un alcance temporal limitado, no teniendo incidencia en el proceso de negociación una vez el acuerdo ya ha sido alcanzado, y que tampoco se ha justificado el límite del art. 14.1.c) LTAIBG -perjuicio a las relaciones exteriores- pues, afirma la Sentencia, “La intervención de un tercer Estado en la elaboración de un convenio no implica que su contenido deba ser secreto o que la información referente al mismo pueda ser denegada invocando genéricamente el posible daño a las relaciones exteriores...”

b) Medicamento Luxturna desarrollado por Novartis

La Fundación Ciudadana Civio solicitó al Ministerio de Sanidad información sobre el precio de ese medicamento. El Ministerio denegó la información. Interpuesta reclamación ante el CTBG, por Resolución 1076/2021, de 15 de junio de 2022, estima la reclamación formulada por la Fundación Ciudadana Civio relativa a las condiciones de financiación y precio del medicamento y requiere al Ministerio de Sanidad que la facilite. Interpuesto recurso contencioso-administrativo por el Ministerio de Sanidad y Novartis (procedimiento ordinario 36/2022 seguido en el Juzgado Central nº 9) el Juzgado Central, por Sentencia 117/2023, de 11 de julio de 2023, desestima las demandas presentadas y confirma la resolución del CTBG. Novartis y el Ministerio de Sanidad presentan sendos recursos de apelación ante la Audiencia Nacional contra esta Sentencia. La Audiencia Nacional, por Sentencia 4550/2025, de 23 de abril de 2025, estima los recursos de apelación acumulados y considera que el art. 97.3 del TRLGURM, configura un régimen legal de confidencialidad que opera con carácter preferente frente a la LTAIBG. A juicio de la Sala, la divulgación del precio financiado y de las condiciones asociadas permitiría inferir datos estratégicos sobre costes, márgenes y esquemas de negociación, lo que comprometería tanto los

intereses comerciales de las compañías como la posición negociadora del propio Sistema Nacional de Salud. Interpuesto por el Consejo de Transparencia y Buen Gobierno y por la Fundación Ciudadana Civio recurso de casación ante el Tribunal Supremo, es admitido a trámite por Auto de 17 de diciembre de 2025. En el momento de escribir este artículo el TS no ha dictado Sentencia de casación.

c) Medicamento Zolgensma desarrollado por Novartis

- La Fundación Ciudadana Civio solicitó al Ministerio de Sanidad información sobre el precio de ese medicamento. El Ministerio denegó la información. Interpuesta reclamación ante el CTBG, por Resolución de 22 de diciembre de 2022, estima la reclamación formulada por la Fundación Ciudadana Civio relativa a las condiciones de financiación y precio del medicamento. Interpuesto recurso contencioso-administrativo por el Ministerio de Sanidad y Novartis (procedimiento ordinario 2/2023 seguido en el Juzgado Central nº 4), el Juzgado, por Sentencia 110/2023, de 6 de septiembre de 2023, desestima las demandas presentadas y confirma la resolución del CTBG. Novartis y el Ministerio de Sanidad presentan recurso de apelación contra esta Sentencia. La Audiencia Nacional, por Sentencia de 23 de abril de 2025, estima el recurso de apelación con similar argumentación que la Sentencia de Luxturna. Interpuesto por la Fundación Ciudadana Civio recurso de casación ante el Tribunal Supremo, es admitido a trámite por Auto de 20 de noviembre de 2025. En el momento de escribir este artículo el TS no ha dictado Sentencia de casación.

- La Fundación Salud por Derecho y la Organización de Consumidores y Usuarios solicitaron al Ministerio de Sanidad información sobre el precio de ese medicamento. El Ministerio denegó la información. Interpuesta reclamación ante el CTBG, por Resolución de 28 de marzo de 2023, estima la reclamación formulada por la

Fundación Salud por Derecho y la Organización de Consumidores y Usuarios, relativa a las condiciones de financiación y precio del medicamento. Interpuesto recurso contencioso-administrativo por el Ministerio de Sanidad y Novartis ante la Audiencia Nacional <sup>[4]</sup>, por Sentencia de 23 de abril de 2025, estima el recurso contencioso-administrativo con similar argumentación que la Sentencia de Luxturna. Interpuesto por la Fundación Salud por Derecho, la Organización de Consumidores y Usuarios y el CTBG recurso de casación ante el Tribunal Supremo, también es admitido a trámite -recurso núm. rca/0001464/2026-. En el momento de escribir este artículo el TS no ha dictado Sentencia.

La Audiencia Nacional, en sus sentencias de apelación, considera que el artículo 97.3 del TRLGURM, al declarar confidencial la información técnica, económica y financiera aportada por los laboratorios en los procedimientos de fijación de precios, establece un régimen legal específico que opera con preferencia sobre la Ley de Transparencia, quedando esta como supletoria. Argumenta que facilitar el acceso a la información comprometería la confidencialidad garantizada por el artículo 97.3 del TRLGURM, ya que el conocimiento combinado del precio industrial y del precio financiado permitiría inferir datos estratégicos sobre costes, márgenes y condiciones de negociación, esenciales para salvaguardar la posición negociadora del Sistema Nacional de Salud en un mercado internacional competitivo.

Las sentencias dictadas en apelación pueden ser recurridas en casación ante el TS. La casación no es una tercera instancia. El TS solo admite el recurso cuando aprecia que el asunto plantea una cuestión jurídica con interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia y potenciar la seguridad jurídica. La sentencia de casación fija la interpretación de aquellas normas sobre las que, en el auto de admisión a trámite, se consideró necesario el pronunciamiento del TS y resuelve las cuestiones y pretensiones

deducidas en el proceso, anulando la sentencia recurrida, en todo o en parte, o confirmándola. Desde esta perspectiva, el TS justifica la admisión a trámite de los recursos de casación respecto de los medicamentos Luxturna y Zolgensma a fin de sentar doctrina jurisprudencial sobre tres aspectos clave: primero, si la normativa farmacéutica configura un régimen específico de acceso a la información que desplace la aplicación de la LTAIBG; segundo, si la reserva de confidencialidad del artículo 97.3 TRLGURM se limita a la información facilitada por los laboratorios o alcanza también al precio financiado y a las condiciones de financiación; y tercero, si esa confidencialidad se limita al proceso decisorio mientras está en curso o se extiende en el tiempo una vez adoptada la decisión.

## **II. Sobre las tres cuestiones de interés casacional que plantea el TS**

Seguidamente, doy respuesta, según mis conocimientos jurídicos, a las tres cuestiones de interés casacional sobre las que ha de pronunciarse el TS.

Primera. Si la normativa del TRLGURM configura un régimen específico de acceso a la información que desplace la aplicación de la LTAIBG.

El TS se ha pronunciado en diversas sentencias (por todas, sentencia de 11 de junio de 2020 -Recurso de Casación 577/2019-) sobre el alcance de la disposición adicional primera de la LTAIBG afirmando que para ser aplicable es imprescindible que las normas sectoriales contengan un sistema alternativo y completo de regulación específica de acceso a la información que excluya totalmente la aplicación de la LTAIBG. La norma sectorial debe diseñar un régimen de acceso completo -con su sujeto activo y pasivo, límites, procedimiento a seguir, etc.-. En concreto, la Sentencia del TS de 8 de marzo de 2021 -Recurso de Casación 1975/202-, que analizaba la solicitud de información sobre la autorización de un medicamento, sienta en su fundamento tercero, titulado “Sobre el alcance de la disposición adicional primera de

la Ley de Transparencia”, las siguientes consideraciones:

“Debemos ahora avanzar en la determinación del alcance de la disposición adicional primera, apartado segundo, de la Ley de Transparencia, precisando qué debemos entender por un régimen específico alternativo y cómo opera la supletoriedad de la Ley de Transparencia. Así, hemos de aclarar, en primer lugar, que sin duda hay un régimen específico propio cuando en un determinado sector del ordenamiento jurídico existe una regulación completa que desarrolla en dicho ámbito el derecho de acceso a la información por parte, bien de los ciudadanos en general, bien de los sujetos interesados. En tales supuestos es claro que dicho régimen habrá de ser aplicado con carácter preferente a la regulación de la Ley de Transparencia, que en todo caso será de aplicación supletoria para aquellos aspectos que no hayan sido contemplados en tal regulación específica siempre, claro está, que resulten compatibles con ella. En este sentido, conviene subrayar que, en contra de lo que se ha alegado en ocasiones, la existencia de un régimen específico propiamente tal no excluye la aplicación supletoria de la Ley de Transparencia. La disposición adicional primera dispone literalmente lo contrario, tanto en el apartado 2 como en el tercer apartado, que se refiere de forma expresa al carácter supletorio de la Ley de Transparencia en el sector medioambiental, que tiene un régimen específico de acceso a la información de rango legal en la Ley 27/2006, de 18 de julio.”

Pues bien, aplicando esa doctrina al caso que nos ocupa es evidente que la regulación específica contenida en el artículo 97.3 del TRLGURM no establece un régimen completo de acceso, sino un supuesto especial de acceso -una prohibición de divulgación de la información facilitada por el laboratorio-. No existe ningún otro artículo en el TRLGURM que establezca normas de acceso a información sobre medicamentos que permita excluir la LTAIBG.

La conclusión obligada es la plena aplicación de las LTAIBG con la sola excepción de la obligación de confidencialidad prevista en el artículo 97.3 TRLGURM.

Segunda. Si la reserva de confidencialidad del artículo 97.3 TRLGURM se limita a la información facilitada por los laboratorios o alcanza también al precio financiado y a las condiciones de financiación.

El artículo 97.3 se refiere única y exclusivamente a la información que facilita la empresa farmacéutica a la Administración sanitaria. Es evidente, por tanto, que la confidencialidad que predica dicho artículo no alcanza ni protege la resolución administrativa que dicta la Administración sanitaria con el precio efectivo y las condiciones de financiación. Y no es viable, como afirma la Audiencia Nacional, que el conocimiento combinado del precio industrial y del precio financiado permitiría inferir datos estratégicos sobre costes, márgenes y condiciones de negociación. Se trata de una afirmación no fundamentada jurídicamente con datos objetivos, esto es, la Audiencia Nacional no explica cómo se hace esa inferencia inversa de manera que resulte creíble. La Audiencia Nacional se limita a acoger acríticamente lo alegado por la farmacéutica demandante que no justifica técnicamente tal inferencia.

Lo que se demanda por las Fundaciones Cívico y Salud por Derecho es conocer el precio de un medicamento fijado por la Administración, y las condiciones finales en que se va a financiar, no otros aspectos en base a los cuales se ha determinado el precio, pues en tales aspectos sí se pondrían de manifiesto intereses económicos y comerciales, al guardar directa relación con la posición de competitividad de la empresa o con sus procesos de producción. En suma, no es aceptable que el precio de financiación pública sirva para hacer esas inferencias pues, entre otras muchas razones, el precio del mismo medicamento es diferente según países, según Comunidades Autónomas e,

incluso, según hospitales de la misma Comunidad Autónoma.

No es correcta ni posible, pues, una interpretación extensiva del artículo 97.3 que acoja también el precio de financiación pública.

Tercera. Si la garantía de confidencialidad está justificada cuando el proceso de decisión está en curso, o si se extiende también una vez tomada la decisión.

Evidentemente, la información entregada por la empresa farmacéutica a la Administración sanitaria debe seguir siendo confidencial una vez que el proceso de decisión ha concluido y se ha fijado el precio del medicamento.

¿Es extensible esta afirmación al precio fijado por la Administración sanitaria una vez concluido el proceso de decisión? El TRLGURM nada dice al respecto, pero sí la legislación de transparencia pues prevé como límite al acceso a información pública la garantía de la confidencialidad requerida en procesos administrativos de toma de decisión. Y la doctrina elaborada al respecto es muy clara: el límite es aplicable cuando se está en fase de tomar una decisión administrativa importante y su conocimiento público haría variar esa decisión o influir en ella de manera notoria y determinante, tanto en el transcurso de un procedimiento abierto como en situaciones futuras parecidas. Se trata de proteger estos procedimientos de un exceso de transparencia que pudiera perturbarlos. Lo que se busca es que las autoridades llamadas a decidir lo hagan sin la “presión” de un escrutinio público paralelo con todos los elementos de juicio. Por el contrario, si se trata de información sobre expedientes que no se hallan en curso, esto es, sobre los que ya se ha decidido y cuyo conocimiento no condiciona la efectividad de expedientes futuros en la misma materia, este límite no es aplicable. Las recientes sentencias del TS 301/2026, de 11 de marzo de 2026 y 1164/2026, de 11 de marzo de 2026, son claras al respecto al recoger esta doctrina.

Por tanto, en nuestro caso, la garantía de confidencialidad del artículo 97.3 no es aplicable respecto de la decisión tomada pues el proceso de decisión ya ha concluido y conocer el precio de financiación de un medicamento en nada condiciona futuros procesos de decisión para la fijación del precio de otros medicamentos.

### **III. Sobre la enmienda en el proyecto de ley de discapacidad**

Actualmente, se está tramitando en las Cortes Generales el proyecto de Ley sobre derechos de las personas con discapacidad y dependencia. Los grupos parlamentarios Socialista y SUMAR han presentado una enmienda al proyecto, la núm. 259 [III], que propone una nueva disposición final a incorporar en el citado proyecto de Ley, que modificaría el artículo 97.3 del TRLGURM. La enmienda propone sustituir el vigente texto del apartado 3 por el siguiente texto: “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 enmienda se justifica en lo siguiente: “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”.

En mi opinión, desde la perspectiva de la ética política es inadmisibles que cuando el TS va a sentar doctrina jurisprudencial sobre la opacidad o transparencia de los precios de financiación pública de los medicamentos, doctrina que resolverá definitivamente esta polémica cuestión y a la que deberán atenerse todas las instituciones y entidades, se intente neutralizar ese pronunciamiento jurisprudencial por la torticera vía por la que se está haciendo y, además, sorprende que la enmienda la promuevan dos grupos parlamentarios “progresistas” que se supone son defensores de la sanidad pública, de la transparencia de las decisiones públicas, y de

la fijación de precios justos y asequibles basados en los costes reales, con márgenes de beneficios normales, preciso que permitan el acceso universal a los medicamentos.

Como bien dice la Fundación Civio <sup>[IV]</sup>, “la enmienda propone resolver las tres cuestiones de interés casacional por vía legislativa antes de que el TS pueda pronunciarse. La enmienda es un intento de vaciar de contenido un procedimiento judicial en curso, modificando la norma que el TS ha de interpretar, neutralizando, esto es, haciendo inútil la interpretación que haga. Y se hace, además, por la vía más opaca posible: insertando la reforma en una ley de discapacidad, fuera del debate de la Comisión de Sanidad.”

La enmienda recoge fielmente la posición al respecto de Novartis y de la industria farmacéutica en general. Las empresas farmacéuticas sostienen que las decisiones en materia de precios de las autoridades nacionales están interconectadas entre sí, de manera que los países de la UE utilizarían los precios financiados de otros Estados miembros, cuando se hacen públicos, para conseguir reducciones de precios en sus propios sistemas públicos, por lo que las empresas farmacéuticas solo se avienen a negociar reducciones de precios cuando el precio de intervención se mantiene confidencial. Así, un argumento recurrente de la industria farmacéutica es que si no hay confidencialidad los precios del medicamento tenderían a igualarse a un valor único que sería relativamente bajo para los países ricos, pero demasiado alto para los más pobres, complicando un acceso justo por los pacientes. Y que esta dinámica también sucedería en las negociaciones con los Servicios de Salud de las diecisiete Comunidades Autónomas, lo que ocasionaría un perjuicio a nuestro Sistema Nacional de Salud.

Evidentemente, estamos ante un argumento falaz. Las empresas farmacéuticas no son ONGs que, en vez de perseguir el máximo beneficio empresarial, prefieren asegurar el

acceso al medicamento por los ciudadanos en los países o regiones pobres, y que para alcanzar ese encomiable objetivo requieren de la confidencialidad del precio que pactan con el comprador. Realmente, son argumentos engañosos. La industria farmacéutica, que son sociedades anónimas mercantiles bastantes de ellas dominadas por fondos de inversión especulativos, persigue exclusivamente hacer negocio. La confidencialidad les es necesaria para poder negociar libremente y obtener el mayor precio posible, para lo que les interesa que un comprador no sepa lo que otro comprador paga por el medicamento. En el año 2015, la Comisión Europea hizo público un documento titulado “Study on enhanced cross-country coordination in the area of pharmaceutical pricing” en el que se concluía que la confidencialidad sobre los precios de los medicamentos no los abarata, y que, si los Estados miembros de la UE compartieran esta información, el coste de los fármacos financiados podría descender significativamente. Por su parte, la OMS aprobó el 28 de mayo de 2019 la Resolución WHA72.8, en la que se afirma que 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.

Ha de resaltarse que la enmienda también predica el secreto sobre los precios de adjudicación de los contratos de suministro de medicamentos, lo que es frontalmente opuesto a la Ley 9/2017, de Contratos del Sector Público (LCSP), que sienta la transparencia como sello distintivo de los procesos de contratación pública (art. 1.3), obligando a publicar los documentos de los contratos, incluido el importe de adjudicación (art. 63.3.b). Ciertamente que su artículo 154.7 permite que, excepcionalmente, alguna información sea secreta cuando la publicidad pudiera perjudicar determinados bienes jurídicos que inventaría, entre los que

enumera intereses comerciales legítimos de empresas públicas o privadas o la competencia leal entre ellas. Ahora bien, en gran parte de la compra hospitalaria de medicamentos los contratos son adjudicados a los laboratorios por procedimientos no concurrenciales -negociado sin publicidad- y en estos casos no es aplicable la excepción del citado artículo 154.7, pues no hay perjuicio a la competencia leal entre empresas -no hay competencia-, y respecto de los intereses comerciales legítimos hasta ahora ninguna farmacéutica adjudicataria de un contrato público ha aportado argumentos mínimamente motivados sobre el perjuicio económico que podría producirle la publicidad del precio del contrato.

#### **IV. Sobre la necesaria transparencia en la gestión de los medicamentos**

Un elemento determinante de esta política protectora de la confidencialidad son las patentes de los medicamentos y, particularmente, el abuso que hacen de ellas las farmacéuticas. Durante el periodo de vigencia de las patentes -hasta 20 años-, el laboratorio goza del derecho exclusivo de fabricar el producto, comercializarlo, licenciarlo, importarlo y exportarlo, lo que permite que, en ejercicio de su monopolio, consigan imponer unos precios desmesuradamente altos e impida que se produzcan genéricos a precios asequibles para cualquier economía. Además, las patentes se pueden ampliar cinco años más mediante los Certificados de Protección Suplementaria. Es también frecuente la ampliación de patentes, llamadas patentes secundarias, por innovaciones técnicas (nuevas formulaciones, dosis, usos, etc.) del medicamento patentado [V].

Sin embargo, tradicionalmente los medicamentos se consideraban un bien común que no podía ser objeto de patente. Merece la pena resaltar que Jonas Salk, descubridor de la vacuna contra la polio, enfermedad que mataba o dejaba parálisis a las personas, en 1953 se negó a patentarla aduciendo que era de la gente, como el sol, un bien público [VI]. Nos relata Martínez Segura

[VII] que, en los EE.UU., las patentes de medicamentos se introdujeron en la primera mitad del siglo XX, por la presión de la industria farmacéutica, que quería aumentar sus precios y sus ganancias, y con el rechazo de muchos médicos y sociedades científicas. En Europa, en cambio, se incorporaron más tarde, en 1967 en Alemania, en 1977 en Suiza, o en 1980 en Italia. En España, la Ley de la Propiedad Industrial de 1929, en su artículo 48.2., prohibía las patentes de medicamentos; sin embargo, como consecuencia de nuestra incorporación a la Unión Europea, en 1986 se modificó la Ley de Patentes incluyendo los medicamentos.

La sociedad civil y algunos países (India, Sudáfrica) mantienen una lucha constante por la eliminación o la suspensión temporal de las patentes de medicamentos, pero hasta ahora han fracasado frente a la fuerza del poderoso lobby farmacéutico. Hoy por hoy la eliminación de las patentes de los medicamentos parece totalmente inviable. No obstante, en las leyes reguladoras de las patentes se prevé las llamadas licencias obligatorias como un límite o excepción al derecho de propiedad de la patente, que suspende temporalmente el derecho de exclusividad, de manera que permite la producción, uso, venta o importación por un tercero, sin necesidad de consentimiento alguno, mediante un canon o remuneración adecuados [VIII]. Es legítimo hacer uso de la licencia obligatoria por razones de interés público -protección de la salud pública-. Sin embargo, en nuestro país nunca se ha utilizado este instrumento.

Actualmente, los medicamentos innovadores patentados y autorizados que salen al mercado tienen unos precios excesivamente altos, que en absoluto se corresponden con el costo real de los mismos. De ahí que el gasto farmacéutico público se haya disparado hasta el punto de que está poniendo en cuestión la sostenibilidad del sistema sanitario público. Según un estudio [IX] resulta que, de los 25.000 millones de euros de gasto farmacéutico público de 2024, más de 10.000 millones de euros son gasto innecesario,

injusto, en precios abusivos de los medicamentos. Ello trae causa de que los fondos de inversión que controlan las empresas farmacéuticas están utilizando el secretismo que rodea el costo de la investigación biomédica, que en buena parte es financiada directa o indirectamente con dinero público, y los monopolios que permiten las patentes de los medicamentos, como un instrumento especulativo para generar enormes beneficios privados.

Aplicando el test del interés público a las solicitudes de acceso a decisiones administrativas sobre medicamentos de financiación pública, un producto que afecta muy directamente a la vida y la salud de las personas, no cabe duda de que siempre ha de prevalecer el interés público sobre el interés comercial de las empresas farmacéuticas, toda vez que el medicamento es un bien público de primera necesidad absolutamente necesario para hacer efectivo en lo posible al derecho humano a la protección de la salud. No es una mera mercancía que pueda ser objeto de especulación. Es un bien que por sus características intrínsecas -curar, prevenir o aliviar las enfermedades- tiene un interés superior al que pueda resultar de su consideración como un bien susceptible de comercio. Es un elemento esencial del sistema sanitario de cualquier país. Entonces, a efectos de garantizar el acceso universal al medicamento, existe claramente un interés público superior en conocer cómo se toman las decisiones en las políticas públicas de financiación del medicamento y cómo se gasta el dinero público dedicado a la prestación farmacéutica. Y este interés público siempre ha de prevalecer sobre el interés privado mercantil de una empresa farmacéutica pues el conocimiento por la sociedad de las decisiones administrativas en torno al medicamento le permitirá participar activa y responsablemente en un sistema sanitario que garantiza un derecho humano fundamental cual es la vida y la salud de las personas.

Se argumenta por las empresas farmacéuticas que si no se mantuviera confidencial el precio

de venta de laboratorio y el descuento ofertado por el laboratorio, su publicidad resultaría contraria a los intereses de la Administración sanitaria de España, en tanto que perjudicaría a la obtención de ahorros en el gasto farmacéutico y, por tanto, un perjuicio grave a nuestro sistema sanitario, máxime en el caso de medicamentos que se producen en exclusividad y que no cuenta con alternativa en el mercado. De ahí que el interés público de la Administración sanitaria, consistente en el acceso a la adquisición del medicamento y en el beneficio de contar con el referido descuento comercial en el precio de las dosis adquiridas, justificarían la procedencia de la confidencialidad señalada por la empresa en cuanto a los términos de su oferta [X].

Sin embargo, cuando se contrata con el sector público, se debe saber que la estrategia comercial no se puede imponer a las obligaciones de transparencia que la legislación de transparencia impone a las entidades públicas y que exigen que se difundan, en régimen de publicidad activa, los elementos esenciales de los contratos formalizados por el sector público, y su precio en concreto, en atención al interés general existente en la aplicación del marco legal de publicidad y transparencia en la contratación pública, establecido como mecanismo de prevención de la corrupción, así como el interés público prevalente en la garantía de la rendición de cuentas y de la responsabilidad en la gestión pública. En suma, en el caso del medicamento concurre un interés público superior en la publicación de esa información toda vez que es un bien público de primera necesidad absolutamente imprescindible para hacer efectivo en lo posible el derecho humano a la protección de la salud. No es una mera mercancía que pueda ser objeto de especulación. Es un bien que por sus características intrínsecas -curar, prevenir o aliviar las enfermedades- tiene un interés superior al que pueda resultar de su consideración como un bien susceptible de comercio.

En el actual sistema de total opacidad no existe rendición de cuentas del gasto de

dinero público en la financiación de medicamentos, lo que desnaturaliza, cuando no imposibilita, el debate público documentado y riguroso sobre las políticas de financiación de los medicamentos, hurtando a la sociedad una exigible rendición de cuentas, y el conocimiento necesario para poder valorar, proponer y exigir medidas que garanticen el acceso universal al medicamento. Y esta indeseable situación está violando el derecho humano a la protección de la salud, derecho que incluye la atención sanitaria y el acceso a los medicamentos necesarios. Las decisiones de la Administración sanitaria en lo que hace a la incorporación o no a la cartera de prestaciones y a la financiación pública de los fármacos afecta muy directamente a la vida de las personas.

### Referencias

[I] Entre otras, R 231/2017; R239/2018; R266/2018; R79/2019; R885/2019; R47/2020; R 522/2021; R 1076/2021; R 123/2022; 52/2023; R 204/2023;

[II] Por un cambio de la normativa procesal, este procedimiento ordinario no se reside, como los otros casos, en el Juzgado Central, sino directamente ante la Audiencia Nacional -Sección Séptima-.

[III] BOCG. Congreso de los Diputados, serie A, núm. 64-5, de 12 de marzo de 2026.

[IV] Carta dirigida por la Fundación Ciudadana Civio a los miembros de la Comisión de Derechos Sociales y Consumo del Congreso de los Diputados, <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/>

[V] En relación con las patentes secundarias, la STS 625/2025, 24 de abril de 2025, consolida en España la doctrina de la Oficina Europea de Patentes de la "plausibilidad del efecto técnico" para la actividad inventiva, según la cual no basta con una mera afirmación del efecto técnico: es necesario que el efecto resulte verosímil o razonablemente

sustentado. En definitiva, la invención debe presentar una base técnica suficiente en la fecha de presentación que haga verosímil el efecto técnico alegado, evitando patentes meramente especulativas.

[VI] Véase 29 años sin Jonas Salk: contra la normalización del absurdo en Revista AAJM, nº 31, junio de 2024, pp. 27-28.

[VII] Véase ¿Son los medicamentos "res communis"? en Revista AAJM, nº 23, septiembre de 2023, p.3-7.

[VIII] Sobre licencias obligatorias y su reciente normativa, véase Francisco Javier Carrión García de Parada y Francisco López Blanco, "Licencias obligatorias de patentes y otros derechos de propiedad industrial. El nuevo reglamento (UE) de 16 de diciembre de 2025 sobre la concesión de licencias obligatorias para la gestión de crisis y por el que se modifica el Reglamento (CE) nº 816/2006", Cuadernos de Derecho Farmacéutico, nº 96, 2026, pp. 36-51

[IX] Publicado en el número 35 de la revista AAJM, de enero de 2025, titulado Análisis del documento "Estrategia de la Industria Farmacéutica 2024-2028", del Gobierno de España, pp. 22-30.

[X] Una recopilación de los artículos y estudios publicados en favor de la opacidad de los precios de medicamentos de financiación pública puede verse en el número especial monográfico de Cuadernos de Derecho Farmacéutico publicado en 2025.



Juan Luis Beltrán

**OTRAS FUENTES****Estados Unidos decide incluir a la Unión Europea en la lista de vigilancia del informe especial 301**

- ***Una vuelta de tuerca más dirigida a impedir la utilización de regulaciones nacionales, dirigidas a conseguir asequibilidad para los medicamentos, utilizados en Europa.***

**Public Citizen.**

*Public Citizen*, 30-04-2026. <https://www.citizen.org/news/u-s-trade-report-boosts-big-pharma-and-attacks-health-safeguards/>

El día 30 de abril, *Public Citizen* publicó una noticia donde expone una decisión de EE.UU de singular importancia para la Unión Europea. El Informe Especial 301 ha incluido este año a la Unión Europea en su “Lista de Vigilancia”. La sección 301 es una herramienta ampliamente utilizada por Estados Unidos, para amenazar con sanciones y disciplinar a aquellos países que considera amenazan a sus empresas y a sus intereses en la política comercial. Efectivamente aquellas naciones que mediante la utilización de regulaciones nacionales propias intentan mejorar el acceso de sus ciudadanos a los medicamentos necesarios para recuperación de la salud son amenazadas inmediatamente con la aplicación de sanciones económicas.

Peter Maybarduk, director de Acceso a Medicamentos de *Public Citizen*, afirma que la lista 301 de este año es más lesiva pues va más allá de las políticas habituales sobre patentes y comercio para atacar directamente las regulaciones nacionales sobre accesibilidad.

Sin duda, esta forma de presión sobre la UE es un elemento más añadido, a las acciones del gobierno Trump, durante los tres últimos meses, con la amenaza de utilización de imposición, de aranceles abusivos a los países de Europa. (como hemos visto recientemente con Reino Unido y Francia). Posiblemente, una actitud más valiente y decidida de la Unión Europea, y en nuestro caso de España, dirigida a fortalecer las regulaciones propias que garanticen de forma real y efectiva un acceso justo en los medicamentos, sería sin duda un elemento positivo de resistencia frente a abuso y la imposición.

WASHINGTON, D.C. — Hoy, la Oficina del Representante Comercial de Estados Unidos publicó su anual Informe Especial 301, que señala a socios comerciales por supuestamente no brindar protecciones de propiedad intelectual o acceso al mercado “adecuados”. *Public Citizen* presentó comentarios en el proceso anual de revisión del Informe Especial 301, que sirve de base para el citado informe.

En su respuesta, expertos de *Public Citizen* afirmaron que el informe fomenta la

explotación corporativa de la política comercial y ataca regulaciones, incluidas las de la Unión Europea (que se agregó a la “Lista de Vigilancia” del informe este año) y de otros países que contribuyen a reducir los precios de los medicamentos, las cuales se están considerando activamente en Estados Unidos, socavando así nuestros esfuerzos nacionales para salvaguardar la salud y responder a los abusos de poder corporativos:

“Al agregar a Europa a su lista de vigilancia, los representantes comerciales de Trump

demuestran que servirán a las grandes farmacéuticas y aumentarán los precios de los medicamentos, incluso si tienen que retorcer la lógica como un pretzel bávaro”, declaró Peter Maybarduk, director de Acceso a Medicamentos de Public Citizen.

Esta lista 301 profundiza más y de forma más invasiva que en años anteriores, atacando políticas nacionales de asequibilidad que nada tienen que ver con patentes o comercio.

“La medicina asequible es algo positivo. El pueblo estadounidense así lo cree. Podríamos aprender de estos países.” se afirma Sin embargo Trump está usando todo su poder para atacar a los socios comerciales de EE. UU. que están haciendo que la medicina sea más asequible. Todos pierden, excepto la BigPharma, la gran industria farmacéutica.

“Los recientes Acuerdos de Comercio Recíproco (ART) de Trump llevan el acoso en nombre de la industria farmacéutica a nuevos niveles mediante medidas vinculantes que exigen cambios en las leyes de los socios comerciales basándose directamente en la lista negra especial 301 de los fabricantes de medicamentos de marca”, declaró Melinda St. Louis, directora de Public Citizen Global Trade Watch. “Por ejemplo, la administración Trump celebra su éxito al utilizar aranceles ilegales para lograr que Argentina cambie sus leyes sanitarias. El informe deja claro que la política comercial de Trump no busca proteger los empleos estadounidenses, sino atacar las políticas de interés público, tanto nacionales como internacionales, en beneficio de los magnates farmacéuticos y otros amigos multimillonarios”

**Peter Maybaruduk: “Al agregar a Europa en su lista de vigilancia los representantes comerciales de Trump demuestran que servirían a las grandes farmacéuticas y aumentarían los precios de los medicamentos, incluso si tienen que retroceder la lógica como un pretzel bávaro”**



## OTRAS FUENTES

# Dentro del acuerdo farmacéutico de 64 mil millones de libras esterlinas que podría costar más vidas que la COVID

- *Con el NHS de rodillas, el Reino Unido ha llegado a un nuevo acuerdo secreto sobre medicamentos. Pero ¿cómo se hizo y cuánto costará realmente?*

### The Bureau of Investigative Journalism.

*Global Health, 13-04-2026. <https://www.thebureauinvestigates.com/stories/2026-04-13/inside-the-64bn-pharma-deal-that-could-cost-more-lives-than-covid>*

Este artículo ilustra muy bien cómo se ha realizado el acuerdo farmacéutico entre el Reino Unido y los Estados Unidos. Un acuerdo que realmente no puede denominarse como tal, pues en realidad se ha producido por la imposición de Estados Unidos con la complicidad activa de las compañías farmacéuticas en un proceso “negociador” marcado por los lobbies y la corrupción política

Las consecuencias en la salud de la población atendida por el NHS por la decisión de pagar más a las compañías farmacéuticas, se traducirá en miles de vidas perdidas.

#### Un vistazo previo

- El nuevo acuerdo farmacéutico entre el Reino Unido y los Estados Unidos significará que el NHS pagará más a las compañías farmacéuticas por sus medicamentos.
- Se prevén cientos de miles de muertes durante 10 años debido a que el dinero se desvía de actividades de atención médica.
- Las afirmaciones del gobierno sobre el valor del acuerdo se ven eclipsadas por los cálculos de los expertos sobre su verdadero costo.

#### Todo comenzó con un mensaje de texto enviado a principios de 2025

“Se avecina un gran problema con los aranceles a la industria farmacéutica”. Fue uno de los muchos mensajes intercambiados entre Peter Mandelson, entonces embajador del Reino Unido en Estados Unidos, y el secretario de Salud, Wes Streeting.

“Trump cree que la industria farmacéutica estadounidense no recibe un trato justo, quiere imponer aranceles a la UE y al Reino Unido y obligar a la producción a trasladarse a Estados Unidos”, advirtió Mandelson.

El nuevo acuerdo farmacéutico entre el Reino Unido y los Estados Unidos significará que el NHS pagará más a las compañías farmacéuticas por sus medicamentos

Se prevén cientos de miles de muertes durante 10 años debido a que el dinero se desvía de actividades de atención médica

Las afirmaciones del gobierno sobre el valor del acuerdo se ven eclipsadas por los cálculos de los expertos sobre su verdadero costo

Todo comenzó con un mensaje de texto enviado a principios de 2025.

“Se avecina un gran problema con los aranceles a la industria farmacéutica”.

Fue uno de los muchos mensajes intercambiados entre Peter Mandelson, entonces embajador del Reino Unido en Estados Unidos, y el secretario de Salud, Wes Streeting.

“Trump cree que la industria farmacéutica estadounidense no recibe un trato justo, quiere imponer aranceles a la UE y al Reino Unido y obligar a la producción a trasladarse a Estados Unidos”, advirtió Mandelson.

La respuesta de Streeting fue concisa: “¡Uf!”.

El año siguiente estuvo marcado por largas negociaciones entre funcionarios estadounidenses y británicos encargados de alcanzar un acuerdo comercial entre ambos países. Se produjo un enfrentamiento de meses entre el Reino Unido y la industria farmacéutica. Y finalmente, se llegó a un controvertido acuerdo entre ambos países que, desde entonces, ha permanecido envuelto en el secretismo.

Fuera del acuerdo, el sistema de salud británico sobrevive a duras penas bajo una enorme presión. Datos del Real Colegio de Medicina de Urgencias muestran que, en 2024, alrededor de 320 pacientes fallecieron semanalmente en Inglaterra debido a retrasos en la atención de urgencias, 1 que podrían haberse evitado. En todo el país, más de 7 millones de personas permanecieron en listas de espera del NHS (Servicio Nacional de Salud).

Las negociaciones entre el Reino Unido y Estados Unidos estuvieron marcadas por diversas amenazas hacia el Reino Unido. La administración Trump planteó la posibilidad de aranceles perjudiciales. Las compañías farmacéuticas, cuyos márgenes de beneficio estaban en juego, amenazaron con cancelar importantes proyectos en el Reino Unido.

Cuando finalmente se alcanzó un acuerdo, el gobierno británico declaró que este costaría al NHS en Inglaterra mil millones de libras

esterlinas en los próximos tres años. Los expertos afirman que esta cifra representa solo una fracción del coste real.

En cuanto al acuerdo en sí, obliga al NHS a gastar más en medicamentos nuevos y costosos, así como a pagar más por los fármacos que ya adquiere.

También afecta la forma en que el NICE, el organismo que decide qué medicamentos puede comprar el NHS en Inglaterra y Gales (Escocia e Irlanda del Norte también se benefician de estas decisiones), evaluará los nuevos fármacos. Este cambio en el umbral del NICE implica que probablemente se aprueben algunos medicamentos que antes se habrían rechazado por motivos de rentabilidad, lo que supone, una vez más, una reducción del presupuesto del NHS.

El NICE declaró: «Nuestras decisiones buscan un equilibrio entre poner tratamientos innovadores a disposición de los pacientes y garantizar el mejor uso de los fondos públicos».

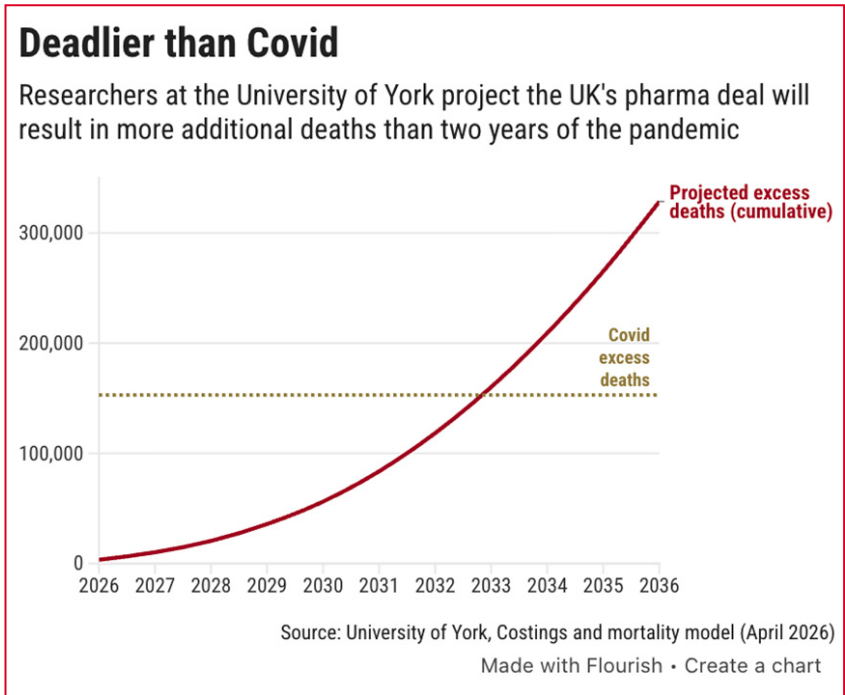
Acuerdos como este entre Estados Unidos y el Reino Unido son vitales para que los pacientes británicos reciban medicamentos que salvan vidas. Sin embargo, los críticos del acuerdo afirman que desviar fondos de las salas de hospital, los servicios de urgencias y otras formas de atención vitales costará vidas. En una carta abierta a Streeting, más de 200 expertos, activistas y profesionales sanitarios calificaron el acuerdo de «catástrofe» para todos los pacientes del NHS. En ella describen las posibles consecuencias como «trágicas» e «impactantes».

Karl Claxton, destacado economista de la salud que formó parte del comité de evaluación del NICE, dirigió un equipo de investigadores de la Universidad de York para modelar los posibles resultados. Sus conclusiones son contundentes: «Para 2033, el exceso de muertes derivado de este acuerdo será mayor que el causado por la COVID-19».

**Más letal que la COVID-19.**

Investigadores de la Universidad de York proyectan que el acuerdo farmacéutico del

Reino Unido provocará más muertes adicionales que las sufridas durante dos años de pandemia.



La versión oficial es diferente. Un portavoz del gobierno cuestionó los cálculos. El acuerdo, afirmó, «es una inversión vital que se basa en la solidez de nuestro Servicio Nacional de Salud (NHS) y en el sector de las ciencias de la vida, líder a nivel mundial, para aumentar el acceso a medicamentos que salvan vidas sin desviar fondos esenciales de nuestros servicios sanitarios de primera línea».

La Asociación de la Industria Farmacéutica Británica (ABPI) desestimó la investigación de la Universidad de York por considerarla «fundamentalmente errónea». El NICE declaró estar al tanto de la investigación académica sobre la fijación de precios de los medicamentos, incluyendo el trabajo de York, y que «toma en serio este tipo de análisis».

«El NICE revisa y actualiza continuamente sus métodos para garantizar que sigan representando las mejores prácticas en la evaluación de tecnologías sanitarias», añadió.

Pero a pesar de las enormes implicaciones del acuerdo para la salud pública, al Parlamento no se le ha permitido revisar sus términos. A

activistas y periodistas se les han denegado solicitudes de acceso a la información para obtener detalles clave. Las preguntas de los políticos no han recibido respuestas satisfactorias.

Entonces, ¿cómo ha podido el gobierno llegar a un acuerdo que elude el escrutinio democrático? ¿Y cuáles fueron sus razones para aceptarlo?

**Dentro de las negociaciones**

En las semanas posteriores al mensaje de texto de Mandelson a Streeting, las fuerzas que moldearían las negociaciones, tanto nacionales como internacionales, se hicieron rápidamente evidentes.

El primer punto de controversia fue el programa de reembolso de medicamentos del Reino Unido, que, en marzo del año pasado, la ABPI afirmó que estaba haciendo que el país fuera "poco atractivo para la inversión". Según este programa, el NHS acepta un límite de gasto determinado en medicamentos de marca y obliga a las compañías farmacéuticas a devolver cualquier gasto

excesivo. (Según la ABPI, las compañías farmacéuticas devolverían 13.500 millones de libras esterlinas en cuatro años con la normativa actual).

El verano pasado, la industria farmacéutica exigió un aumento de precios de alrededor de 2.500 millones de libras esterlinas anuales a través del programa. Los ministros lo rechazaron y propusieron inyectar 1.000 millones de libras esterlinas en el mercado durante tres años. La industria farmacéutica se negó. Streeting afirmó que no permitirá que las compañías farmacéuticas se aprovechen de los pacientes.

### **Lobby (cabildeo) a larga distancia**

PhRMA, el grupo de presión en Washington que representa a las grandes farmacéuticas estadounidenses, lleva años presionando al NICE y al sistema de precios de medicamentos del Reino Unido.

Lo que diferenció las negociaciones del año pasado fue "la agresividad con la que Trump está dispuesto a oponerse a estos controles de precios", afirmó Nick Dearden, de Global Justice Now.

Resulta sorprendente cómo ciertos elementos del acuerdo —el aumento del umbral del NICE y el límite del 15 % en el programa de descuentos— coinciden casi a la perfección con las antiguas demandas de PhRMA.

También surgen dudas sobre quién influyó en la postura negociadora del Reino Unido. Peter Mandelson, embajador del Reino Unido en Washington durante la fase clave de las negociaciones, es también cofundador de la consultora Global Counsel. Según los registros oficiales, esta consultora ejerció presión en nombre de importantes empresas estadounidenses, como GSK, hasta el verano de 2024.

Durante las negociaciones, la ABPI encargó a Global Counsel un estudio que justificaba muchos de los cambios finalmente alcanzados en el acuerdo. ABPI afirmó que Global Council facilitó talleres durante la elaboración

del informe, el cual se produjo bajo su control exclusivo, y añadió que colabora con diversas organizaciones para la producción de sus publicaciones.

El Ministerio de Asuntos Exteriores rechazó nuestra solicitud de información sobre las reuniones de Mandelson con compañías farmacéuticas, alegando que obtener dicha información resultaría demasiado costoso. PhRMA no respondió a las solicitudes de comentarios.

Al otro lado del Atlántico, Donald Trump intentaba obligar a las farmacéuticas a bajar los precios de los medicamentos recetados en EE. UU. a los niveles de otros países ricos. En cartas enviadas a 17 empresas en julio, expresó su deseo de poner fin al aprovechamiento indebido de la innovación estadounidense por parte de las naciones europeas y otras desarrolladas. Ya había afirmado que los pacientes estadounidenses «subsidiarían» el desarrollo mundial de medicamentos.

(Investigaciones realizadas por economistas de la salud demuestran que Trump está equivocado. Con los precios actuales de los nuevos medicamentos, el Reino Unido ya paga lo que le corresponde, lo que significa que las farmacéuticas pueden cubrir el costo de la investigación y el desarrollo de fármacos y aun así obtener ganancias).

En julio del año pasado, el embajador de EE. UU. en el Reino Unido, Warren Stephens, se reunió con ejecutivos de farmacéuticas estadounidenses en Londres para analizar lo que denominó los «retos y oportunidades de operar en el Reino Unido».

Luego, en el transcurso de una sola semana en septiembre, se desencadenó una reacción en cadena. Una tras otra, las empresas amenazaron con retirar importantes proyectos en el Reino Unido: MSD canceló un centro de investigación en Londres valorado en mil millones de libras; AstraZeneca suspendió un proyecto de 200 millones de libras en Cambridge; Eli Lilly

aplazó la construcción de un laboratorio previsto en Londres. Ante la preocupación de que los gigantes farmacéuticos hubieran conspirado para aumentar los precios de los medicamentos, la Autoridad de Competencia y Mercados declaró que había decidido no investigar.

A finales de septiembre, los directores ejecutivos de las farmacéuticas comparecieron ante una comisión de la Cámara de los Comunes para responder preguntas sobre la suspensión de sus inversiones en el Reino Unido. Su mensaje fue claro: el NHS (Servicio Nacional de Salud) debía pagar más por sus medicamentos.

Patrick Vallance, ministro de Ciencia del Departamento de Ciencia, Innovación y Tecnología (DSIT) y antiguo jefe de I+D de GSK, supervisaba las negociaciones. En octubre, confirmó que el gobierno británico estaba dispuesto a que el NHS aumentara su gasto en medicamentos de marca.

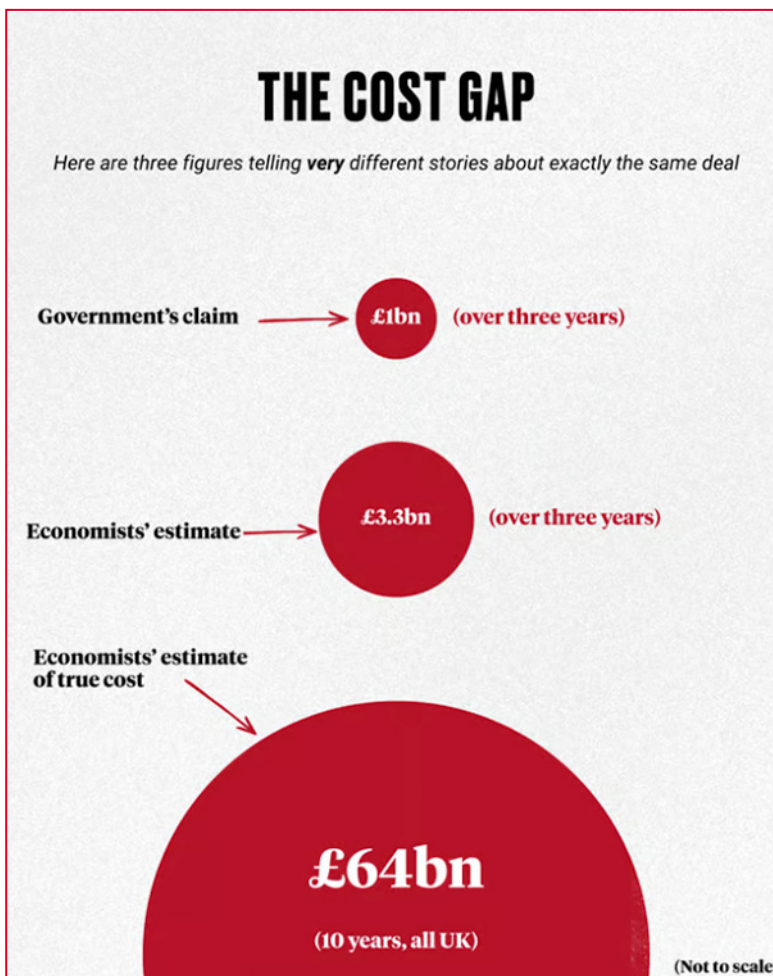
Aun así, Estados Unidos se mantuvo firme: un mes después, Stephens insistió en que las farmacéuticas estadounidenses cerrarían sus plantas en el Reino Unido si el NHS no aumentaba su presupuesto.

En diciembre, el acuerdo se cerró.

La interpretación de Claxton sobre la situación es sencilla: «El gobierno se enfrentó a una clara disyuntiva», afirmó, «o apoyaba al NHS y a la atención social para adultos y resistía estas presiones, o no. Y decidió no hacerlo».

**Los costes reales**

Los ministros han presentado el acuerdo como una victoria: cero aranceles estadounidenses a los productos farmacéuticos británicos, crecimiento económico, inversión y empleos que «refuerzan la posición del Reino Unido



Como potencia en ciencias de la vida». La asociación de la industria farmacéutica lo calificó de «buenas noticias para los pacientes del NHS».

Los detalles siguen siendo poco claros. Al preguntarle qué cifra habría aceptado, o aceptaría en las negociaciones la industria farmacéutica, la APBI declaró que «no comenta los detalles de las conversaciones confidenciales de la industria con el gobierno».

El NHS England nos informó de que cuenta con un equipo especializado que negocia acuerdos comerciales confidenciales con las compañías farmacéuticas para garantizar una mejor relación calidad-precio para el público.

Lord Vallance afirma que el acuerdo costará al NHS England mil millones de libras esterlinas en los próximos tres años. E incluso si se aceptara ese coste al pie de la letra, argumenta Claxton, esos mil millones de libras podrían utilizarse mejor. «La mejor manera de gastarlo no es dárselo a la industria farmacéutica», dijo. «La mejor manera de

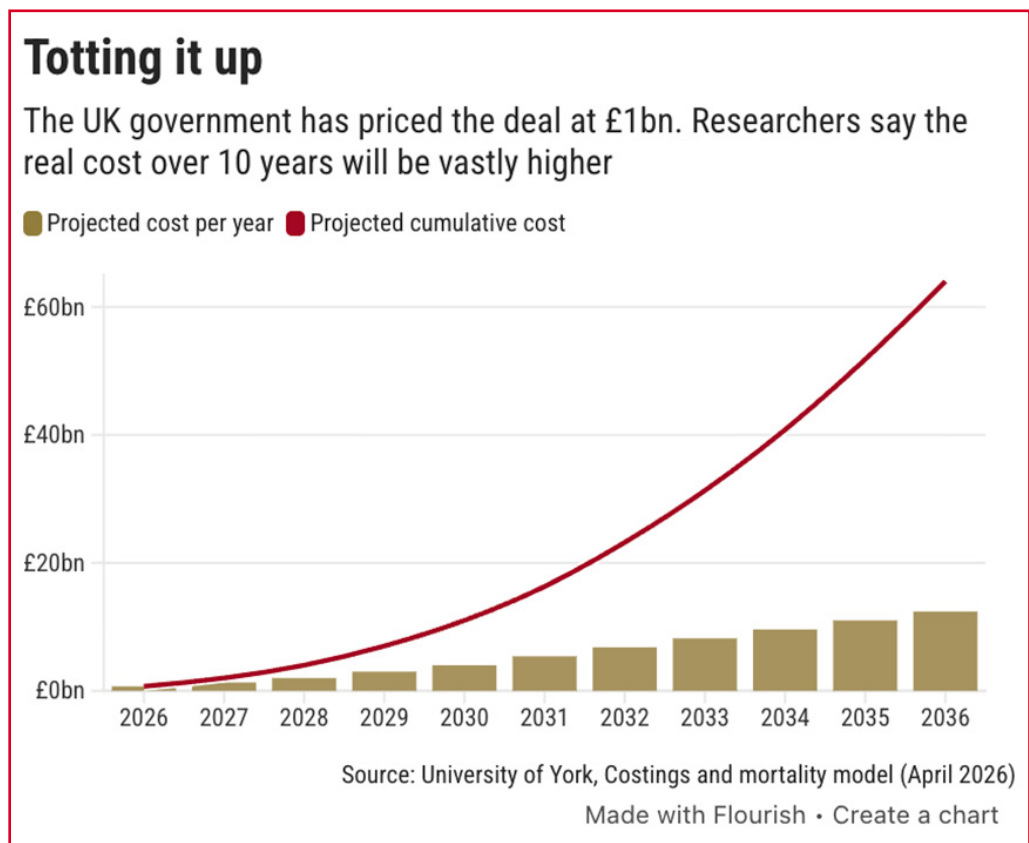
gastarlo es aumentar los presupuestos del NHS o de la atención social para adultos».

Pero afirma que la cifra que dio Vallance debería ser más cercana a los 3.300 millones de libras. Y el coste real del acuerdo para todo el Reino Unido —una vez que se tenga en cuenta el compromiso del gobierno de duplicar el gasto farmacéutico para 2036— será muchísimo mayor: casi 64.000 millones de libras.

Estas cifras tendrán consecuencias drásticas en la práctica. Su equipo predice que otras 330.000 personas podrían morir en el Reino Unido para 2036 como resultado de que el acuerdo desvíe fondos de otras áreas del NHS (Servicio Nacional de Salud), una cifra superior al exceso de muertes registrado durante los dos primeros años de la COVID-19.

**En resumen**

El gobierno británico ha valorado el acuerdo en 1.000 millones de libras. Los investigadores afirman que el coste real a lo largo de 10 años será muchísimo mayor.



Dentro del acuerdo farmacéutico de 64 mil millones de libras esterlinas que podría costar...

Un portavoz del gobierno nos dijo que las cifras de Claxton “se basan en suposiciones y proyecciones que el gobierno no comparte y no reflejan cómo se toman en la práctica las decisiones sobre la financiación y el acceso a los medicamentos”.

Mathew Hulbert, exconcejal de Leicestershire, no necesita modelos complejos para comprender el coste de un Servicio Nacional de Salud (NHS) con financiación insuficiente. En julio de 2022, su madre de 78 años se cayó y se fracturó las costillas en casa. Mientras yacía en el suelo con dolor, llamó al 999 y le dijeron que no la moviera. “Fueron las 11 peores horas de mi vida”, recuerda. Su madre fue trasladada al hospital, pero falleció dos días después.

Mathew supo más tarde el motivo de la demora: las ambulancias estaban acumuladas a las afueras del Hospital Royal Infirmary de Leicester, sin poder descargar a los pacientes porque las salas ya estaban llenas. “Fue un fallo de todo el sistema”, afirmó.

La historia de Mathew es una de las miles que demuestran cómo los recortes en el NHS pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte. Los críticos del acuerdo farmacéutico temen que el dinero adicional destinado a nuevos medicamentos no haga sino agravar la crisis.

Expertos independientes consultados afirmaron que el acuerdo afectará a todos los pacientes del NHS, desde un aumento de la mortalidad y una menor supervivencia relacionadas con el cáncer, las enfermedades respiratorias y gastrointestinales, hasta una disminución de la calidad de vida de las personas con problemas neurológicos, endocrinos y de salud mental.

También se cuestiona si algunos de los nuevos medicamentos que se están adquiriendo a precios elevados representan un mejor uso del dinero que los tratamientos más antiguos y de eficacia comprobada.

Las investigaciones demuestran que varios tratamientos cotidianos del NHS, como las vacunas contra la gripe, los medicamentos para la presión arterial y los ejercicios de rehabilitación para enfermedades pulmonares, brindan atención médica eficaz a una fracción del costo de los medicamentos de marca más recientes.

### **Secretos y vidas**

A pesar de que el acuerdo tendrá un enorme impacto en el gasto del NHS y en el acceso de los pacientes a los medicamentos, el gobierno se ha negado a divulgar detalles clave sobre lo que realmente ha acordado.

Enviamos solicitudes de acceso a la información tanto al Departamento de Salud y Asistencia Social (DHSC) como al Departamento de Tecnología de la Información y la Comunicación (DSIT) solicitando una copia de la evaluación del impacto del acuerdo. Ambos departamentos se negaron a facilitarla.

El DHSC afirmó que divulgar la información podría debilitar la posición negociadora del Reino Unido y perjudicar las futuras relaciones comerciales con el sector farmacéutico. El DSIT, por su parte, confirmó la existencia de un anexo no publicado a la evaluación de impacto, pero indicó que no lo hará público debido a las relaciones internacionales.

«¿No nos permiten verlo porque podría molestar a Donald?», declaró Seamus Logan, miembro del Parlamento por el Partido Nacional Escocés, al enterarse de estas negociaciones. «Es indignante. Absolutamente indignante».

«Hasta la fecha, no ha habido ningún escrutinio parlamentario sobre el funcionamiento de este acuerdo, y es absolutamente necesario que lo haya», afirmó. «Necesitamos saber cuál será el coste real de este acuerdo».

Nick Dearden, de la organización sin ánimo de lucro Global Justice Now, declaró:

«Cuando se trata de una regulación política interna como el control de precios del NHS, me parece extraordinario que ni el público ni los parlamentarios tengan acceso a los cálculos».

Al preguntar al gobierno escocés sobre el acuerdo, nos comunicó que «no tuvo ninguna participación en el proceso, a pesar del claro impacto en Escocia y en nuestro NHS». Si bien afirmó que el acuerdo también debería impulsar la inversión, también reconoció que el gobierno británico ha hecho concesiones sustanciales.

Desde que se anunció el acuerdo, ha crecido la preocupación entre los diputados laboristas, liberaldemócratas, verdes y del SNP sobre sus detalles y su coste para el NHS.

Los liberaldemócratas han pedido a Keir Starmer que cancele el «impuesto Trump» al NHS e invierta en la mejora de la atención social. «Estamos muy, muy, muy preocupados de que se desvíen fondos de los servicios esenciales, donde ya nos encontramos en una situación de crisis», afirmó la diputada Helen Morgan.

Añadió que le preocupa cualquier tipo de acuerdo con Estados Unidos, ya que Trump no ha cumplido con los acuerdos anteriores. De hecho, aunque el Reino Unido y Estados Unidos han firmado el acuerdo, este no es jurídicamente vinculante ni según la legislación británica ni la internacional. Esto significa que los acuerdos relativos a las exportaciones británicas a Estados Unidos están sujetos a cambios, incluidos los aranceles cero.

Parece que los estadounidenses están satisfechos. El secretario de Salud de Estados Unidos, Robert F. Kennedy, agradeció a Trump por «obtener resultados que priorizan a los estadounidenses», y el secretario de



Keir Starmer

Comercio, Howard Lutnick, afirmó que el acuerdo implicaría que «los avances del futuro se desarrollarán, probarán y producirán en suelo estadounidense».

En cuanto a las farmacéuticas que amenazaron con abandonar el Reino Unido, aún no se han comprometido a quedarse. AstraZeneca y Bristol Myers Squibb no respondieron a nuestras preguntas. La última declaración de Eli Lilly, que había suspendido su proyecto de laboratorio en Londres, fue que la confirmación del acuerdo era alentadora y que la compañía «revisará sus planes de inversión allí a medida que mejore el entorno». En otras palabras: todavía no.

### ¿Qué sigue?

Una propuesta presentada ante el Parlamento en marzo otorgará a los ministros la facultad de indicar al NICE qué umbral financiero utilizar para decidir si aprueba o no un nuevo medicamento. Este cambio normativo, derivado del nuevo acuerdo entre el Reino Unido y Estados Unidos, implica que algunos medicamentos ahora recibirán luz verde a un precio que antes se consideraba poco rentable.

Los activistas temen que las compañías farmacéuticas puedan ejercer presión sobre los ministros para obligarlos a realizar cambios en el NICE que no redunden en beneficio de la salud pública, afirma Diarmaid McDonald, del grupo de defensa de pacientes JustTreatment.

Los parlamentarios pueden oponerse a estas propuestas. Entendemos que algunos diputados laboristas planean tomar medidas antes del 27 de abril. Grupos como JustTreatment, Global Justice Now y All Eyes On presionarán para lograr una mayor transparencia sobre el impacto en los pacientes de todo el Reino Unido.

## OTRAS FUENTES

### Una dosis de este medicamento contra el cáncer cuesta más que una onza de oro

- ***Keytruda, fabricado por el gigante farmacéutico estadounidense Merck Sharp & Dohme (MSD), ofrece una esperanza real tanto para pacientes con cáncer como para oncólogos. Sin embargo, su precio exorbitante supone una pesadilla para las aseguradoras y los presupuestos de salud pública. Detrás de estos precios desorbitados se esconde una estrategia bien orquestada, como revelamos en colaboración con el Consorcio Internacional de Periodistas de Investigación (ICIJ) en este tercer episodio de nuestra serie sobre monopolios farmacéuticos abusivos.***

#### **Patrick Durisch.**

*Public Eye. 13-04-2026. <https://www.publiceye.ch/en/topics/pharmaceutical-industry/price-of-medicines-walls-of-abusive-patents-are-standing-in-the-way-of-competition/a-dose-of-this-cancer-drug-costs-more-than-an-ounce-of-gold>*

Excelente texto, que responde a una investigación realizada por Public Eye y el Consorcio Internacional de Periodistas de investigación sobre el fármaco Keytruda de Merck Sharp&Dohme (MSD). Un medicamento que ha conseguido para MSD unos ingresos totales de 162.000 \$.

El artículo describe con claridad el precio abusivo del medicamento y las maniobras de MSD a través de las marañas de patentes para prolongar el tiempo de monopolio y por tanto de exclusividad comercial en el mercado. Asimismo, el trabajo refuta con datos, la argumentación habitual de la BigPharma intentando justificar los elevados precios por los costes de la inversión en investigación y los altos riesgos de esta.

Patrick Durisch se dirige a los gobiernos instando a que exijan la divulgación de las Inversiones reales realizadas por las empresas farmacéuticas y a la financiación pública que reciben y por tanto a la necesidad ineludible de reformar el sistema actual unilateral de fijación de precios de los medicamentos. Animamos a nuestras y nuestros lectores a su lectura.

Comercializado desde finales de 2014, Keytruda está autorizado en Estados Unidos, Europa y Suiza para el tratamiento de más de 20 tipos de cáncer, desde cánceres del sistema digestivo y los pulmones hasta cánceres de piel, hígado, sangre, órganos reproductores, riñones y mama.

Sobre todo, ha permitido a la empresa estadounidense Merck Sharp & Dohme (MSD) generar ingresos asombrosos: 31.700 millones de dólares (unos 25.000 millones de francos suizos) en 2025, solo con este

producto, una cifra casi equivalente al producto interior bruto (PIB) de Senegal o Islandia. Tras 11 años en el mercado, Keytruda ha generado para MSD unas ventas totales de 162.800 millones de dólares, lo que impulsó al grupo al cuarto puesto en el ranking de las grandes farmacéuticas en 2025.

Al igual que Herceptin o Perjeta de Roche (véase nuestro episodio de noviembre de 2025), Keytruda es un fármaco biológico compuesto por anticuerpos monoclonales. Pertenece a la categoría de inmunoterapias:

tratamientos que estimulan el sistema inmunitario para atacar las células cancerosas. Estos fármacos han transformado indudablemente la atención oncológica, permitiendo controlar la enfermedad y prolongar la vida de muchos pacientes. Sin embargo, este tratamiento «milagroso» tiene un precio exorbitante, lo que conlleva restricciones de acceso y un aumento vertiginoso de los costes sanitarios, como detallamos en nuestra investigación. Public Eye compartió sus análisis con el Consorcio Internacional de Periodistas de Investigación (ICIJ) y sus socios de medios.

### **Precios prohibitivos en Suiza y en el extranjero**

Keytruda se vende a un precio elevado en todos los países donde se comercializa. En Suiza y la Unión Europea (UE), el precio real (neto) del medicamento, negociado entre MSD y los gobiernos, es confidencial (véase más abajo). No obstante, el precio de lista de Keytruda —a veces denominado precio de referencia— da una idea de las sumas involucradas. Y las cifras son vertiginosas.

En Suiza, Keytruda encabeza la lista de los medicamentos más costosos elaborada por la aseguradora de salud Helsana, que estima su coste oficial en 183,4 millones de francos suizos para 2024 (las cifras para 2025 aún no están disponibles). El precio oficial del medicamento —cubierto por el seguro médico obligatorio desde 2015— es de 4294 francos suizos por un envase de 200 mg (dosis estándar), lo que equivale a más del precio de una onza de oro. Según nuestros cálculos, esto supone un coste de 73.000 francos suizos por persona para un tratamiento anual, y más de 160.000 francos suizos si se incluyen otros tratamientos con los que se puede combinar.

El precio de lista (o precio de referencia) es un precio público y ficticio para un medicamento. Difiere del precio real cubierto por el sistema sanitario, que suele ser confidencial y se negocia entre la farmacéutica y cada gobierno.

En Suiza, la Oficina Federal de Salud Pública (OFSP), responsable de fijar los precios de los medicamentos, utiliza cada vez más los denominados «modelos de precios» (o acuerdos de acceso gestionado) para cumplir con los requisitos de rentabilidad de la ley de seguro médico obligatorio (LAMal). En la práctica, la OFSP y la farmacéutica llegan a un acuerdo que determina el precio de lista del medicamento en Suiza, un descuento y otras condiciones que rigen su inclusión en el sistema básico de seguro médico. La gran mayoría de estos modelos de precios son confidenciales. Esta práctica fue legalizada por el Parlamento Federal en 2025 como parte de la revisión de la LAMal, tras la presión del lobby farmacéutico.

Además de ser opaco, este sistema abre la puerta a un laberinto de acuerdos de reembolso, como ilustra el caso de Keytruda. En Suiza, el exitoso fármaco de MSD está sujeto a 26 modelos de precios con descuentos confidenciales, cada uno con condiciones que deben cumplirse para que esté cubierto por el sistema básico de seguro médico. Estas condiciones incluyen, por ejemplo, la aprobación previa de la aseguradora, restricciones vinculadas al tipo de cáncer, el plan de tratamiento y la naturaleza o duración del mismo.

Como resultado, el acceso a esta costosa terapia no está garantizado automáticamente. Sin embargo, el impacto financiero en los copagos de los pacientes y en el nivel de las primas de seguro que paga la población en general es muy real.

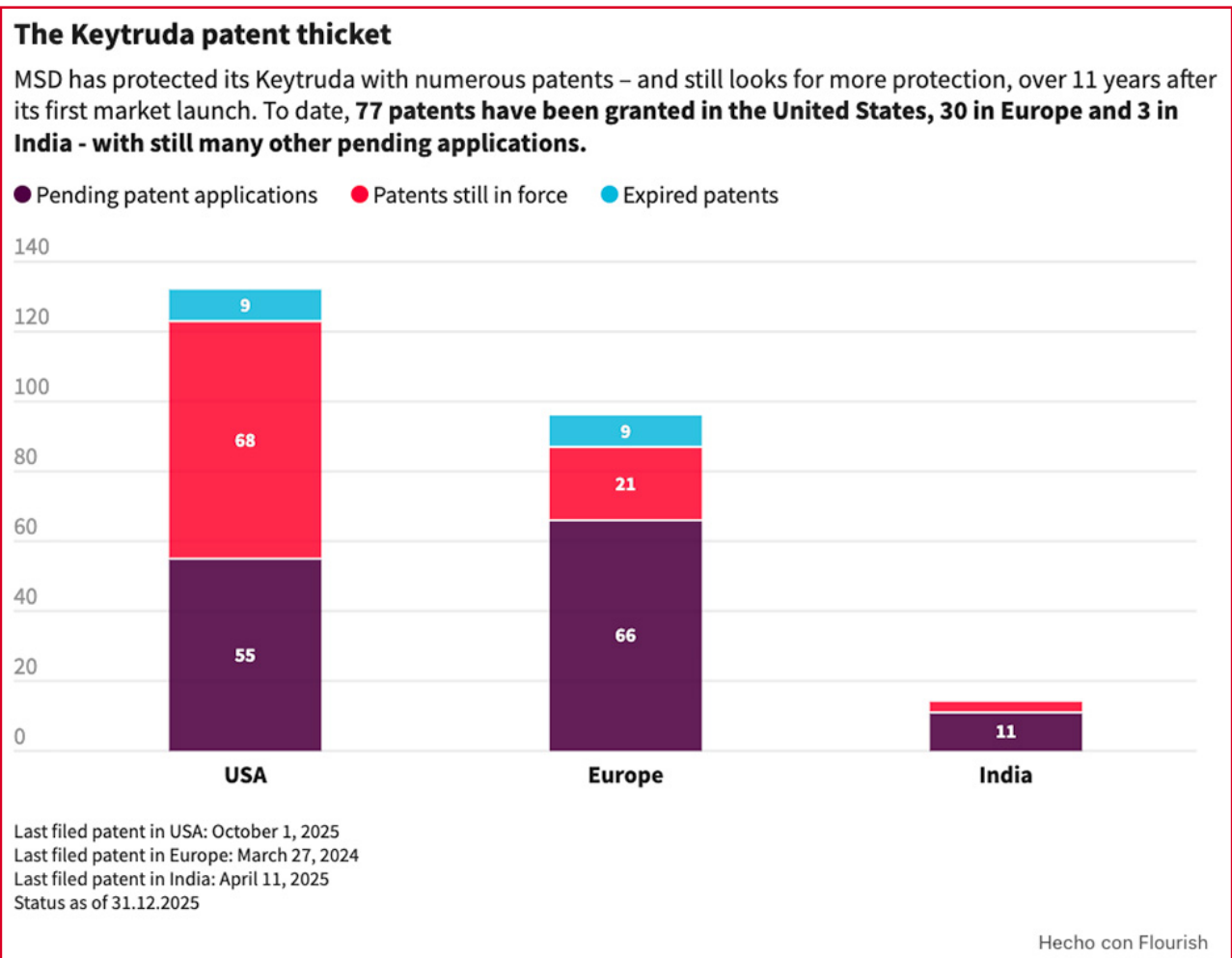
En Estados Unidos, un envase de 200 mg de Keytruda cuesta 11.760 dólares (9.300 francos suizos, precio de lista), lo que supone unos 200.000 dólares al año solo para este tratamiento. Al igual que en Suiza, en EE. UU. los pacientes deben pagar de su bolsillo un deducible elevado y copagos sustanciales, contribuyendo así a gran parte de los costes, o incluso a la totalidad si no tienen seguro médico. Esta situación puede acarrear graves dificultades económicas.

En cuanto a la India, una dosis estándar cuesta entre 1.750 y 2.000 francos suizos. En un país donde la mayoría de los pacientes pagan sus propios medicamentos, este precio resulta prohibitivo. Solo las personas más adineradas y con una cobertura de seguro suficiente pueden permitirse el tratamiento.

**Proliferación de patentes**

MSD puede mantener un precio elevado para Keytruda gracias a su exclusividad comercial, amparada en sus múltiples patentes primarias y secundarias (véase el recuadro).

Con el apoyo de la organización estadounidense sin ánimo de lucro I-MAK, reconstruimos el panorama de patentes del principio activo de Keytruda (pembrolizumab) en diversas jurisdicciones, utilizando bases de datos públicas. En total, identificamos 80 patentes concedidas a MSD en relación con esta molécula (véase el diagrama a continuación). Además, había 66 solicitudes de patente pendientes en Europa, 55 en Estados Unidos y 11 en India. Dada la dificultad de recopilar esta información, es posible que el número real de patentes que posee MSD para este tratamiento sea aún mayor.



Este análisis nos permitió evaluar las consecuencias de estas patentes: otorgan a MSD un monopolio potencial de al menos tres décadas en Europa, India y Estados Unidos sobre la venta de este ingrediente activo tan demandado, lo que restringe el

acceso al tratamiento. Esto supera con creces los 20 años previstos en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) de la Organización Mundial del Comercio.

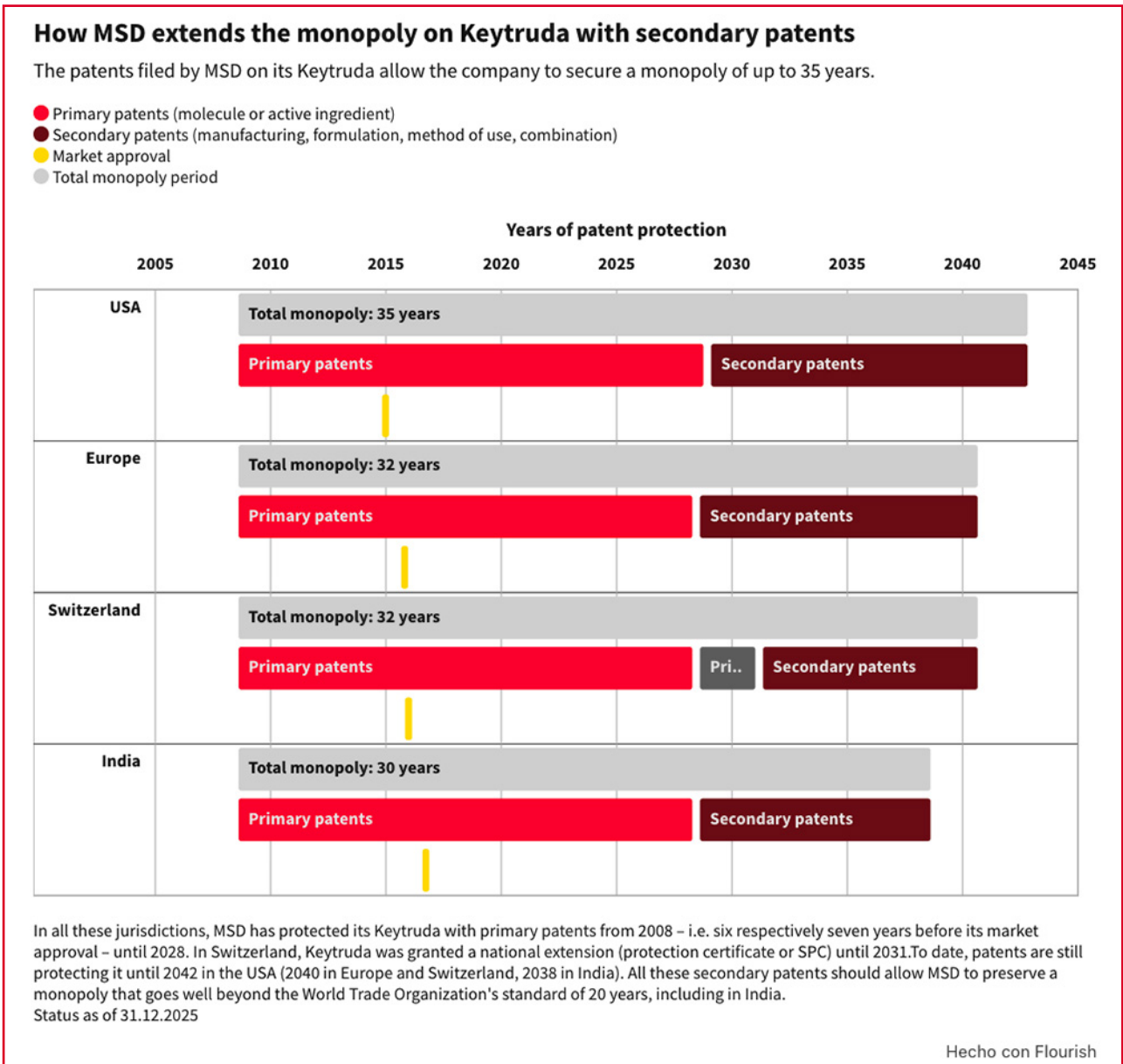
En Suiza y Europa, gracias a una prórroga de la protección concedida por las autoridades nacionales, la exclusividad vinculada a la patente principal no expirará hasta 2031 (véase el gráfico a continuación). MSD se enfrentará a la competencia por primera vez en Estados Unidos e India en 2028, cuando expire la patente principal de Keytruda.

Alrededor de una docena de empresas están trabajando en versiones biosimilares de pembrolizumab (el equivalente biológico de los medicamentos genéricos), incluida la empresa suiza Sandoz. Estos fabricantes buscan hacerse con una parte de un mercado monumental: las ventas de Keytruda en

Estados Unidos representan el 60 % de su facturación global, lo que supone un mercado valorado en casi 19.000 millones de dólares en 2025.

**MSD amplía su monopolio**

Hay mucho en juego financieramente, y MSD ya ha implementado contramedidas para extender su monopolio el mayor tiempo posible. En primer lugar, multiplicando las solicitudes de patentes secundarias, que representan aproximadamente el 95 % de sus títulos de protección, con una marcada aceleración en las solicitudes desde 2016, es decir, tras el lanzamiento de Keytruda. Posteriormente, modificando la vía de



administración, pasando de la administración intravenosa a la inyección subcutánea. Esta táctica, denominada «cambio de producto», también utilizada por Roche y otras compañías farmacéuticas, permite obtener nuevas patentes secundarias y ampliar el nicho de exclusividad comercial en el mercado.

Según sus propias declaraciones, la compañía estadounidense planea cambiar entre el 30% y el 40% de su base de pacientes objetivo a la versión subcutánea de Keytruda —ya disponible en Estados Unidos y la UE, pero aún no en Suiza— para 2028. Con nuevas patentes que cubren esta vía de administración, podría extender su monopolio al menos hasta 2042.

Finalmente, el gigante estadounidense aún tiene la opción de iniciar acciones legales contra los fabricantes de biosimilares cuando estos se encuentran a punto de lanzar sus productos al mercado. El inicio de litigios también retrasa la entrada al mercado de biosimilares de la competencia.

### **Oficinas de patentes saturadas**

Las patentes secundarias de MSD sobre pembrolizumab reivindican diversas modificaciones del producto, pero no cubren la sustancia activa, que permanece inalterada. Sobre todo, saturan las oficinas de patentes, prolongan la duración del monopolio y retrasan la competencia, sin exigir a cambio ningún beneficio terapéutico demostrado.

Conocida como «renovación indebida de patentes», la acumulación abusiva de patentes secundarias sobre productos terapéuticos es una práctica generalizada en la industria. En el caso de Keytruda, los competidores están impugnando la novedad de algunas de estas patentes. Una de ellas es Halozyme, una empresa especializada en este campo. La empresa biotecnológica argumenta que la versión subcutánea de Keytruda de MSD infringe 15 de sus patentes y ha emprendido acciones legales en Estados Unidos y Europa. Los procedimientos siguen en curso. En diciembre pasado, un tribunal alemán ordenó

la prohibición de la comercialización de Keytruda subcutánea hasta que se resolviera el litigio.

### **La caja negra de los costos de I+D**

¿Por qué un medicamento como Keytruda es tan caro? La industria farmacéutica argumenta repetidamente que sus tratamientos requieren grandes inversiones en investigación y desarrollo (I+D) y que las empresas deben asumir riesgos significativos de fracaso. Estos dos factores, según afirma, justifican los altos precios de los medicamentos una vez que llegan al mercado.

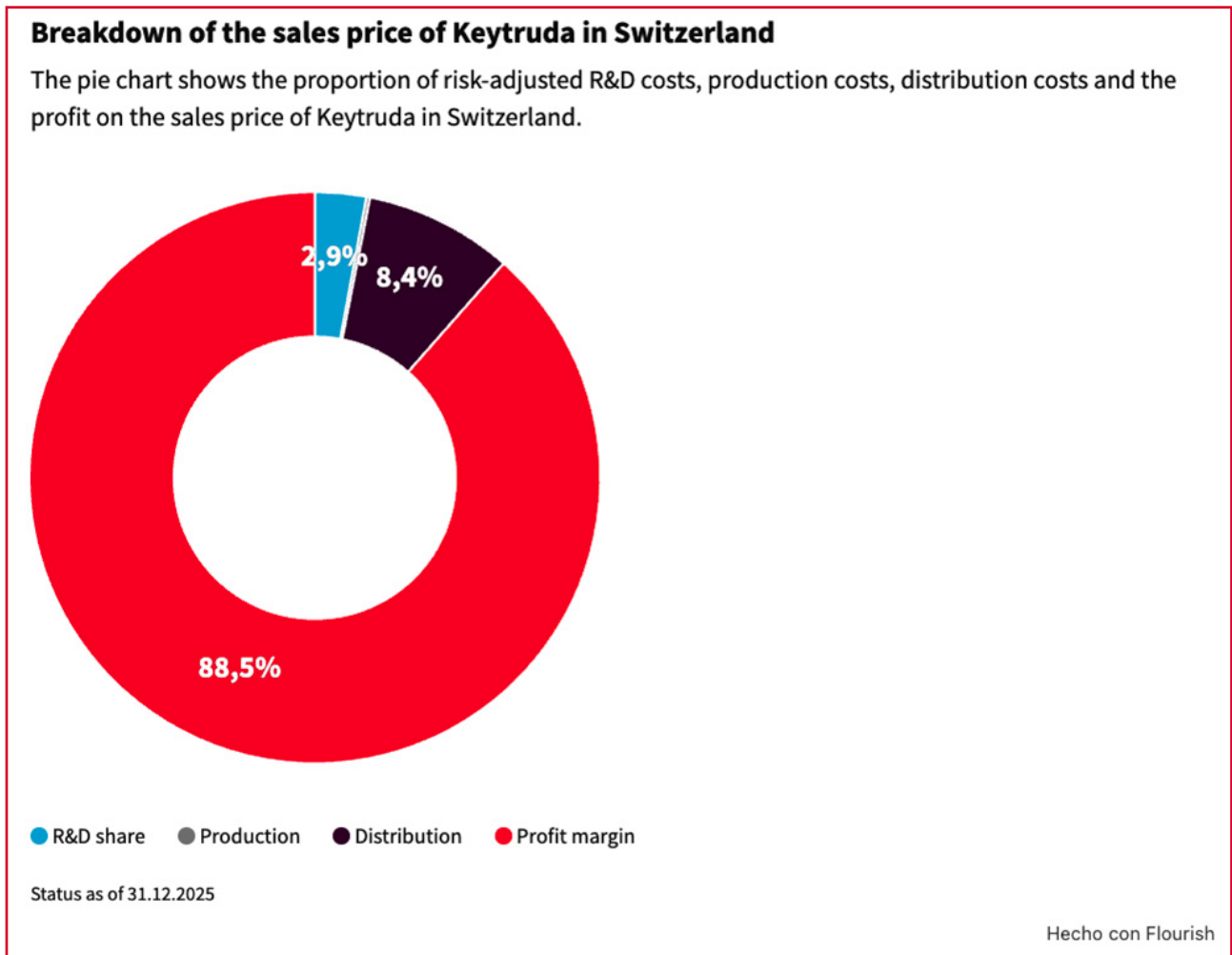
En su comparecencia ante el Comité de Salud del Senado de EE. UU. en febrero de 2024, el presidente y director ejecutivo de MSD declaró que su empresa había invertido 30 mil millones de dólares en el programa de investigación de Keytruda desde 2011. Esta cifra no se puede verificar, ya que las empresas no tienen la obligación de publicar ni contabilizar los costos de I+D de cada producto. Además, genera dudas, dado que MSD no participó en el descubrimiento ni en la concepción farmacológica del medicamento, que surgió en gran medida de investigaciones financiadas con fondos públicos. La empresa adquirió el tratamiento mediante una adquisición corporativa en 2009 e incluso consideró abandonarlo antes de cambiar de rumbo ante el éxito de un producto rival con un mecanismo de acción similar.

Para esclarecer este asunto, nos propusimos estimar las inversiones en I+D que MSD ha realizado hasta la fecha para Keytruda (Véase el gráfico en el formato original de Public Eye, reseñado al inicio).

Nuestra estimación de los costes de investigación y desarrollo de Keytruda asciende a 1.925 millones de dólares (1.520 millones de francos suizos), lo que equivale a tan solo el 1,2 % de las ventas mundiales del fármaco hasta la fecha. Esta cifra es muy inferior a la citada por el director ejecutivo de MSD. Incluso teniendo en cuenta los posibles fracasos, el coste total de la investigación y el

desarrollo de Keytruda (4.790 millones de dólares, unos 3.800 millones de francos suizos) representa apenas el 3 % de la facturación del medicamento.

Con base en la metodología que desarrollamos, estimamos el margen de beneficio generado por MSD por las ventas de Keytruda en Suiza. Este margen representa más del 88 % del precio oficial .



Este margen demuestra que las compañías farmacéuticas no utilizan precios elevados para compensar los considerables costes de I+D ni para mitigar riesgos, sino para generar beneficios exorbitantes. Lejos de reinvertirse sistemáticamente, estos beneficios ponen en entredicho el sistema de precios actual, que se supone que garantiza la sostenibilidad de la innovación.

**Más transparencia, menos patentes**

Los resultados de nuestra investigación sobre Keytruda subrayan una vez más la necesidad de actuar contra los precios excesivos de los medicamentos patentados. En Suiza, estos fármacos son uno de los principales factores del aumento de los costes sanitarios. El

argumento esgrimido por las grandes farmacéuticas y la Casa Blanca —que los precios son demasiado bajos en Suiza y Europa— se contradice claramente con los considerables márgenes generados por empresas como MSD.

Las patentes otorgan a las farmacéuticas una posición de monopolio y una exclusividad comercial prolongada. Protegidas de la competencia, pueden imponer sus precios a nivel mundial, en detrimento de los pacientes y de los presupuestos de salud pública. Esto debe cambiar si queremos salvaguardar la sostenibilidad financiera de un sistema sanitario solidario que ahora se encuentra gravemente amenazado.

Es urgente que las autoridades de países con importantes corporaciones farmacéuticas, como Suiza, tomen medidas contra la proliferación abusiva de patentes secundarias sobre medicamentos. Como miembro del Convenio sobre la Patente Europea, Suiza podría exigir un escrutinio más riguroso de las solicitudes de patente para limitar su número.

Asimismo, deben reformarse los mecanismos de fijación de precios, exigiendo la divulgación de las inversiones reales realizadas por las empresas farmacéuticas y el porcentaje de financiación pública involucrada, en lugar de basarse en comparaciones internacionales de precios ineficaces.

En Suiza, los costes sanitarios son un problema creciente, y un número cada vez mayor de personas sufre el aumento desorbitado de las primas de los seguros. Las autoridades federales protegen un sistema que ayuda a las multinacionales a maximizar sus

beneficios, impidiendo al mismo tiempo la realización del derecho a la salud para todos. Esta política también tiene repercusiones más allá de las fronteras suizas, ya que los precios de los medicamentos en Suiza se utilizan como referencia en más de 30 países, incluidos estados con economías más débiles. Al elevar los precios, Suiza no solo perjudica a su propia población, sino también a millones de pacientes en el extranjero.

### ¿Qué es una patente?

Una patente es un derecho exclusivo que permite al titular de una invención prohibir a terceros su fabricación y comercialización en los países donde se ha concedido la patente. Para ser patentable, una invención debe cumplir tres requisitos: ser nueva, implicar una actividad inventiva y ser susceptible de aplicación industrial. Por lo tanto, una modificación menor de un medicamento, incluso sin ningún beneficio terapéutico adicional, puede ser patentada.



## OTRAS FUENTES

---

### Un nuevo informe revela que todas las grandes compañías farmacéuticas están implicadas en esquemas de soborno

- *El estudio analiza más de dos décadas de informes de la OCDE para determinar "la naturaleza sistémica del soborno en el sector farmacéutico"*

#### **Richard Sears.**

*Mad in América, 06-04-2026. <https://www.madinamerica.com/2026/04/all-major-pharma-companies-implicated-in-bribery-schemes-new-report-says/>*

Este artículo es un comentario del excepcional informe de Kohler donde a través del análisis de los informes de la OCDE se investiga la prevalencia, las características y patrones de soborno de la industria farmacéutica. Recomendamos la lectura del artículo, pero también la del informe por la contundencia de sus conclusiones y el rigor del trabajo realizado.

Hay un párrafo en las conclusiones que nos permitimos destacar: “Funcionarios gubernamentales, autoridades reguladoras y profesionales de la salud fueron sobornados con dinero en efectivo, regalos, viajes de lujo e investigaciones fraudulentas para obtener acceso al mercado, aumentar las ventas o influir en la prescripción de medicamentos. Estos hallazgos ponen de manifiesto la naturaleza sistémica del soborno en el sector farmacéutico y exigen una mayor supervisión y rendición de cuentas para proteger la confianza pública y el acceso equitativo a los medicamentos” (el subrayado es nuestro).

Pfizer, J&J, Eli Lilly, BMS, AstraZeneca, GSK y otras empresas participaron en esquemas sistemáticos de soborno, según décadas de informes de la OCDE. Esta es la conclusión de un nuevo estudio revelador, dirigido por Jillian Kohler de la Universidad de Toronto (Canadá) y publicado en la revista *Journal of Law, Medicine & Ethics*. Según Kohler, el soborno a menudo contaba con la aprobación de altos directivos e involucraba estructuras corporativas complejas, como filiales, empresas fantasma y proveedores externos, para que estas prácticas parecieran legítimas.

«En todos los casos, empleados de la empresa, desde personal de ventas y distribuidores hasta gerentes intermedios, ejecutivos locales e incluso altos cargos corporativos, fueron cómplices directos en la planificación, ejecución o aprobación de estrategias de soborno». Los representantes de ventas

«canalizaban fondos o regalos con regularidad, haciendo un seguimiento meticuloso del volumen de recetas o de las órdenes de compra para justificar los sobornos continuos». Los altos directivos autorizaron pagos inflados o reembolsos de gastos encubiertos. Los ejecutivos aprobaron documentación falsa o falsearon transacciones financieras en registros oficiales y auditorías.

Estas prácticas a menudo se ignoraban cuando los empleados de la empresa las descubrían, lo que indica que los problemas de soborno en el sector farmacéutico probablemente están arraigados en sus prácticas comerciales actuales.

Las frecuentes advertencias internas y las revisiones de cumplimiento, que ponían de manifiesto claras irregularidades en la contabilidad y la documentación, a menudo

se ignoraban o se trataban como incidentes aislados.

Los autores identificaron tres tipos distintos de casos de soborno. Primero, existían esquemas diseñados para aumentar las ganancias sin comprometer directamente la calidad de los medicamentos de la industria, como comisiones ilegales, atenciones excesivas y honorarios de consultoría fraudulentos. Segundo, las empresas sobornaban a funcionarios gubernamentales, inspectores y reguladores para vender medicamentos que no cumplían con los estándares básicos de seguridad. Esto condujo a la distribución de medicamentos falsificados, adulterados y no aprobados.

Tercero, algunos casos involucraban tanto esquemas para aumentar las ganancias como evasión regulatoria, incluyendo la comercialización de medicamentos para usos no autorizados.

La corrupción de la industria farmacéutica en el ámbito de la psiquiatría y la medicina es un problema ampliamente documentado. Un estudio de 2012 reveló que los delitos corporativos cometidos por la industria farmacéutica son «comunes, graves y recurrentes».

Este estudio de 2012 analizó casos de comercialización ilegal de medicamentos para usos no autorizados, tergiversación de resultados de investigación, ocultación de los daños causados por los productos de la industria y fraude a Medicare y Medicaid.

Otro estudio concluyó que la mayoría de los pagos realizados por la industria farmacéutica a los médicos probablemente constituyen sobornos ilegales. La investigación también ha demostrado que las políticas corporativas son en gran medida ineficaces para erradicar las prácticas corruptas de la industria farmacéutica, especialmente cuando los beneficios derivados de estos delitos superan con creces las sanciones.

Investigaciones previas, realizadas por Kohler y financiadas por el Departamento de

Desarrollo Internacional del Reino Unido, revelaron que los sobornos y pagos ilícitos de la industria farmacéutica tienen un impacto negativo significativo en la salud pública. Esto incluye la distorsión de las prioridades sanitarias, el uso indebido de recursos, la promoción de medicamentos inadecuados, el aumento de los costos, tratamientos innecesarios, la erosión de la confianza pública en las instituciones sanitarias y peores resultados para los pacientes como consecuencia de decisiones sanitarias motivadas por el lucro en lugar de las necesidades de los pacientes. Por ejemplo, el denunciante Ed Piggot reveló que Forest Pharmaceuticals sobornó a un investigador principal del estudio STAR\*D, el mayor estudio sobre antidepresivos realizado hasta entonces. Esto provocó una sobreestimación de la eficacia de Celexa, un antidepresivo producido por Forest Pharmaceuticals, lo que probablemente aumentó la exposición de los pacientes a un fármaco menos eficaz y potencialmente dañino.

Un estudio de 2017 reveló que dos tercios de los pacientes en Estados Unidos consultaron a un médico que recibía pagos de la industria farmacéutica, mientras que solo el 5% sabía de estos vínculos con la industria. Las investigaciones han demostrado que este tipo de pagos influyen en las prácticas de prescripción y están relacionados con un aumento de los costos de Medicare y las quejas de los pacientes.

### **Detalles del estudio**

El objetivo de este trabajo fue investigar la prevalencia, las características y los patrones del soborno en la industria farmacéutica. Para ello, los autores examinaron informes del Grupo de Trabajo sobre Soborno de la OCDE publicados entre 1999 y febrero de 2025. Para ser incluidos en esta investigación, los informes debían involucrar a empresas farmacéuticas implicadas en esquemas de soborno en el extranjero relacionados con medicamentos con o sin receta. Esto incluía sobornos de la industria vinculados a la obtención de aprobaciones regulatorias, la influencia en los patrones de prescripción y el

aumento de las ventas de medicamentos. Se excluyeron los informes sobre soborno relacionado con dispositivos médicos. Los autores realizaron un análisis temático de los informes de la OCDE para identificar patrones en diversos casos. En total, los investigadores identificaron 22 investigaciones de esquemas de soborno que involucraban a decenas de países.

Los informes de la OCDE indicaron que se habían investigado empresas farmacéuticas de cinco Estados miembros de la OCDE por esquemas de soborno en el extranjero que involucraban a 30 países. Estados Unidos fue el país con mayor número de investigaciones (14 casos), seguido de Alemania (tres casos), Dinamarca (tres casos), Grecia (un caso) e Italia (un caso). Se investigaron diecinueve empresas, trece de las cuales se mencionan explícitamente en los informes:

Biotest  
 Novartis  
 Johnson & Johnson (J&J)  
 Pfizer  
 Teva  
 Eli Lilly  
 Bristol-Myers Squibb (BMS)  
 SciClone  
 Nordion  
 AstraZeneca (AZ)  
 GlaxoSmithKline (GSK)  
 Sanofi  
 Novo Nordisk

El esquema de sobornos más prolongado detallado en estos informes duró once años. En promedio, los esquemas investigados duraron casi cinco años (4,74). El tiempo promedio entre la detección y el enjuiciamiento de un esquema de sobornos fue de cuatro años y medio. Los informes de la OCDE detallaron pagos ilícitos por un total de 12.633.989 dólares. Las empresas implicadas tuvieron que pagar 1.111.225.911 dólares en sanciones relacionadas con el soborno, incluyendo 586.263.414 dólares en multas, 447.237.274 dólares en devoluciones de beneficios y 77.545.872 dólares en

intereses previos al juicio. Los tribunales impusieron penas de prisión de 10 años y tres meses en relación con estas investigaciones por soborno. Los autores señalan que estos datos no revelan la verdadera magnitud del soborno, ya que se trata solo de cifras parciales relativas a los esquemas descubiertos.

El uso de filiales, empresas más pequeñas controladas por grandes farmacéuticas, fue un método común para ocultar sobornos. De las 19 investigaciones que incluían información explícita sobre el uso de filiales, 12 informaron que se utilizaron para intentar ocultar esquemas de soborno.

Los autores descubrieron varios patrones en los casos de soborno investigados por la OCDE. Los sobornos a menudo se disfrazaban de patrocinio. Esto incluía añadir gastos superfluos de compras y viajes familiares a los costos de asistencia a congresos profesionales. Las empresas utilizaban investigaciones clínicas falsificadas o manipuladas para canalizar dinero a médicos sobornados con el fin de aumentar las prescripciones de sus productos, disfrazando estos sobornos como pagos por investigación. Algunas empresas ofrecían grandes descuentos y créditos a los distribuidores, quienes luego utilizaban el capital sobrante para sobornar a profesionales de la salud con el fin de aumentar las prescripciones y a funcionarios públicos para obtener contratos gubernamentales. Los sobornos frecuentemente se disfrazaban de honorarios por consultoría, honorarios por conferencias y donaciones caritativas. Los intermediarios, como las empresas fantasma, eran comunes para canalizar el dinero de los sobornos a profesionales de la salud, funcionarios gubernamentales, agentes reguladores e inspectores. Varias empresas también explotaron el programa Petróleo por Alimentos de la ONU para sobornar a funcionarios iraquíes.

Los autores reconocen varias limitaciones en el presente trabajo. Los informes de la OCDE

solo se elaboran en torno a casos de soborno que se hicieron públicos a través de investigaciones oficiales. Las empresas más pequeñas, las que operan en jurisdicciones con menor supervisión y regulación, y las que llegaron a acuerdos que incluían cláusulas de confidencialidad no figurarían en estos informes. La aplicación de la ley varía según la jurisdicción, lo que significa que los casos de soborno en áreas con una aplicación menos rigurosa podrían no haber sido denunciados ni procesados oficialmente. Si bien los datos aquí presentados ofrecen información sobre los patrones de soborno perpetrados por la industria farmacéutica, no permiten determinar la magnitud de este problema.

### Los autores concluyen:

Diversas investigaciones han demostrado que la industria farmacéutica utiliza diversas tácticas para asegurar sus ganancias, con aparente desprecio por la salud pública. Esto incluye un sistema de "gestión fantasma", mediante el cual la industria determina qué estudios se publican, presentando su propaganda como investigación legítima. Los estudios han detallado cómo la industria crea conflictos de interés en todo el campo médico al realizar pagos a autores de libros de texto, asesores de la FDA, miembros del panel del DSM, médicos, revisores y grupos de defensa de pacientes. Las investigaciones han revelado que el dinero de la industria corrompe la formación médica continua al utilizar estos seminarios para promocionar acríticamente sus productos entre los profesionales de la salud. Se ha demostrado repetidamente que el patrocinio de la industria en ensayos clínicos

sesga los resultados hacia hallazgos favorables para sus productos. La industria y la FDA han colaborado para utilizar tácticas de intimidación con el fin de silenciar a los denunciantes que intentaban exponer la corrupción. Como resultado de la corrupción generalizada y los conflictos de interés, algunos expertos han calificado la medicina basada en la evidencia como "inútil" y "una ilusión".

### Nota de la CR

Invitamos al lector/a a conocer el texto completo en el enlace que proporcionamos a continuación. Además, en la bibliografía se pueden consultar todos los informes de la OCDE que han sido la fuente de los datos utilizados para el análisis:

### ***El soborno y la industria farmacéutica mundial: un análisis de patrones y sanciones en los informes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.***

Bribery and the Global Pharmaceutical Industry: An Exploration of Patterns and Penalties in the Organisation for Economic Cooperation and Development Reports

Kohler, J., Khan, A., & Bowra,  
Journal of Law, Medicine & Ethics Cambridge University Press. 10 February 2026.

<https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-law-medicine-and-ethics/article/bribery-and-the-global-pharmaceutical-industry-an-exploration-of-patterns-and-penalties-in-the-organisation-for-economic-cooperation-and-development-reports/D424358C785D2D6F57E22B206CE4DA81>



Imagen Mad in America

**OTRAS FUENTES**

## **Decenas de diputados se oponen a la nueva potestad de Streeting para decidir cuánto paga el NHS por los medicamentos**

- ***El intento del secretario de Salud de anular la decisión del NICE se produce en medio de la creciente preocupación de que la medida pueda ser ilegal y beneficiar a las grandes farmacéuticas.***

### **Denis Campbell**

*The Guardian* Google, 26-04-2026. <https://www.theguardian.com/politics/2026/apr/26/mps-oppose-wes-streeting-power-to-say-what-nhs-pays-for-drugs-nice>

Este artículo de *The Guardian* insiste de nuevo en la denuncia del acuerdo entre Trump y el Reino Unido sobre precios de los medicamentos innovadores que ya hemos recogido con anterioridad en las páginas de la rAJM. En esta nueva información se pone de manifiesto algo sorprendente y ciertamente escandaloso: La decisión de Wes Streeting (ministro de sanidad británico) de convertirse en la persona que finalmente dicta el precio que tiene que pagar el NHS por los medicamentos, independientemente de las decisiones y recomendaciones de NICE.

Realmente el asombro que producen este tipo de decisiones que responden a una actitud de renuncia en la defensa de valores e intereses que afectan a la salud de la población es muy notable. Sin duda, en esta ocasión, el gobierno británico ha cedido ante el chantaje y la presión del gobierno Trump.

Decenas de diputados se oponen a la decisión de Wes Streeting de otorgarse a sí mismo la potestad de dictar cuánto paga el NHS por los medicamentos, ante la creciente preocupación de que esta medida pueda ser ilegal.

Treinta y un diputados han firmado una moción en la Cámara de los Comunes expresando su desacuerdo con que se le conceda al secretario de Salud la potestad de anular la decisión del Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE) sobre cuánto debe gastar el NHS en medicamentos individuales.

Temen que este cambio sea una "apropiación de poder" que socava el papel que el NICE ha desempeñado desde su creación en 1999 como organismo rector de qué medicamentos

ofrecen una buena relación calidad-precio para el NHS —y, por lo tanto, qué pacientes pueden recibir— en Inglaterra y Gales. El NICE es ampliamente reconocido internacionalmente como un modelo de cómo protegerse de los precios excesivos que cobran las compañías farmacéuticas.

Diputados laboristas, verdes, liberal-demócratas, independientes, nacionalistas escoceses y Plaid Cymru han respaldado una "petición" presentada por el exministro de Hacienda en la sombra laborista, John McDonnell. Los diputados pueden utilizar una "petición" para manifestar su desacuerdo con un instrumento legal —legislación secundaria o reglamentos sobre los que no votan— que el gobierno utiliza para implementar un cambio de política.

Un instrumento legal reciente otorgó a Streeting la facultad de "orientar al NICE sobre el umbral de rentabilidad aplicable a una tecnología sanitaria en proceso de evaluación" como parte del acuerdo de precios de medicamentos del gobierno con la administración de Donald Trump.

McDonnell declaró: "Uno de los objetivos expresos de la creación del NICE era proteger al NHS del poderoso y bien financiado lobby de la industria farmacéutica.

Los cambios que el gobierno está introduciendo en el NICE como resultado del acuerdo con la farmacéutica estadounidense socavan la independencia del NICE, otorgando a las grandes farmacéuticas estadounidenses la posibilidad de ejercer una enorme influencia sobre nuestras políticas de medicamentos".

Se corre el riesgo de que los valiosos recursos del NHS se desvíen de las prácticas que salvan vidas y se entreguen a las compañías farmacéuticas, en su lugar, en detrimento de los pacientes".

Helen Morgan, la portavoz de salud de Lib Dem, dijo que Streeting había recibido el poder de dirigir NICE porque Keir Starmer, el primer ministro, había cedido ante "el matón en la Casa Blanca".

Afirmo: "Este cambio en las reglas de NICE viene claramente a instancias de Trump, no porque el gobierno piense que ayudará a los pacientes".

Los ministros han defendido el acuerdo argumentando que permite a las exportaciones británicas de medicamentos a Estados Unidos evitar aranceles y que facilita el acceso de los pacientes a fármacos que podrían prolongar su vida y que, de otro modo, les serían negados.

A los parlamentarios se les ha sumado la preocupación de un aliado inesperado: Andrew Lansley, exsecretario de Salud conservador, ahora miembro de la Cámara de

los Lores. Lansley ha presentado una moción de censura en la Cámara de los Lores advirtiendo que la normativa corre el riesgo de socavar la independencia del NICE y que, además, parece ser incompatible con la Ley de Salud y Asistencia Social de 2012, «que establece que una directriz del secretario de Estado no debe estar relacionada con el fondo de las recomendaciones del NICE».

Mientras tanto, el acuerdo global entre el Reino Unido y Estados Unidos ha generado una creciente alarma entre los expertos en salud. El centro de estudios Health Foundation ha advertido que un mayor gasto del NHS en medicamentos le obligará a realizar «recortes difíciles» en otros servicios que mejoran la salud de los pacientes de forma más económica.

El economista Eric Yang afirmó en una entrada reciente de su blog: «Dadas las crecientes presiones financieras derivadas del aumento de la demanda y los cambios demográficos, el NHS no puede permitirse el lujo de sacrificar recursos para afrontar un mayor gasto en medicamentos a corto plazo. Gestionar el presupuesto del NHS siempre ha implicado tomar decisiones difíciles, pero el acuerdo sobre precios de medicamentos entre el Reino Unido y Estados Unidos significa que estas decisiones serán aún más difíciles en el futuro».

En un mordaz editorial publicado el jueves, Kamran Abbasi, redactor jefe del British Medical Journal, afirmó que el acuerdo implicaría que «el contribuyente británico acabará perjudicando a las personas vulnerables para aumentar los beneficios de compañías farmacéuticas que ya de por sí son obscuramente rentables».

«El gobierno laborista del Reino Unido está sacrificando la salud y el bienestar de su población, y, por ende, de los más vulnerables, para cerrar acuerdos comerciales que beneficien al máximo a las empresas y la economía estadounidenses... Esto supone sacrificar la salud pública por la riqueza corporativa, y contradice la afirmación del

gobierno de velar por el bienestar del pueblo británico», añadió.

Estas declaraciones se hacen eco de las preocupaciones expresadas el año pasado por la Dra. Samantha Roberts, entonces directora ejecutiva del NICE. «Los recursos de los contribuyentes son limitados. Si se gasta más dinero en medicamentos, se sacrifica algo más». Podría tratarse de una prótesis de cadera, podría tratarse de una enfermera — advirtió—.

El Departamento de Salud y Asistencia Social negó que la autonomía del NICE se viera comprometida. «Se está produciendo una revolución en la ciencia médica, y el secretario de Estado está decidido a garantizar que muchos se beneficien de ella, no solo quienes pueden pagarla», declaró un portavoz.

«Hemos tomado medidas para facilitar la incorporación de medicamentos innovadores al NHS, lo que significa que miles de pacientes tendrán un mejor acceso a tratamientos que les cambiarán la vida. Esto incluye la reciente aprobación de un fármaco contra el cáncer cerebral para pacientes de tan solo 12 años.

«La independencia del NICE está protegida. Continuará elaborando sus directrices y recomendaciones sin ninguna interferencia política, como siempre lo ha hecho, sopesando la eficacia clínica de un tratamiento con su coste para garantizar que los contribuyentes obtengan un buen trato».

La Asociación de la Industria Farmacéutica Británica (ABPI) también defendió el cambio.

Un portavoz de ABPI dijo: “Este cambio no otorga a ningún ministro del gobierno el poder de decirle a NICE qué decisiones tomar. Sin embargo, deja claro que el gobierno es responsable de establecer los parámetros dentro de los cuales opera NICE. Se mantiene la independencia de NICE, y esto es de vital importancia.



## OTRAS FUENTES

---

# Examinando la narrativa de incentivar la participación de la industria farmacéutica en el sistema de distribución de beneficios de acceso a patógenos de la OMS

**Lauren Paremoer.**

*Geneva Health Files*, 29-04-2026. <https://newsletter.genevahealthfiles.com/examining-the-narrative-of-incentivizing-pharma-industry-participation-in-the-who-pathogen-access-benefit-sharing-system/?ref=geneva-health-files-newsletter>

Excelente y revelador artículo sobre las presiones de los países del norte global en una estrategia común con las grandes industrias farmacéuticas en las negociaciones sobre el Acuerdo de Pandemia. El artículo plantea las consecuencias nocivas en la fase inicial de los brotes y en las emergencias de salud pública de importancia internacional (ESPII) que esta estrategia provocaría impidiendo facilitar la intervención y la contención tempranas, fundamental para la salud global. Además de la injusticia para los países del sur global que pedían de nuevo limitado su acceso a las vacunas necesarias para su población y no podrían acceder a los beneficios del sistema PABS. {El artículo proporciona un interesante listado de las acciones con las que las grandes empresas farmacéuticas limitan significativamente y restringen artificialmente el suministro de vacunas}

Durante las negociaciones del Acuerdo sobre la Pandemia (PA), los países del Norte Global —especialmente aquellos con grandes industrias farmacéuticas— insistieron en que el Acuerdo debía estructurarse de manera que incentivara la participación de la industria farmacéutica. Han reiterado este sentimiento en numerosas ocasiones durante el último año, en el contexto de las negociaciones del Anexo PABS.

Pero ¿a qué "industria" se refieren aquí? ¿Y depende completamente de ellos la equidad y la funcionalidad del Anexo PABS?

La industria farmacéutica está dominada por unas pocas grandes corporaciones y centros de producción. Estos se ubican principalmente en el Norte Global, con China e India como las principales excepciones, gracias a su capacidad de producción de genéricos.

Es precisamente esta sobreconcentración de la cadena de suministro farmacéutica la que contribuyó a la segregación en el acceso a las vacunas durante la pandemia de COVID-19.

En primer lugar, la falta de centros de producción geográficamente diversos contribuyó a las interrupciones en la cadena de suministro, incluso cuando las corporaciones estaban dispuestas a otorgar licencias voluntarias a fabricantes del Sur Global. En segundo lugar, la concentración de los derechos de propiedad intelectual (DPI) en manos de unas pocas grandes empresas farmacéuticas significaba que podían restringir artificialmente el suministro de vacunas. Podían hacerlo mediante:

1. Negarse a otorgar licencias de fabricación a otros fabricantes;
2. No registrar expedientes ante las autoridades reguladoras en ciertas jurisdicciones;
3. Negarse a vender a compradores en ciertos mercados del Sur Global, incluidos aquellos con financiamiento suficiente para adquirir grandes cantidades de vacunas;
4. Crear asimetrías de información significativas que complicaron las

negociaciones, incluyendo la restricción de la capacidad de los compradores de vacunas para compartir información sobre el precio unitario de las vacunas y la estructuración de contratos de adquisición de manera que se careciera de previsibilidad sobre los volúmenes y plazos de entrega de las vacunas;

5. Ralentizar las negociaciones al obligar a los compradores de vacunas a celebrar negociaciones contractuales que violaban las leyes nacionales en algunas jurisdicciones, por ejemplo, la firma de acuerdos de confidencialidad que violaban las leyes destinadas a garantizar la transparencia en los procesos de contratación pública y el establecimiento de nuevas instituciones nacionales para asumir la responsabilidad por las reclamaciones de responsabilidad derivadas de la adopción de vacunas; y

6. Presentar patentes en jurisdicciones donde las corporaciones no tenían planes de comercializar vacunas.

Esta lista ilustra algunas de las tácticas que las grandes corporaciones farmacéuticas emplearon en relación con los gobiernos tanto del Norte como del Sur Global. Estas presiones dieron lugar a un mercado de vacunas que Tedros Adhanom Ghebreyesus, director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), describió como un obstáculo para el enfoque solidario de adquisición y distribución de vacunas que la iniciativa COVAX pretendía impulsar.

### Asimetría de poder

En enero de 2021, el director General Tedros señaló que el nacionalismo de las vacunas por parte de los países del Norte Global y la priorización del suministro a estos mercados por parte de las corporaciones farmacéuticas provocaron «acaparamiento, un mercado caótico, una respuesta descoordinada y una continua perturbación social y económica».

Presumiblemente, esta es la «industria» a la que se refiere el Norte Global cuando afirma que se debe incentivar a las entidades comerciales a unirse al sistema PABS, o de lo

contrario, fracasará. El Norte Global —en particular la UE y otros— se ha opuesto hasta ahora a las propuestas que podrían cambiar el statu quo. Esto incluye la asignación de productos sanitarios para su distribución durante las primeras etapas de un brote y una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), el registro de usuarios al acceder a los materiales del PABS y a la información de secuenciación digital, y contratos legalmente vinculantes en el momento del acceso. Según los argumentos del Norte Global, la incorporación de estos elementos al marco del PABS podría provocar un boicot por parte de la industria.

Pretenden que el resto del mundo crea que se puede confiar en que la industria negocie voluntariamente acuerdos justos de reparto de beneficios con la OMS en el momento de la comercialización. Sin embargo, sin el registro de usuarios y un contrato para compartir los beneficios derivados de la investigación y el desarrollo de patógenos compartidos o su información de secuenciación digital (ISD), la industria podría argumentar que nunca accedió a los materiales del PABS ni a la ISD y, por lo tanto, no estaría obligada a compartir los beneficios.

Incluso si se comprometieran a compartir los beneficios en el momento de la comercialización (en lugar de en el momento del acceso), es de suponer que las asimetrías de poder estarían tan desequilibradas en ese momento que los beneficios específicos a los que se comprometieran serían mínimos.

De hecho, la decisión de **\*The World Together\*** parece apuntar a algo distinto de defender el dominio de los actores ya dominantes de la industria farmacéutica. Al menos, esta es una forma de interpretar su énfasis en «la necesidad de un enfoque integral y coherente para fortalecer la arquitectura sanitaria mundial». Esto apunta a la necesidad de construir una nueva versión de la «industria» farmacéutica y un modelo de apoyo que vaya más allá de la «libertad de operación». Reflejando este sentimiento, el Informe del Panel Independiente de 2021

señaló: «La salud mundial no puede quedar rehén de una industria farmacéutica que compra patentes de productos prometedores (a menudo desarrollados originalmente con importantes fondos públicos en universidades e instituciones de investigación) y los desarrolla en aras de obtener beneficios. Este sistema no logra el equilibrio adecuado entre la innovación y los bienes públicos mundiales».

En el contexto de las negociaciones que condujeron a la adopción del Acuerdo de París en mayo de 2025, gran parte del debate sobre este tema giró en torno a la importancia de los mecanismos para promover una producción local sostenible y geográficamente diversificada. La inclusión de los artículos 10 («Producción local sostenible y geográficamente diversificada») y 11 («Transferencia de tecnología y cooperación en conocimientos técnicos relacionados con la producción de productos sanitarios para pandemias») en el PA solo puede entenderse en relación con la larga lista de dificultades creadas por las corporaciones farmacéuticas hegemónicas y las limitadas capacidades de producción del Sur Global durante la pandemia. Por lo tanto, la lógica más amplia del PA va claramente más allá de pensar en cómo mantener el statu quo de la «industria» farmacéutica. Los artículos 10 y 11 describen formas de cooperación internacional que podrían contribuir a la reestructuración de la industria farmacéutica para facilitar la entrada y la sostenibilidad de fabricantes regionales que puedan contribuir al suministro mundial, salvaguardando al mismo tiempo la soberanía sanitaria regional. Sin embargo, los artículos 10 y 11 solo contienen un lenguaje de «mejor esfuerzo».

### **El Anexo del PABS como componente fundamental de la equidad**

Además del Sistema PABS (Artículo 12), el Artículo 9.5 del PA también se suele mencionar como un rayo de esperanza para la equidad en el marco del Acuerdo. En él se establece que las Partes del PA “desarrollarán e implementarán políticas nacionales y/o regionales, adaptadas a sus circunstancias

internas, relativas a la inclusión de disposiciones en las subvenciones, contratos y otros acuerdos de financiación similares para la investigación y el desarrollo financiados con fondos públicos, en particular con entidades privadas y asociaciones público-privadas, para el desarrollo de productos sanitarios relacionados con pandemias, que promuevan un acceso oportuno y equitativo a dichos productos, especialmente para los países en desarrollo, durante emergencias de salud pública de importancia internacional, incluidas las emergencias pandémicas, y relativas a la publicación de dichas disposiciones”.

Esta es una de las pocas cláusulas del PA que intenta alentar explícitamente a las Partes a regular la industria para promover la equidad en el acceso a los beneficios del progreso científico. Sin embargo, aún no garantiza directamente el acceso a los productos sanitarios. Además, en el Sur Global, especialmente en África, los gobiernos nacionales y otras instituciones públicas representan una proporción relativamente pequeña de los financiadores de I+D en el sector médico y farmacéutico. Gran parte de esta financiación proviene de organizaciones filantrópicas privadas, no de entidades públicas.

Esta cláusula es encomiable, pero refleja una realidad más propia de la producción de conocimiento en el Norte Global, donde los gobiernos desempeñan un papel mucho más influyente en la financiación de la investigación en salud. En contraste, muchos investigadores del Sur Global dependen en gran medida de la financiación de fundaciones filantrópicas como el Wellcome Trust o la Fundación Gates.

Esta laguna legal no se aborda necesariamente en la Ley de Protección, pero podría abordarse en el Anexo del PABS, si se exige a los usuarios no comerciales de los materiales del PABS y la información de secuenciación digital que (1) se registren para acceder a los patógenos y la información de secuenciación digital, y (2) firmen contratos

legalmente vinculantes que especifiquen las obligaciones de reparto de beneficios a las que se comprometen al acceder a estos materiales.

Esto ayudaría a subsanar una laguna en el Artículo 9.5, ya que las obligaciones de reparto de beneficios destinadas a promover el acceso equitativo a productos para pandemias, o a la investigación y el desarrollo en curso sobre patógenos con potencial pandémico, también se aplicarían a los usuarios financiados por fundaciones privadas u otras entidades no públicas.

Las negociaciones del Anexo PABS ofrecen la oportunidad de especificar medidas prácticas que los gobiernos pueden adoptar colectivamente para apoyar esta otra versión de una "industria": que cree un espacio para que más fabricantes, licenciarios, regiones e investigadores contribuyan de forma colaborativa a la respuesta a la pandemia.

Además, el Anexo PABS debería garantizar que estos actores se comprometan a donar

productos sanitarios durante la fase inicial de los brotes y las emergencias de salud pública de importancia internacional (ESPII) para facilitar la intervención y la contención tempranas, lo cual es fundamental desde la perspectiva de la salud pública.

### **Conclusion**

Lamentablemente, la postura de los países desarrollados en las negociaciones del Anexo PABS, que aboga por incentivar a la industria farmacéutica, pretende reescribir las reglas del acceso y el reparto de beneficios y establecer un sistema que carece de transparencia y rendición de cuentas. Un sistema de este tipo reforzaría el statu quo y socavaría el propósito mismo del sistema PABS: la distribución justa y equitativa de los beneficios. Por lo tanto, los Estados Miembros de la OMS deberían centrarse en crear un sistema que sirva eficazmente al objetivo del acceso equitativo a los productos sanitarios, en lugar de legitimar las prácticas actuales de carácter extractivo. La Secretaría de la OMS y el director General deberían apoyarlos



**Tedros Adhanom, director general de la OMS: “El nacionalismo de las vacunas por parte del Norte Global y la priorización del suministro a estos mercados por parte de las corporaciones farmacéuticas, provocaron acaparamiento y mercado caótico, respuesta descoordinada y continua perturbación social y económica”**

---

**OTRAS FUENTES**

---

## **Asequibilidad de medicamentos en el informe de *Public Citizen* ante el Senado estadounidense**

### **Robert Weissman**

*Public Citizen ante el Comité de Salud, Educación, Trabajo y Pensiones del Senado, 16 de abril de 2026. <https://www.citizen.org/article/public-citizen-testimony-asking-medicines-more-affordable/>*

La lectura de esta intervención de Public Citizen ante el comité de Salud, Educación, Trabajo y Pensiones del Senado estadounidense, es considerablemente didáctica e ilustrativa para conocer el esquema de investigación y desarrollo, aprobación, producción, fijación de precios y distribución de los medicamentos. Como señalan en su intervención la situación actual de precios en los Estados Unidos es absolutamente inaceptable y está provocando graves problemas para la salud de los ciudadanos por falta de acceso a los medicamentos necesarios para la recuperación y mantenimiento de la salud.

Señor Presidente y miembros del Comité:

Gracias por la oportunidad de comparecer hoy. Soy Robert Weissman, copresidente de Public Citizen. Public Citizen es una organización nacional de interés público con más de un millón de miembros y simpatizantes. Durante más de 50 años, hemos defendido con considerable éxito la protección del consumidor, la rendición de cuentas de las empresas y el gobierno, y la ética y la transparencia gubernamental. En estas cinco décadas, nos hemos centrado especialmente en la seguridad y la asequibilidad de los medicamentos.

La especulación de precios de las grandes farmacéuticas contra los estadounidenses es peor ahora que nunca en nuestros más de 50 años de existencia. Se ha vuelto, sin duda, intolerable e insostenible.

En resumen, así es como funciona el desarrollo, la fabricación, la aprobación y la venta de medicamentos en Estados Unidos:

El gobierno estadounidense invierte decenas de miles de millones en la investigación biomédica más fundamental, participando en la investigación de casi todos los

medicamentos recetados que llegan al mercado. Comparte los frutos de su investigación sin condiciones.

El gobierno estadounidense otorga patentes monopolísticas de 20 años a los nuevos medicamentos y concede otras exclusividades de comercialización a las compañías farmacéuticas.

El gobierno estadounidense es el mayor comprador de medicamentos del mundo, pero, salvo contadas excepciones, prohíbe que su principal programa de compra de medicamentos negocie precios con las compañías farmacéuticas.

En otras palabras, no existe un “libre mercado” para la industria farmacéutica. Esta industria depende de enormes subsidios públicos, explota monopolios otorgados por el gobierno y utiliza su poder político para impedir que su mayor comprador ejerza su poder de negociación.

El resultado de este sistema es precisamente la injusticia que cabría esperar: enormes ganancias para las farmacéuticas, salarios exorbitantes para los directores ejecutivos,

precios monopolísticos y racionamiento generalizado de medicamentos importantes y, en ocasiones, vitales.

Este es un sistema que necesita una reforma fundamental. Instrumentos agresivos a favor de la competencia, como los incluidos en la Ley de Alivio de Precios de Medicamentos Recetados, pueden limitar significativamente la especulación de precios de las grandes farmacéuticas y hacer que los medicamentos sean asequibles para todos los estadounidenses.

La primera sección de este testimonio ofrece una visión general de las deficiencias del sistema actual de desarrollo y fijación de precios de medicamentos, identificando las fallas del mercado y sus profundas consecuencias para los estadounidenses.

La segunda sección evalúa los esfuerzos de la administración Trump para abordar estos problemas. El texto señala que el presidente Trump ha criticado con razón a las farmacéuticas por cobrar precios mucho más elevados en Estados Unidos que en otros países ricos; pero también muestra cómo las políticas de su administración han fracasado y seguirán fracasando en su intento por abordar la especulación de precios, e incluso, en algunos casos, empeorarán la situación.

La tercera sección se centra en soluciones que emplean las fuerzas del mercado para frenar los abusos de precios de la industria farmacéutica. Destaca cómo la Ley de Alivio de Precios de Medicamentos Recetados, presentada por el senador Bernie Sanders, miembro de la mayoría del Senado, aprovecharía el poder de la competencia de los genéricos para garantizar que los consumidores y las aseguradoras estadounidenses no tengan que pagar precios superiores a los de otros países ricos; y señala cómo podrían lograrse resultados similares ampliando y mejorando el sistema de negociación de medicamentos de Medicare.

### **La especulación de precios de las grandes farmacéuticas y sus consecuencias**

El control de los precios de los medicamentos por parte de las grandes farmacéuticas en Estados Unidos beneficia enormemente a las corporaciones farmacéuticas, pero es un desastre para los consumidores estadounidenses y la salud pública.

Consideremos estos datos:

Más del 40% de los estadounidenses afirma haber omitido tratamientos farmacológicos o no haber tomado los medicamentos según lo prescrito debido al costo.

El precio medio de lanzamiento de un nuevo medicamento en Estados Unidos aumentó de \$2,115 en 2008 a \$180,007 en 2021, lo que representa una inflación anual del 20%, según investigadores del Hospital Brigham and Women's de Boston. Desde 2021, el precio medio se ha duplicado con creces, alcanzando los \$370,000 en 2024.

Las 20 principales compañías farmacéuticas han reportado más de \$400 mil millones en ganancias durante los últimos tres años (2023-2025).

Los directores ejecutivos de las 20 principales compañías farmacéuticas reciben más de \$300 millones en remuneración colectiva cada año.

Estados Unidos paga entre 3 y 4 veces más por los medicamentos recetados que otros países ricos.

Estos hechos no tienen nada de natural, ni fruto del mercado. Son el resultado de que la industria farmacéutica utiliza su poder político para imponer y mantener subsidios, monopolios y múltiples protecciones.

Tampoco es aceptable. No existe ninguna razón legítima para que Estados Unidos pague entre tres y cuatro veces más por los medicamentos que en otros países. Y, desde luego, no hay ninguna razón legítima, ni excusa alguna, para que cuatro de cada diez

estadounidenses racionen los medicamentos que necesitan.

El problema comienza con este hecho fundamental: la financiación gubernamental contribuye a la invención y el desarrollo de prácticamente todos los nuevos fármacos. En 2018, investigadores de la Universidad de Bentley descubrieron que «la financiación de los NIH contribuyó a la investigación publicada relacionada con cada uno de los 210 nuevos fármacos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) entre 2010 y 2016». En conjunto, según sus hallazgos, esta investigación implicó financiación mediante subvenciones, por un total superior a los 100 000 millones de dólares.<sup>7</sup>

Esta financiación gubernamental —que asciende a casi 50 000 millones de dólares anuales, pero que ahora se encuentra en peligro debido a las acciones y el caos generados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos bajo la dirección de Robert F. Kennedy Jr.— es beneficiosa y una fuente de fortaleza para Estados Unidos.

El problema radica en que el gobierno no exige nada a cambio de su generosidad. Bajo la legislación vigente y la práctica de las últimas cuatro décadas, los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) gestionan sus derechos de propiedad con el objetivo de comercializar nuevos fármacos, sin importarles si las compañías farmacéuticas cobrarán precios razonables por los medicamentos desarrollados con fondos públicos.

(En 2024, y renovado en 2025,<sup>9</sup> los NIH dieron un paso modesto para abordar este problema, exigiendo a las empresas que licencian descubrimientos de fármacos de los NIH que presenten «planes de acceso» que detallen cómo se pondrán a disposición del público los productos que licencian en Estados Unidos o en países pobres. Esta nueva política representó un gran avance conceptual, pero en la práctica es probable que tenga un impacto limitado debido a la

debilidad de los criterios para definir el «acceso», la falta de aplicabilidad y su carácter vinculante únicamente a las invenciones desarrolladas por los NIH, no a las desarrolladas en universidades y otros centros con fondos de los NIH.<sup>10</sup>)

Este subsidio incondicional a las grandes farmacéuticas constituye la razón fundamental por la que pueden cobrar precios tan elevados: el gobierno les otorga monopolios.<sup>11</sup> Estos incluyen monopolios de patentes de 20 años para nuevas invenciones —no solo para el fármaco original, sino también para pequeñas modificaciones o métodos de administración—, además de otras exclusividades de comercialización.

La justificación para otorgar monopolios de uso y comercialización es incentivar la investigación y el desarrollo (I+D). La lógica es que las empresas emprenderán investigaciones arriesgadas si saben que serán recompensadas con un monopolio y que sus competidores no podrán beneficiarse gratuitamente de ellas. Sin embargo, el sistema está gravemente desequilibrado y empeora año tras año. En el mejor de los casos, los monopolios son una forma ineficiente de financiar la investigación. Pero hace tiempo que dejamos atrás ese escenario ideal.

Los precios de los medicamentos no guardan relación alguna con los costos reales de I+D. La Oficina de Presupuesto del Congreso concluyó que «el gasto actual en I+D no influye en los precios futuros de los medicamentos que resultan de dicho gasto».<sup>12</sup> Las principales compañías farmacéuticas reciben el 163 % de sus costos globales de I+D solo de los ingresos excedentes generados en Estados Unidos,<sup>13</sup> lo que subraya que estas empresas a menudo obtienen ganancias muy superiores a su gasto en I+D y no necesitan aumentar los precios para mantener sus inversiones en I+D.

De hecho, las compañías farmacéuticas simplemente cobran lo que el mercado está dispuesto a pagar. Y dada la demanda

inelástica de medicamentos importantes y el papel de los terceros pagadores, el mercado soportará precios desorbitados, incluso si eso significa que muchos se quedarán sin ellos.

Una forma de abordar el problema de los precios monopolísticos es limitar el período de monopolio o introducir la competencia de genéricos cuando los monopolistas abusan de su poder. La competencia de genéricos genera enormes reducciones de precios, generalmente del 80 % en pocos años en mercados con muchos vendedores de genéricos. Desafortunadamente, la industria farmacéutica ha podido aprovechar su poder político y legal en las últimas décadas para crear nuevas exclusividades y extenderlas.

Otra forma de abordar los abusos de precios monopolísticos es empoderar a los compradores mayoristas para que utilicen su poder de negociación y reduzcan los precios monopolísticos. Sin embargo, Medicare, el mayor comprador de medicamentos del mundo, tuvo prohibido negociar los precios de los medicamentos desde el inicio del programa Medicare Parte D. Según la Ley de Modernización de Medicare, que creó el beneficio de medicamentos de Medicare, la Parte D de Medicare no puede interferir en las negociaciones entre los fabricantes de medicamentos, las farmacias y los patrocinadores de los planes de la Parte D. Si bien los patrocinadores de los planes de la Parte D de Medicare pueden obtener descuentos sustanciales tanto de los fabricantes de medicamentos como de las farmacias, el programa federal tiene prohibido aprovechar su poder adquisitivo para lograr economías de escala, debido a esta cláusula de no interferencia. El resultado son precios desorbitados para Medicare, casi el doble de los que paga la Administración de Salud para Veteranos, mucho más pequeña, que negocia efectivamente los precios que paga.

Considere cómo todos estos factores se combinan y se exacerban mutuamente en el caso de un solo medicamento, Xtandi (nombre genérico: enzalutamida):

Xtandi es un medicamento para tratar el cáncer de próstata avanzado, comercializado por Astellas y Pfizer. El precio de Xtandi es exorbitante en cualquier caso. En 2020, costaba 129 000 dólares al año, o cerca de 90 dólares por cápsula. El precio de Xtandi es de tres a cinco veces mayor en Estados Unidos que en otros países ricos. En 2020, Astellas y Pfizer ganaron más dinero vendiendo Xtandi en EE. UU. que en el resto del mundo juntos. El año anterior, Medicare gastó más de 1000 millones de dólares en el medicamento antes de los descuentos. Un fabricante canadiense ofreció en una ocasión vender enzalutamida genérica al gobierno estadounidense por 3 dólares la cápsula —una trigésima parte del precio del fabricante original—, pero la oferta fue rechazada.

Muchos pacientes no pueden costear el precio exorbitante. Para un paciente que recibió el tratamiento brevemente, una sola receta le costó 625 dólares de su bolsillo. «Medicamentos como Xtandi obligan a las familias a centrarse en el precio y a preocuparse por él», escribió en una solicitud presentada al Departamento de Salud y Servicios Humanos en 2022. «Por favor, permitan que los pacientes estadounidenses con cáncer de próstata tengan el mismo derecho a acceder a una atención asequible que los pacientes de todo el mundo».<sup>20</sup> El precio para quienes no tienen seguro médico es ahora mucho más alto.

El elevado precio de Xtandi también genera preocupación por la equidad en la salud. Los hombres negros mueren de cáncer de próstata al doble de la tasa que los hombres blancos y podrían tener una necesidad desproporcionada de este medicamento de precio exorbitante.<sup>21</sup>

Xtandi se desarrolló en la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA) con subvenciones del gobierno estadounidense proporcionadas por los Institutos Nacionales de la Salud y el Ejército de los Estados Unidos. Los fondos del gobierno estadounidense también ayudaron a financiar los ensayos clínicos iniciales del medicamento.

En 2016 y 2021, las organizaciones Knowledge Ecology International y Union for Affordable Cancer Treatment, junto con pacientes de cáncer de próstata, solicitaron a los NIH y al Departamento de Defensa que ejercieran sus facultades para que se comercializaran versiones genéricas.<sup>22</sup> Se negaron.<sup>23</sup>

La negociación del medicamento con Medicare permitirá un alivio moderado ante la especulación con el precio de Xtandi. El precio máximo para Medicare en 2027 será de 84 000 dólares anuales, una reducción significativa, pero insuficiente, ya que llega demasiado tarde en el ciclo de vida del medicamento y no está disponible para las aseguradoras privadas.<sup>24</sup>

Este es, lamentablemente, un caso representativo, no excepcional.

En general, las compañías farmacéuticas saben que no pueden usar las mismas tácticas en otros países que están permitidas en Estados Unidos, por lo que su modelo de negocio se basa en explotar a los consumidores y contribuyentes estadounidenses, mientras siguen obteniendo ganancias sustanciales en el extranjero. Tras revisar documentos internos de la compañía, el Comité de Supervisión de la Cámara de Representantes informó que Pfizer “dirigió sus aumentos de precios al mercado estadounidense. Un borrador de presentación interna de Pfizer de 2016 vinculaba explícitamente la rentabilidad global de Pfizer con su capacidad para aumentar los precios en Estados Unidos, señalando que el crecimiento estaba impulsado por ‘aumentos de precios en Estados Unidos’”.<sup>25</sup>

Esta es una situación que exige medidas urgentes. La proporción de pacientes que no pueden costear los medicamentos recetados ha aumentado constantemente en las últimas décadas. La carga que representan las grandes farmacéuticas para el sector salud y la economía nacional ha crecido, de tal manera que el gasto en medicamentos representa casi el 3% del PIB, más del doble

que en otros países. El problema es grave y se agrava rápidamente: entre 2017 y 2022, el precio promedio por unidad de los 50 medicamentos más vendidos en Estados Unidos aumentó más rápidamente que en el resto del mundo.<sup>26</sup>

### **Administración Trump: Retórica contundente, sin resultados**

El presidente Trump ha criticado a las grandes farmacéuticas por sus precios abusivos y ha afirmado, con razón, que Estados Unidos no tiene por qué pagar más que otros países ricos.<sup>27</sup>

Lamentablemente, no ha implementado políticas para remediar esta situación. Sus principales iniciativas sobre precios de medicamentos están rodeadas de secretismo y confusión, y tendrán un efecto nulo o limitado en los precios, o incluso agravarán el problema.

En particular, el presidente Trump denunció la brecha entre los precios de los medicamentos en Estados Unidos y otros países, y negoció una serie de acuerdos con compañías farmacéuticas que supuestamente las obligan a ofrecer a Estados Unidos los precios más bajos que cobran en el extranjero (conocido como precio de "nación más favorecida" o NMF).

Supuestamente para lograr este objetivo, la administración Trump negoció una serie de acuerdos secretos con las farmacéuticas. El secretismo impide determinar si estos acuerdos reducirán algunos precios de medicamentos o si los términos están diseñados para proteger a las grandes farmacéuticas o para que estas puedan manipularlos fácilmente. Public Citizen intentó obtener el texto de estos acuerdos amparándose en la Ley de Libertad de Información y presentó una demanda para exigir su divulgación.<sup>28</sup>

Pero no hay razón para creer que estos acuerdos secretos contengan concesiones de precios significativas. La industria farmacéutica,<sup>29</sup> analistas de Wall Street e

incluso el administrador de los CMS, Dr. Oz,<sup>30</sup> predijeron un impacto financiero mínimo derivado de los acuerdos de Trump con las farmacéuticas.<sup>31</sup> El Dr. Oz sugirió que las compañías farmacéuticas ayudaron a "diseñar un plan que no las perjudique".

En lo que respecta a los precios de "nación más favorecida" ofrecidos a Medicaid, la Administración Trump ha ofrecido poca transparencia, por lo que resulta difícil evaluar el impacto potencial. Sin embargo, Medicaid ya suele obtener el mejor precio para los medicamentos en Estados Unidos, y los beneficiarios de Medicaid pagan costos mínimos o nulos de su propio bolsillo.

Dependiendo de la estructura del acuerdo, es posible que estos convenios aumenten los costos en Estados Unidos. Por ejemplo, una farmacéutica podría evitar costosos descuentos inflacionarios que de otro modo estaría obligada a pagar, como sugieren algunos informes de prensa sobre Eliquis.<sup>32</sup>

Un análisis de las reuniones con inversores del sector muestra que las grandes farmacéuticas no están demasiado preocupadas por los acuerdos de nación más favorecida (NMF). Según un análisis de Richard Frank, de la Brookings Institution, «los directivos de las empresas suelen destacar que los acuerdos son "limitados", "específicos para cada canal" o "de duración limitada"». «Cabe destacar que, en los informes financieros, pocas empresas proporcionan estimaciones precisas del impacto de los acuerdos NMF en los ingresos. ... La falta de ajustes cuantificados significativos podría indicar lo siguiente: o bien los efectos en los ingresos son manejables en relación con las ventas totales, o bien el alcance sigue siendo demasiado incierto para modelarlo con precisión».<sup>33</sup>

El segundo pilar de la política de la administración es la creación de un sitio web de ventas directas al consumidor operado por el gobierno, TrumpRx. Esta es una propuesta estructuralmente deficiente que no reconoce que la mayoría de las personas tienen los costos de los medicamentos cubiertos, al

menos parcialmente, por su seguro. Esta deficiencia estructural se ve agravada por la pésima implementación de TrumpRx, con pocos medicamentos disponibles y la promoción de productos de marca para los que existen alternativas genéricas. De hecho, para la mayoría de las personas, TrumpRx no aliviará el alto costo de los medicamentos; otras podrían ser engañadas y terminar pagando más por sus recetas.

Más del 40% de los medicamentos que figuran en TrumpRx (28 de 69) tienen genéricos ya aprobados por la FDA que se pueden adquirir a un precio menor que los precios con "descuento" de TrumpRx. Para algunos de estos medicamentos, la diferencia puede ascender a cientos de dólares por receta.<sup>34</sup> La mayoría de los productos que figuran en TrumpRx tienen décadas de antigüedad; el tiempo promedio en el mercado de los medicamentos listados es de 20 años. Un producto lleva 84 años en el mercado.<sup>35</sup>

En la gran mayoría de los casos, será más económico para los pacientes con seguro usar su seguro en lugar de TrumpRx. Por lo general, el seguro cubre la mayoría de los medicamentos que aparecen en TrumpRx con bajos costos de bolsillo.<sup>36</sup> Para los pacientes asegurados, usar TrumpRx podría suponer un doble problema: mayores costos de medicamentos y que estos no se contabilicen para los deducibles del seguro ni para los límites máximos de gastos de bolsillo.

TrumpRx afirma ofrecer "los precios más bajos del mundo en medicamentos con receta", pero los precios siguen siendo más altos que en otros países ricos. Las ofertas de inyecciones de Wegovy en TrumpRx comienzan en \$199 para los dos primeros surtidos mensuales de la dosis más baja y luego suben a \$349 por mes; los cupones deben usarse antes de finales de junio de 2026 para obtener esta oferta. Mientras tanto, Wegovy se puede comprar por \$186 en Dinamarca, \$137 en Alemania y \$92 en el Reino Unido. El tratamiento para la artritis

Enbrel de Amgen cuesta casi \$1000 más al mes en TrumpRx que su precio negociado con Medicare para 2026.

El tercer pilar de la política de precios de medicamentos de la administración ha sido socavar las negociaciones de precios a través de Medicare. El proyecto de ley de conciliación fiscal y presupuestaria incluyó una cláusula para eximir y retrasar las negociaciones de medicamentos que, de otro modo, habrían sido seleccionados para negociación este año, como Keytruda, Darzalex y Opdivo. Se prevé que estas exenciones reduzcan los ahorros del programa de negociación en 8.800 millones de dólares o más,<sup>37</sup> lo que afectará directamente a los pacientes con cáncer y a los contribuyentes, quienes pagarán más por los tratamientos oncológicos. Merck ya ha ganado más de 160.000 millones de dólares con la venta del medicamento contra el cáncer Keytruda desde su lanzamiento en 2014;<sup>38</sup> ya es hora de que los pacientes y los contribuyentes obtengan algún alivio en los precios.

El presidente Trump también propuso debilitar aún más las negociaciones de precios de medicamentos de Medicare, prohibiendo las negociaciones sobre todos los medicamentos hasta al menos 11 años después de su aprobación inicial por la FDA. Esto significa que Medicare y sus beneficiarios no tendrían acceso a precios negociados durante al menos 13 años. Esto excluiría de facto a muchos de estos medicamentos de las negociaciones por completo, o reduciría el período en que los pacientes tienen acceso a precios negociados más bajos a solo uno o dos años antes de que los genéricos entren al mercado, lo que atenuaría el impacto de la ley y podría costar a las personas mayores y a Medicare decenas de miles de millones de dólares adicionales cada año.

Finalmente, el presidente Trump presionó a otros países para que aumentaran los precios de sus medicamentos, basándose en la errónea teoría de que precios más altos en el extranjero conducirían a precios más bajos en

Estados Unidos. En realidad, precios más altos en el extranjero simplemente generarán mayores ganancias para las grandes farmacéuticas, así como un menor acceso a los medicamentos en esos países.

Las grandes farmacéuticas actúan racionalmente en el mercado mundial: cobran los precios más altos que pueden en cada mercado. Como señala la Oficina de Presupuesto del Congreso, «los fabricantes maximizan sus ingresos globales al fijar precios diferentes en distintos segmentos de mercado, según las características de la demanda de cada segmento. Estas características reflejan diferencias tanto en la disposición a pagar de los compradores como en las regulaciones que afectan los precios en los diversos mercados. Las diferencias en los precios de los medicamentos pagados en distintos países reflejan, en parte, esta segmentación del mercado, al igual que las diferencias en los precios pagados por los distintos compradores dentro de Estados Unidos».<sup>42</sup>

Los precios de los medicamentos son más bajos en otros países que en Estados Unidos porque esos países cuentan con sistemas para moderar los precios monopolísticos excesivos de las compañías farmacéuticas. Los mejores acuerdos logrados por otros países no se «subsidian» mediante precios más altos en Estados Unidos; las compañías farmacéuticas no se dedican a vender sus productos con pérdidas, salvo en el caso de programas humanitarios ocasionales. Además, como ya se ha comentado, la fijación de precios de los medicamentos está desvinculada de los costos de I+D, y los ingresos de las compañías farmacéuticas son mucho mayores de lo necesario para financiar las actividades de I+D.

### **Aprovechar las fuerzas del mercado para frenar la especulación de las grandes farmacéuticas**

Nuestro sistema de precios farmacéuticos necesita una reforma integral. No hay justificación alguna para que Estados Unidos, un país que invierte tanto dinero público en

investigación biomédica y cuyos fondos públicos son vitales para el desarrollo privado de medicamentos, pague tres o cuatro veces más por los medicamentos que otros países. Es indignante, tanto para la salud pública como desde el punto de vista moral, que en el país más rico del mundo, más del 40% de los adultos racionen sus medicamentos por su elevado precio.

Una mayor competencia puede solucionar estos problemas. Sin embargo, debido a la gravedad de los mismos y a las fallas del mercado tan generalizadas, las medidas moderadas no serán suficientes. Esto se debe, en parte, a que los medicamentos son tan caros que las reducciones de precio modestas no modificarán sustancialmente la inaccesibilidad de los fármacos para muchos consumidores y aseguradoras. Aún más importante, se debe a que las grandes farmacéuticas pueden compensar las limitaciones moderadas a abusos específicos de precios intensificándolos en otras áreas. Se necesitan enfoques enérgicos.

Existen múltiples vías posibles basadas en el mercado para abordar los precios excesivos de los medicamentos. El estándar básico debería ser que Estados Unidos no pague más que otros países ricos. Y el enfoque fundamental debería ser utilizar herramientas de mercado para reducir los precios si las compañías farmacéuticas abusan de su poder monopólico para cobrar precios abusivos a los consumidores estadounidenses.

Este es el enfoque empleado por la Ley de Alivio de Precios de Medicamentos Recetados de 2025, S. 1818. En resumen, esta ley autorizaría la competencia de medicamentos genéricos para aquellos fármacos cuyos fabricantes cobren más en Estados Unidos que en otros países ricos. La introducción de la competencia de genéricos reducirá los precios a un nivel asequible.

Investigadores de la Universidad de Yale proyectan ahorros masivos con este enfoque: un ahorro nacional total de al menos 184 mil millones de dólares. Su análisis concluye que los ahorros totales serían de un 51 % en

reducciones de precios para las aseguradoras privadas (un total de 82.200 millones de dólares), un 62 % para Medicare (70.500 millones de dólares) y un 35 % para Medicaid (12.900 millones de dólares). Según un estudio de Yale, el gasto de bolsillo de los pacientes se reduciría en un 40 %.<sup>43</sup>

La Ley de Alivio de Precios de Medicamentos Recetados es un enfoque sencillo y directo, pero también cuidadoso y matizado. Dos aspectos en particular merecen ser destacados. En primer lugar, la Ley exigiría el pago de regalías razonables al fabricante original. La concesión de licencias es habitual en la industria y la Ley toma como base la tasa promedio de regalías del sector. Este pago garantizará la equidad para el fabricante original y sus esfuerzos por desarrollar y comercializar el medicamento, además de asegurar una compensación justa en consonancia con los estándares constitucionales en materia de expropiaciones.

En segundo lugar, la Ley otorga al Secretario de Salud y Servicios Humanos la facultad discrecional de fijar regalías en función de diversos factores, como el valor del medicamento para los pacientes; el tamaño de la población afectada; la cantidad de subsidios federales para su desarrollo; los beneficios clínicos del medicamento en comparación con las terapias existentes; y los ingresos obtenidos por el fabricante, en relación con los costos reales de desarrollo. Estos factores permitirán al Secretario, según corresponda, ajustar la tasa de regalías para reflejar las circunstancias particulares. Por ejemplo, en el caso de un tratamiento importante, costoso de desarrollar, para una enfermedad que afecta a una población pequeña, el Secretario podría fijar una regalía más alta. O, por el contrario, si una empresa dependió en gran medida del apoyo público, contribuyó modestamente a los gastos de investigación y desarrollo y ya ha generado ingresos sustanciales, el Secretario podría fijar una tasa de regalías inferior a la base.

Otro enfoque para lograr el mismo objetivo que la Ley de Alivio de Precios de

Medicamentos Recetados sería aprovechar los éxitos de las disposiciones de negociación de medicamentos de Medicare. Los elementos de este enfoque serían:

Establecer el precio medio pagado en otros países como el precio justo presunto.

Eliminar el período de demora para la negociación, de modo que las negociaciones de Medicare comiencen inmediatamente después del lanzamiento al mercado.

Ampliar la negociación de Medicare para que cubra todos los medicamentos, tal como se hace con la Administración de Salud para Veteranos.

Poner el precio negociado de Medicare a disposición de todos los pagadores, incluyendo a las personas sin seguro.

Incluso con reformas drásticas para reducir los precios, como las que podrían lograrse con la Ley de Alivio de Precios de Medicamentos Recetados o la ampliación de las negociaciones de precios de Medicare, los gastos acumulados serán insostenibles para muchas personas. Complementando el esfuerzo por reducir los precios, debería extenderse el límite de \$2000 de gastos de bolsillo de Medicare al mercado de seguros privados.

### **La urgente necesidad de medidas contundentes**

Los estadounidenses están tan unidos como en cualquier otro tema en exigir medidas contundentes para combatir la especulación de precios de la industria farmacéutica. Más del 80%, incluyendo el 89% de los votantes republicanos, afirma que las ganancias excesivas de la industria farmacéutica son un factor determinante en el costo desorbitado

de los medicamentos. Casi el 90% de los estadounidenses desea una competencia más rápida por los medicamentos genéricos. Existe un apoyo similar para fortalecer la negociación de precios de Medicare.<sup>44</sup>

El apoyo abrumador a medidas enérgicas para acabar con la especulación de precios de la industria farmacéutica refleja la experiencia de la gente al racionar los medicamentos que necesitan o verse obligados a pagar más de lo que pueden permitirse. También refleja la conciencia generalizada de que los medicamentos recetados son más baratos, mucho más baratos, en otros países.

Los estadounidenses tienen motivos de sobra para estar indignados. Es nuestro dinero el que financia el desarrollo de medicamentos. Es nuestro gobierno el que otorga los monopolios que la industria farmacéutica explota. Somos todos nosotros, como consumidores y contribuyentes, quienes nos vemos obligados a pagar los precios abusivos de la industria farmacéutica.

Las herramientas de mercado, aplicadas con decisión, pueden marcar la diferencia. Responder a la especulación de precios insistiendo en que no pagaremos más que otros países ricos y promoviendo la competencia de los medicamentos genéricos, como lo hace la Ley de Alivio de Precios de Medicamentos Recetados, o aprovechando el poder de Medicare como comprador, puede generar ahorros nacionales drásticos: 184 mil millones de dólares anuales, y en aumento.

La cuestión no es cómo rediseñar un sistema defectuoso que beneficia a las grandes farmacéuticas a costa del resto de nosotros. Sabemos cómo hacerlo. La cuestión es si el Congreso y el Poder Ejecutivo tienen la voluntad política para hacerlo.



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



### Anticuerpos monoclonales dirigidos a la beta-amiloide para personas con deterioro cognitivo leve o demencia leve debido a la enfermedad de Alzheimer

Francesco Nonino. *Cochrane Library*. 16 de abril de 2026

<https://www.cochranelibrary.com/web/cochrane/content?templateType=full&urlTitle=%2Fcdsr%2Fdoi%2F10.1002%2F14651858.CD016297&doi=10.1002%2F14651858.CD016297&type=cdsr&contentLanguage=>

El informe Cochrane revisó los datos de 17 ensayos clínicos sobre la utilización de siete anticuerpos monoclonales anti-amiloide (lecanemab y donanemab) en 20.342 pacientes con deterioro cognitivo leve o demencia leve por enfermedad de Alzheimer. Los resultados obtenidos concluyen que los efectos sobre el deterioro cognitivo y la evolución de la demencia son prácticamente inexistentes.

Su autor principal Francesco Nonino, neurólogo epidemiólogo del Instituto de ciencias neurológicas de Bolonia afirma: “por desgracia, la evidencia apunta a que estos medicamentos no suponen una diferencia significativa para los pacientes”. Además, la revisión señala las complicaciones secundarias de estos medicamentos con riesgos graves de inflamación, y hemorragia cerebral.

El equipo de investigadores concluye que las terapias anti-amiloide no son útiles, puesto que la eliminación de los depósitos de amiloide no lleva asociado ningún beneficio clínico.

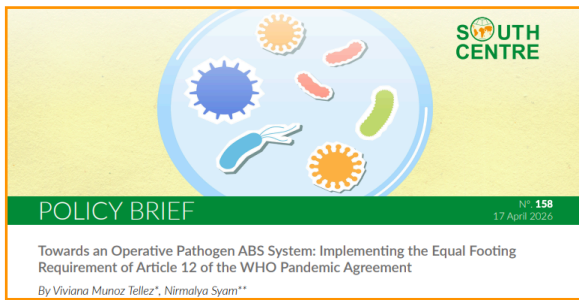
Estos tratamientos habían sido ya cuestionados por varios expertos, pero la presión de la industria farmacéutica y de las asociaciones de pacientes llevó finalmente a su autorización, después de varias negativas. Su elevado precio más de 25.000 € al año y por lo tanto el importante beneficio para las empresas farmacéuticas fabricantes ha llevado a importantes maniobras para conseguir su autorización.



### Encrucijada del Sistema Nacional de Salud

*Boletín Informativo de Salud Pública*, 13 de abril de 2026. ( Conferencia impartida el 8 de abril 2026 en el ciclo organizado por la Asociación de Vecinos de Barrio, Polígono San Antón de Albacete). <http://www.bolinf.es/wp/encrucijada-del-sistema-nacional-de-salud>

Fernando Lamata en esta intervención describe con precisión los problemas a los que se enfrenta el Sistema Nacional de Salud y propone las acciones imprescindibles para conseguir su supervivencia y el reforzamiento de su papel como instrumento indispensable para conseguir una atención sanitaria para todos y todas las ciudadanas de este país.



## Hacia un sistema operativo de acceso y participación en patógenos: Implementación del requisito de igualdad de trato del artículo 12 del Acuerdo de la OMS sobre pandemias

Viviana Munoz Tellez, Nirmalya Syam, **South Centre. Policy Brief.**

[https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2026/04/PB158\\_Towards-an-Operative-Pathogen-ABS-System-Implementing-the-Equal-Footing-Requirement-of-Article-12-of-the-WHO-Pandemic-Agreement\\_EN.pdf](https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2026/04/PB158_Towards-an-Operative-Pathogen-ABS-System-Implementing-the-Equal-Footing-Requirement-of-Article-12-of-the-WHO-Pandemic-Agreement_EN.pdf)

Informe de Viviana Munoz, donde analiza el proceso de negociaciones multilaterales sobre el sistema de acceso a patógenos y de intercambio de beneficios (PABS). Este proceso está sufriendo un notable periodo de estancamiento. De acuerdo con lo previsto en el acuerdo de pandemia, el sistema PABS debía asegurar un intercambio rápido de materiales y de secuencias asegurando un reparto justo y equitativo de los beneficios que surgieran de su utilización.

Sin embargo, los países ricos intentan imponer acuerdos favorables para sus industrias farmacéuticas en detrimento de los derechos de los países de bajos y medianos ingresos.

El informe de Centro Sur describe muy bien el papel que han desempeñado cada uno de los actores en las dificultades para intentar conseguir que se apruebe el anexo PABS previsto dentro de acuerdo de pandemia.

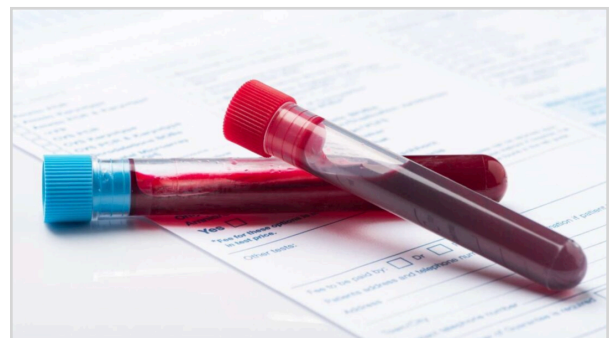


## Aceleración de la acción para la preparación para la pandemia en 2026: Declaración conjunta de IPPS, CEPI, FIND y DNDi

**IPPS**, 2 de abril de 2026.

<https://ippsecretariat.org/news/accelerating-action-for-pandemic-preparedness-in-2026-joint-statement-by-ipp-cep-nd-and-dndi/>

Cuatro Organizaciones firmantes: International Pandemic Preparedness Secretariat (IPPS), Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI), Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND) and Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi) dentro del esquema de trabajo de la Misión de los 100 Días (100DM) han puesto de manifiesto su compromiso de disminuir el impacto de futuras amenazas a la salud global mediante el descubrimiento, desarrollo y la entrega de diagnósticos dentro de los primeros 100 días de la aparición de un nuevo brote. Estas organizaciones se dirigen a los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud llamando su atención sobre la exigencia en 2026, para los estados miembros de establecer las medidas necesarias para reforzar la preparación ante amenazas a la salud mundial, regional y nacional.



SOUTHVIEWS NO. 308

[@SOUTH CENTRE](http://WWW.SOUTHCENTRE.INT)

30 April 2026

Evidence of Partnerships in the Cuban Pharmaceutical Sector

By Graziela Ferrero Zucoloto



This article analyzes the pharmaceutical partnership agreements of Cuban institutions. It identifies various partnerships with national and foreign firms that spanned 17 countries, with several developed nations appearing as recipients of Cuban technologies, and with Cuban institutions acting as the primary technology holder and licensor in the majority of agreements identified. These findings suggest that Cuba's state-directed pharmaceutical model has produced an active, innovation-generating sector, with potential lessons for other countries, including Brazil, that maintain public pharmaceutical laboratories.

*Cet article analyse les accords de partenariat pharmaceutique conclus par des institutions cubaines. Il recense divers partenariats avec des entreprises nationales et étrangères réparties dans 17 pays, dont plusieurs pays développés apparaissent comme bénéficiaires des technologies cubaines, les institutions cubaines agissant en tant que principal détenteur de technologies et concédant de licence dans la majorité des accords recensés. Ces résultats suggèrent que le modèle pharmaceutique cubain, dirigé par l'État, a donné naissance à un secteur dynamique et générateur d'innovation, dont d'autres pays, notamment le Brésil, qui disposent de laboratoires pharmaceutiques publics, pourraient tirer des enseignements.*

*Este artículo analiza los acuerdos de asociación farmacéutica de las instituciones cubanas. Identifica diversas alianzas con empresas nacionales y extranjeras de 17 países, con varios países desarrollados que aparecen como receptores de tecnologías cubanas, y con instituciones cubanas actuando como principales titulares de tecnología y otorgantes de licencias en la mayoría de los acuerdos. Estos resultados sugieren que el modelo farmacéutico dirigido por el Estado en Cuba ha generado un sector activo e innovador, lo que puede servir de ejemplo para otros países, incluido Brasil, que mantienen laboratorios farmacéuticos públicos.*

本文分析了古巴各机构的医药合作协议。研究发现，这些协议涵盖了与古巴国内外企业建立了多种合作关系，涉及17个国家；其中，若干发达国家成为古巴技术的接收方；在已识别的大多数协议中，古巴的机构均作为主要技术持有方和许可方。这些研究结果表明，古巴的国家主导型制药模式已培育出一个充满活力、富有创新力的行业，这对包括巴西在内的其他拥有公共制药实验室的国家具有借鉴意义。



## Evidencia de asociaciones de partenariado en el Sector farmacéutico cubano

Graziela Ferrero Zucoloto. *South Views* N° 308. 30 April 2026

[https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2026/04/SV308\\_260430.pdf](https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2026/04/SV308_260430.pdf)

Hemos pensado que recoger este Informe en las páginas de AJM podía ser una forma de reconocimiento a una Cuba que está sufriendo una vez más las consecuencias de un bloqueo inaceptable.

En el documento se analizan los acuerdos de asociación farmacéutica de las instituciones cubanas con empresas nacionales y extranjeras de 17 países. Efectivamente, dentro de estos acuerdos se encuentran varios países desarrollados como receptores de tecnologías cubanas, y de licencias,

Como destaca el informe, estos resultados sugieren que: “el modelo farmacéutico dirigido por el Estado en Cuba ha generado un sector activo innovador, que puede servir de ejemplo para otros países, incluido Brasil, que mantienen laboratorios farmacéuticos públicos”.

Department of Health and Human Services  
Office of Inspector General

Office of Evaluation and Inspections



ISSUE BRIEF

March 2026 | OEI-02-23-00201

Nursing Homes Inappropriately Diagnosed Residents with Schizophrenia to Mask the Misuse of Antipsychotic Drugs

## Hogares de ancianos diagnostican a los residentes de Esquizofrenia de forma inapropiada para enmascarar el uso de antipsicóticos

**Office of Inspector General (OIG)**

Department of Health and Human Services. March 2026 | OEI-02-23-00201.

<https://oig.hhs.gov/documents/evaluation/11548/OEI-02-23-00201.pdf>

Este documento tiene interés porque revela como puede utilizarse la medicación como un instrumento para conseguir mayor retribución. La OIG realizó 40 inspecciones de hogares de ancianos encontrando cómo se diagnosticaba de forma inapropiada a residentes con el diagnóstico de esquizofrenia. Este diagnóstico servía a los centros para justificar la prescripción de antipsicóticos y de esta manera conseguir elevar su calificación retributiva.

Esta actuación falta de ética y que podemos considerar elictiva pudo causar daño grave a los residentes

(Existe desde hace tiempo en nuestro país, una cierta intranquilidad con la utilización de diferentes tipos de medicamentos psiquiátricos en las residencias de personas mayores que se utilizan como forma de sujeción química de los residentes ante la falta del personal adecuado para el cuidado. Un problema que sin duda merece un análisis y revisión profunda).

**Our 10 questions:**

Dear Secretary of State,

We have a significant range of concerns about existing health policy – far more than can be covered in a 30 minute meeting. We therefore ask that you respond to each of the questions below in writing within a month.

Many thanks,

Just Treatment

- 1 Will you commit to an **injection of £500m additional funding per year** into community social care to free up the 8000 hospital beds needed to end corridor care?
- 2 Will you commit to **increasing the number of NHS owned and operated beds** across the country to the OECD average, and publish data setting out the resources needed to get the UK up to 4.6 beds per 1,000 of the population by 2030?
- 3 Will you ensure that the role that corporate business practices and models across the economy are playing in fuelling the youth mental health crisis **is a focus of the ongoing reviews** led by Alan Milburn and Stephen Timms?
- 4 Will you **exercise the break clause in Palantir's NHS contract** and give a date by which this decision will be made public? In addition, will you rule out awarding the Single Patient Record contract to Palantir?
- 5 Will you commit to taking powers which enable you to put **a cap on private healthcare profits**, akin to what's being introduced in children's social care? In addition, will you commit to not awarding NHS contracts to companies registered abroad who pay no tax in the UK?

Continued on the next page...

**just TREATMENT**

**Wes Streeting Post**

**Just Treatment.** 28 de abril de 2026.  
<https://justtreatment.org/s/WES-STREETING-MEETING-DEMANDS-2.pdf>

Just Treatment recoge las preguntas y planteamientos de los pacientes que han visto afectadas sus vidas por la crisis del NHS. Finalmente se han reunido con el secretario de Salud del Reino Unido (eso sí, después de casi un año de espera) para plantearle las 10 preguntas que podemos leer en el texto de la interpelación.



**Carta de Grupos y Expertos: Apoyo a la Ley ÉTHIC**

**Public Citizen.** 14 de abril de 2026.  
<https://www.citizen.org/wp-content/uploads/ETHIC-Act-support-letter-April-2026.pdf>

Una coalición de organizaciones de consumidores, pacientes, proveedores de atención médica y expertos académicos ha dirigido una carta al Congreso de los Estados Unidos para aprobar la Ley ETHIC (Eliminating Thickets to Increase Competition Act).

Esta propuesta intenta limitar las "marañas de patentes" (patent thickets) que utilizan las compañías farmacéuticas para extender los monopolios sobre los medicamentos y así

April 14, 2026

The Honorable Jim Jordan Chairman Committee on the Judiciary U.S. House of Representatives Washington, D.C. 20515	The Honorable Jamie Raskin Ranking Member Committee on the Judiciary U.S. House of Representatives Washington, D.C. 20515
---	---

Dear Chairman Jordan, Ranking Member Raskin and members of the Committee on the Judiciary,

**On behalf of organizations representing consumers, patients, health care providers, and academic experts in pharmaceutical policy and patent law, we urge you to mark up and advance favorably the ETHIC Act (H.R.3269).**

More than 4 in 10 U.S. adults report rationing medicine due to cost.<sup>1</sup> High drug costs are driven by prescription drug companies' monopoly pricing power, derived from government-granted patents. Many of these companies have adopted a well-worn strategy of using legal tricks to strengthen and lengthen patent monopolies, allowing them to charge higher prices for longer by delaying generic and biosimilar competition. One way they employ this strategy is through patent thickening.



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

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

# *Lucha continua por la libertad del pueblo de Cuba y de la humanidad*

## **Nicolás Guillén**

Cuba ha sido siempre un ejemplo de cómo un país con recursos escasos, sometido a un bloqueo económico inhumano e injusto, es, sin embargo, capaz de proporcionar a su ciudadanía un sistema sanitario de carácter público, universal y gratuito. Un sistema de salud centrado en la prevención y la Atención Primaria como ejes fundamentales para proporcionar una atención sanitaria de calidad. Un sistema sanitario capaz de desarrollar la investigación necesaria para llegar a una vacuna propia para la COVID-19, la vacuna Soberana como soberano, es el pueblo de Cuba.

Pero además, es necesario poner de relieve su actitud generosa y solidaria a través del principio de solidaridad internacional, con todas aquellas situaciones de graves epidemias y desastres que han llevado a la sanidad cubana, a sus profesionales sanitarios, a desplazarse por ejemplo, a países de África occidental, como Sierra Leona, Liberia y Guinea Conakry, para apoyar a la Organización Mundial de la Salud en su lucha contra el ébola en 2014.

Hoy Cuba, el pueblo cubano, sufre un bloqueo económico, aún más injusto e intenso y además, se enfrenta a un lenguaje imperialista, brutal y amenazante del gobierno Trump. Queremos expresar nuestra solidaridad en estas páginas con el pueblo de Cuba con la figura de su poeta por excelencia Nicolás Guillén.

Nicolás **Guillén Batista** ([Camagüey](#), 10 de julio de 1902-[La Habana](#), 16 de julio de 1989) desarrolló una vida apasionante en sus facetas de poeta, periodista y ciudadano comprometido con una vida política plena de entusiasmo para conseguir la libertad y el bienestar para el pueblo cubano

De su amplia y profunda obra poética, queremos recoger hoy aquí (lamentablemente nuestro espacio no nos permite más) dos poemas:

## Tengo

Cuando me veo y toco,  
yo, Juan sin Nada no más ayer,  
y hoy Juan con Todo,  
y hoy con todo,  
vuelvo los ojos, miro,  
me veo y toco  
y me pregunto cómo ha podido ser.

Tengo, vamos a ver,  
tengo el gusto de andar por mi país,  
dueño de cuanto hay en él,  
mirando bien de cerca lo que antes  
no tuve ni podía tener.  
Zafra puedo decir,  
monte puedo decir,  
ciudad puedo decir,  
ejército decir,  
ya míos para siempre y tuyos,  
nuestros,  
y un ancho resplandor  
de rayo, estrella, flor.

Tengo, vamos a ver,  
tengo el gusto de ir  
yo, campesino, obrero, gente  
simple,  
tengo el gusto de ir  
(es un ejemplo)  
a un banco y hablar con el  
administrador,  
no en inglés,  
no en señor,  
sino decirle compañero como se  
dice en español.

Tengo, vamos a ver,  
que siendo un negro  
nadie me puede detener  
a la puerta de un dancíng o de un  
bar.  
O bien en la carpeta de un hotel  
gritarme que no hay pieza,  
una mínima pieza y no una pieza  
colosal,  
una pequeña pieza donde yo pueda  
descansar.

Tengo, vamos a ver,  
que no hay guardia rural  
que me agarre y me encierre en un  
cuartel,  
ni me arranque y me arroje de mi  
tierra  
al medio del camino real.  
Tengo que como tengo la tierra  
tengo el mar,  
no country,  
no jailáif,  
no tenis y no yacht,  
sino de playa en playa y ola en ola,  
gigante azul abierto democrático:  
en fin, el mar.

Tengo, vamos a ver,  
que ya aprendí a leer,  
a contar,  
tengo que ya aprendí a escribir  
y a pensar  
y a reír.  
Tengo que ya tengo  
donde trabajar  
y ganar  
lo que me tengo que comer.  
Tengo, vamos a ver,  
tengo lo que tenía que tener.



## Sudor y látigo

Látigo,  
sudor y látigo.

El sol despertó temprano  
y encontró al negro descalzo,  
desnudo el cuerpo llagado,  
sobre el campo.

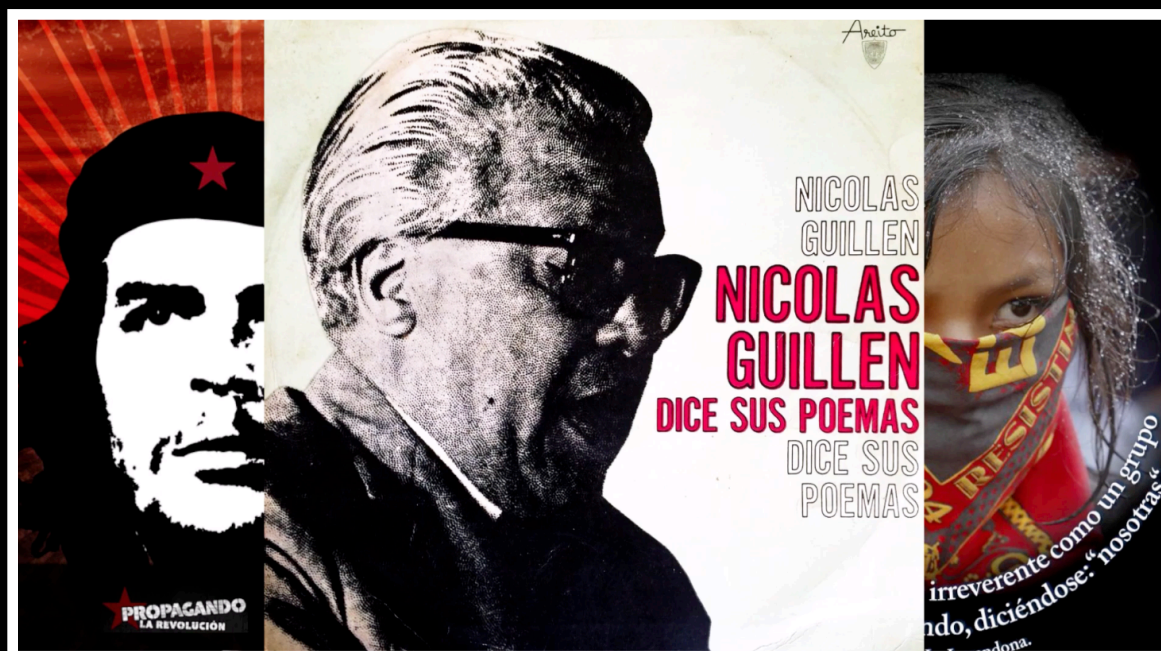
Látigo,  
sudor y látigo.

El viento pasó gritando:  
- ¡Qué flor negra en cada mano!  
La sangre le dijo: ¡vamos!  
Él dijo a la sangre: ¡vamos!  
Partió en su sangre, descalzo.

El cañaveral, temblando,  
le abrió paso.

Después, el cielo callado,  
y bajo el cielo, el esclavo  
tinto en la sangre del amo.

Látigo,  
sudor y látigo,  
tinto en la sangre del amo;  
látigo,  
sudor y látigo;  
tinto en la sangre del amo,  
tinto en la sangre del amo



Es muy recomendable escuchar su voz en el enlace siguiente:

“Nicolás Guillén dice sus poemas “

<https://youtu.be/W5vkk1meAf0>

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