

Nº. 48
MAYO 2026

✕ @AsocAJM
✕ @AjmRevi

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

ACCESO JUSTO REVISTA AL MEDICAMENTO

AAJM

<http://accesojustomedicamento.org>

ISSN 2697-1712

POLÍTICA REGRESIVA DEL MINISTERIO DE SANIDAD

Francesc Puigventós:
“La opacidad de
precios reales de
adquisición para el
SNS y la
confidencialidad de
los costes de
producción, desarrollo
e inversión pública,
impiden a los
ciudadanos y a la
sociedad valorar las
decisiones de la
administración para
definir el
posicionamiento
terapéutico de los
medicamentos”

William Blake, “El fantasma de la pulga” (1819-1820). Colección Tate Britain, National Gallery de Londres.

SUMARIO

EDITORIAL

- (4) ¿De todos y para todos? Eso será si de verdad lo queremos. Luis Montiel.

ORIGINALES

- (10) En el Alzheimer falta ciencia y sobra propaganda sobre nuevos medicamentos. Juan Gervas y Mercedes Pérez-Fernández.
- (16) La política farmacéutica de Trump y su modelo de nación más favorecida (MNF). Ramón Gálvez Zaloña.
- (23) Transparencia sobre el precio de los medicamentos financiados por la sanidad pública. Francesc Puigventós.
- (33) Colectivos en Lucha por la Sanidad Pública.

OTRAS FUENTES

- (36) La trampa de la innovación: cómo la industria farmacéutica instrumentaliza una palabra para extender monopolios. Tahir Amin y Rohit Malpani.

- (40) Colombia obtiene fallo favorable en el Tribunal Andino por la licencia obligatoria del dolutegravir — pero la batalla jurídica interna continua. GH Corp Medicinas para la gente Latinoamérica. Acción internacional para la salud (AIS Perú).

- (43) Big Pharma está chantajeando al NHS. Nick Dearden.

- (46) Salud por Derecho considera insuficiente el nuevo Real Decreto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Salud por Derecho.

INFORMES Y DOCUMENTOS

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

MALDIGO LA POESÍA...

- (52) Desde el Festival de Cannes 2026 en homenaje a Federico García Lorca. Antonio Machado, Rafael Alberti, Miguel Hernández. Recuperación de los “Javis”

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

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

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

ISSN: 2697 - 1712

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

Correspondencia: comisionredaccionaajm@gmail.com

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

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

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

N° 48. MAYO 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](#)

N° 48 MAYO 2026
REVISTA
ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO
AAJM
<http://laaccesojustomedicamento.org>
ISSN 2697-1712

POLÍTICA REGRESIVA DEL MINISTERIO DE SANIDAD

Francisco Puigventos: "La opacidad de prácticas reales de adquisición para el SNS y la confidencialidad de los costes de producción, desarrollo e inversión pública, impiden a los ciudadanos y a la sociedad valorar las decisiones de la administración para definir el posicionamiento terapéutico de los medicamentos"

SUMARIO

- EDITORIAL
 - 04 ¿De quién y para todo? Eso será si de verdad lo queremos Luis Berzal
- ORIGINALES
 - 07 Es el Adhesev (sólo viene y sólo irrogará) sobre nuevos medicamentos, José Giron y Mercedes Pérez Fernández
 - 10 La política farmacológica de Trump y su modo de reunir una farmacovigilancia (FV), Ramon Gálvez Zaloña
 - 12, Temperatura sobre el precio de los medicamentos financiados por la sanidad pública, Francisco Puigventos
 - 20 Cuadernos en la cultura de la sanidad pública
- OTRAS FUENTES
 - 06 La historia de la innovación sobre la industria farmacéutica internacionalista una opción para volver innovadora, Taki Azen y Ruth Mayan
- 08 Correlación entre la financiación de el Tribunal Andino por la sanidad pública del medicamento – por la sanidad pública entre centros, SSI Codo, Medicines para la gente Latinoamericana, Acción Internacional para la salud (AIS Paris)
- 09 Big Pharma está obstruyendo al SNS, Nica Oscares
- 09 Salud por Derecho: consideramos realidades de acceso Real Decreto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Salud por Derecho
- 09 Informes y documentos seleccionados por la Comisión de Redacción
- 09 Sobre el Festival de Cannes, 2026 en homenaje a Federico García Lorca, Antonio Machado, Rafael Alberti, Miguel Hernández, Recuperación de los "Sueños"



● **La Comisión Europea (CE) ha aprobado un límite máximo arancelario del 15% para la mayoría de las exportaciones de la UE a EE.UU. Esta norma corresponde a la obligación de desbloquear el acuerdo político del pacto comercial entre Úrsula Von der Leyen y Donald Trump.**

La norma se someterá a votación en la sesión plenaria de junio (del 15 al 18 de junio) y posteriormente en el Consejo para su aprobación. En la norma se incluyen los productos farmacéuticos.

¿Cuál ha sido la reacción de la industria farmacéutica europea?

Ya en agosto de 2025, la patronal de la industria farmacéutica innovadora en Europa (EFPIA) declaró su desacuerdo con el Acuerdo Marco Conjunto entre la Comisión Europea y Estados Unidos, ahora desbloqueado, que incluye la imposición de un arancel del 15 % sobre los productos farmacéuticos. Estiman que la repercusión del coste de los aranceles del 15% sobre las exportaciones farmacéuticas europeas a EE.UU. alcanzará los 18.000 millones de euros y avisaban a la UE: "Instamos a la UE y a los Estados miembros a garantizar exenciones para medicamentos innovadores a fin de proteger a los pacientes y garantizar la competitividad de la industria farmacéutica de la UE".

En un artículo de El economista.es, desde la perspectiva de la industria farmacéutica, exponían las dificultades a corto plazo, de las farmacéuticas europeas. En un texto de esclarecedora lectura explicaban: "afroitan un escenario especialmente delicado: **sus ingresos están fuertemente condicionados por acuerdos de precios de largo plazo con los sistemas nacionales de salud, lo que limita su capacidad de trasladar el coste de los aranceles al**

precio final de los medicamentos. Esto significa que muchas compañías deberán absorber el impacto en sus márgenes, comprometiendo recursos que habitualmente se destinan a investigación y desarrollo".

Un final de texto con el lenguaje habitual de la BigPharma. Evidentemente no plantean la necesidad de moderar, aunque fuera débilmente, sus enormes beneficios.

<https://es.euronews.com/my-europe/2026/05/20/la-ue-aprueba-un-acuerdo-comercial-con-eeuu-pese-a-la-incertidumbre-transatlantica>

<https://www.economista.es/economia/noticias/13513399/08/25/el-acuerdo-de-aranceles-con-eeuu-costara-18000-millones-a-la-industria-farmacéutica-europea.html>

● **Tahir Amin, ha publicado en mayo en EE.UU. su último libro: "Pharma Monopoly: The Battle for the Future of Medicines"** (coautor con Rohit Malpani) Amín, bien conocido y, apreciado por los lectores de AJM es fundador de Iniciativa para Medicamentos, Acceso y Conocimiento (I-MAK), organización sin fines de lucro que trabaja para abordar las desigualdades en el desarrollo y distribución los medicamentos.

En una entrevista con motivo de la presentación del libro Tahir Amín afirmaba: "Lo que vimos jugar durante la COVID fue realmente un sistema de apartheid, que no solo sucede con medicamentos que no llegan a la gente en el Sur Global, sino que en realidad también sucede aquí en los Estados Unidos e incluso en Europa, en los países más ricos, donde muchas personas no pueden pagar sus medicamentos."

Y continúa señalando como durante la pandemia de COVID había una cantidad enorme de gente que no recibió ni siquiera una dosis, aproximadamente 2.200 millones de personas en el momento en que se anunció oficial del fin de la pandemia.

La lectura del libro será sin duda apasionante. (En esta revista incluimos un artículo excelente del autor) www.politybooks.com mayo 2026.

EDITORIAL

¿De todos y para todos? Eso será si de verdad lo queremos



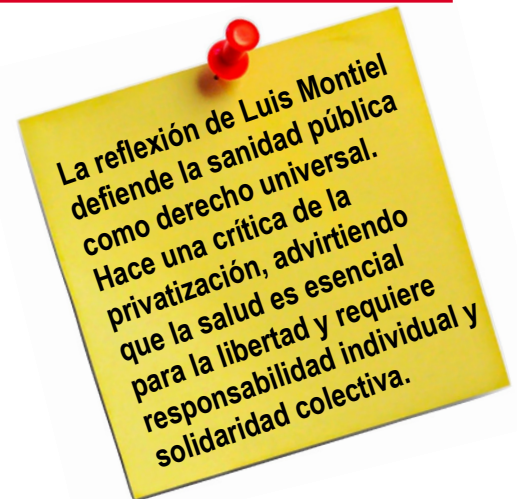
Luis Montiel.

Catedrático jubilado de Historia de la Ciencia.

*El rasgo distintivo de un individuo saludable es que le afecte la infelicidad general (T. Adorno, *Mínima moralía*)*

La validez de una proclama

“Sanidad pública: de todos, para todos” es un lema que desde hace años se repite en las Mareas blancas y, en general, en casi cualquier manifestación ciudadana en defensa de una sanidad verdaderamente universal; pero me temo que, como tantas otras demandas, no representa realmente a todos. Con ello no me refiero, evidentemente, a quienes no se agrupan en torno a las pancartas que lo exhiben, que pueden perfectamente estar de acuerdo con él, sino a quienes consideran que se trata de una reclamación sin sentido, en algún caso -no demasiados, por otra parte- porque están seguros de no necesitar nunca de ese modelo de sanidad, y en otros, incomparablemente más numerosos y, para mí, mucho más difíciles de entender; porque se sienten seguros con su capacidad de contratar, a título personal, otro tipo de servicios de salud. La realidad nos muestra, al menos en cada proceso electoral, ya sea a nivel estatal o local, que para algunos millones de ciudadanos la idea de una sanidad de todos y para todos no tiene un peso fundamental, a menudo ni siquiera notable. ¿Puede causarnos extrañeza que quienes nos gobiernan no se tomen demasiado en serio manifestaciones cuya reclamación fundamental nunca resulta decisiva a la hora de contar votos?



No creo que sea fácil, ni siquiera posible, conocer cuántas personas que apoyan programas electorales abiertos o encubiertamente privatizadores protestan individualmente, llegado el caso -su caso- por las listas de espera, la eliminación de centros de salud o de servicios de emergencia o el escaso tiempo dedicado a ellas por el profesional que les atiende, pero sospecho que el resultado sería revelador. Por eso tiendo, cada vez más, a pensar en el ciudadano concreto que no se dedica a la política cuando reflexiono sobre asuntos, tan cruciales como este, de los que dependen la ejemplaridad de una sociedad como la nuestra... o la ausencia de ella.

Una inquietud que no cesa

Este texto marca un paso adelante en el camino de la reflexión sobre un tema que no ha dejado de hostigarme desde hace bastante tiempo, cuya última etapa, al menos en lo que a esta revista concierne, quedaría plasmada en mi aportación de hace un año a ella ^[1]. Puede, pues, entenderse como un intento de profundización y, en algún caso, de matización, de cuanto allí quedó escrito.

Hablaré, pues, de la responsabilidad de cada persona en este -el del acceso justo a medicamentos- como en cualquier otro de los asuntos que, en justicia, pueden calificarse como “sociales” y, en consecuencia, como “políticos”. No creo que, a estas alturas de

experiencia democrática, sea preciso explicar que la política no es, al menos no de manera exclusiva, cosa de profesionales; aunque, como señalaré -también, probablemente, sin que sea necesario- estos se arroguen a menudo competencias que no se les han reconocido en las urnas. Y hablaré también de las circunstancias -de nuevo el contexto o la atmósfera- en que se mueve cada sujeto político “de a pie”.

La nueva responsabilidad y la pérdida de la inocencia

Recientemente he dedicado mi atención a un ejemplo histórico bastante próximo a nosotros, el en su día conocido como “Caso Eatherly”, cuyo protagonista fue el piloto del avión de reconocimiento de la Fuerza Aérea de Estados Unidos responsable de dar vía libre al lanzamiento de la primera bomba atómica sobre Hiroshima [2]. Atormentado por un invencible sentimiento de culpabilidad, Claude Eatherly cometió pequeños delitos buscando algún tipo de castigo que pudiera aliviar su sufrimiento moral. Su caso alcanzó gran relevancia porque dio pie a una larga relación epistolar con el filósofo Günther Anders, lo que acabó teniendo consecuencias muy negativas para el protagonista: de ser uno de los héroes -no públicamente reconocido- de la Segunda Guerra Mundial pasó a ser considerado enfermo mental, de modo que fue internado para el resto de su vida en el pabellón psiquiátrico del hospital militar de Waco. Pero su pensamiento, amplificado por el análisis del filósofo, dejó en el aire una pregunta muy inquietante, formulada en una de sus cartas del modo siguiente:

Siempre me pareció que el verdadero culpable del asesinato legal de Jesucristo fue el sumo sacerdote Caifás, el representante de la gente respetable y buena, en un sentido convencional, de todas las épocas, también de la nuestra. Aunque a esta gente no se le pueda reprochar lo mismo que a Judas, también ella es culpable, pero en un sentido más sutil y profundo. Es precisamente esto lo que hace tan difícil que la sociedad comprenda el sentido de mi culpa, que yo reconozco desde

hace ya mucho tiempo. La verdad es que la sociedad no puede aceptar mi culpa sin reconocer simultáneamente en sí misma una culpa mucho mayor [3].

Depositar un voto en una urna es algo muy valorado por la mayoría, pues se considera el reconocimiento de un derecho, es decir, de la posibilidad de usar la propia libertad, de poner en valor la propia capacidad de juzgar y decidir en un sentido o en otro. Pero precisamente por esa razón implica también una responsabilidad, es decir, la posibilidad de incurrir en una culpa a menudo imprevista. Quien lanza una bomba atómica -o quien toma la decisión de enviar a su pueblo a la guerra, o la de privatizar un servicio público esencial- lo hace en nombre de todos los ciudadanos, también de aquellos que no han votado su programa electoral. Por eso, más allá del voto, el auténtico, aunque a menudo inútil acto de libertad y de responsabilidad moral es el manifestado en los gritos del tipo “¡no nos representan!” o “¡no en mi nombre!”. En ausencia de esa protesta debería entenderse que se está de acuerdo con el bombardeo. En una sociedad democrática, así como en toda vida individual cuando se sale de la infancia, no hay lugar para la inocencia, al menos en el sentido en que el término “inocente” se aplica al lactante o al discapacitado mental profundo.

El derecho a la salud en las “democracias reales”

Comenzaré por advertir que el uso del sintagma entrecomillado en el título de este epígrafe me ha venido a la mente recordando el que no hace tanto se empleaba para nombrar a su modelo alternativo, “socialismo real”. Buscando información concreta sobre este último he acudido a Wikipedia, aprendiendo que se hacía sinónimo de “socialismo realmente existente”; o sea, de aquello en lo que el socialismo teórico, y si se quiere, utópico, llegaba a ser en la vida de los individuos y los estados de “los países del Bloque del Este”. No es ninguna rareza que el paso a lo concreto conlleve distorsiones, de modo que no puede sorprender que otro tanto haya ocurrido con el concepto

occidental de democracia. Podemos, en consecuencia -y en honor a la verdad y a la seriedad- reconocer que, del mismo modo que hubo un “socialismo real” que no acabó bien, existe una “democracia real” que, como aquél, no alcanza a satisfacer todos los requisitos del concepto, quizá también utópico, de democracia. Si antes hablaba de eslóganes populares frecuentes en manifestaciones de protesta, baste con evocar ahora, sin entrar en lo que de exagerado pueda tener, el que aseguraba: “lo llaman democracia y no lo es”. Quedémonos con que nos vemos obligados a movernos en el dominio de lo real.

No hace mucho hemos asistido a la concesión de una medalla al líder de una nación que, en dicho acto, fue denominada “faro de la democracia”. Pues bien: en ella, democracia real donde las haya, uno de los reconocidos como derechos humanos fundamentales, el derecho a la salud, brilla tanto por su ausencia que incluso un profesor universitario de Historia se ha visto obligado a recordarlo, partiendo de un hecho tan concreto como su propia experiencia de enfermo, y de enfermo grave. Lo explícito de su reivindicación me invita a centrar en su testimonio esta etapa de mi reflexión.

La persona en cuestión es Timothy Snyder, hasta hace poco catedrático de Historia en la Universidad de Yale, especialista en la Segunda Guerra Mundial y el Holocausto. Y si digo “hasta hace poco” es porque a raíz de la segunda elección de Donald Trump decidió mudarse con su esposa, también historiadora, sus hijos y otro colega a la canadiense universidad de Toronto. Como sabe quién lea la prensa no ha sido el único caso, ni siquiera un caso especialmente singular en la comunidad académica de su país.

Vayamos a su experiencia y a su alegato: en las navidades de 2019 tuvo que ser ingresado, intervenido quirúrgicamente y reintervenido más tarde en condiciones de extrema gravedad, pasando varios meses hospitalizado. Durante casi todo este tiempo -es decir, desde

que pudo anotar sus pensamientos y experiencias- llevó un diario a partir del cual redactó un libro ^[4] cuyo primer capítulo lleva un título que debería sorprendernos: “La asistencia sanitaria es un derecho humano”.

¿De verdad es preciso insistir en ello a estas alturas de la historia y, sobre todo, hacerlo no en el contexto de una argumentación, como excusable -por conocido-, pero justificado punto de partida, sino poco menos que como planteamiento de una tesis que hay que justificar? Pues parece ser que, para el lector estadounidense, así es. Y si alzo la vista del libro y miro a mi alrededor comienzo a sospechar que esa necesidad también va cobrando sentido entre nosotros los europeos, al menos a modo de recordatorio. Snyder, que conoce desde dentro, como paciente, ambos sistemas, sabe que el supuesto de que la sociedad, a través del Estado, es consciente de ese derecho y lo asume se da en medida muy diferente a ambos lados del Atlántico, y se lo hace ver a sus lectores de manera casi hiriente:

Oficialmente, Estados Unidos reconoce ese derecho desde hace más de setenta años. Después de la derrota de la Alemania nazi en la Segunda Guerra Mundial (...) sus representantes contribuyeron a redactar y firmaron los acuerdos que consagraban el derecho de las personas a la asistencia sanitaria (...) El derecho a la asistencia sanitaria está consagrado en las constituciones de la mayoría de los países. Entre ellos, Japón y Alemania, en cuyos nuevos textos constitucionales influyó Estados Unidos después de derrotarlos en la Segunda Guerra Mundial. Hoy, los alemanes y los japoneses viven más y están más sanos que los estadounidenses (56-57) ^[5].

Lamentablemente, el modelo estadounidense está empezando a colonizarnos; y, como en el caso de aquel país, con la anuencia o la resignación de amplias capas de la sociedad. A través de los medios de comunicación conocemos en qué gran medida aumenta, año tras año, la contratación de seguros

privados de salud en nuestra sociedad, ante la debilidad de nuestro sistema, a menudo presentada con tintes especialmente oscuros por algunos de dichos medios. Existen, cierto es, movimientos sociales, por ejemplo, las Mareas blancas, que no necesitan sacudidas del tipo de la que acabo de citar, pero la ética del “sálvese quien pueda” parece, a la vista de los hechos, ir ganando adeptos. Y esto no solo es malo para la salud en el sentido propiamente médico del término, sino también para la sanidad moral de las sociedades:

Si la asistencia sanitaria no es un derecho, sino un privilegio, corrompe a los que gozan de él y mata a los que no (52).

Y este diagnóstico conduce al historiador a una afirmación de una crudeza aún mayor de la que ya tiene la mera conculcación de un derecho fundamental: la idea de privilegio se traduce de inmediato en términos de solvencia económica, lo que nos permite describir el modelo estadounidense, así como el europeo ascendente, como sigue:

Nos gustaría pensar que tenemos una sanidad que, de forma secundaria, incluye transferencias de riqueza, pero lo que tenemos, en realidad, son transferencias de

riqueza que, de forma secundaria, incluyen cierta asistencia sanitaria (28).

El individuo ante el poder

Si la descrita es, aunque en diferentes grados, la situación con la que se encuentra el ciudadano de un Estado democrático, la primera pregunta que hay que formularse es si considera que debe y puede enfrentarse a ella o si la acepta, ya sea con aquiescencia o con sometimiento. Y lo cierto es que esta última actitud parece, desafortunadamente, estar muy extendida. Es comprensible. La evolución del sistema político liberal es la que conocemos -y a la que sin duda hemos contribuido todos-, de manera que en casi todas las capas de la sociedad se ha infiltrado un sentimiento que ya ha sido reconocido y denominado técnicamente por los psicólogos: learned helplessness, que suele traducirse como “indefensión aprendida” [6]. Sin remitirse a esta teoría, pero hablando desde su experiencia como reportera de situaciones de crisis humanitaria, Patricia Simón la ha descrito de mano maestra:

Cada vez hay más personas que optan por no saber, que evitan informarse, que apagan la televisión y la radio cuando comienzan los

Sanidad Pública: El Vínculo entre Salud, Responsabilidad y Libertad

Los Pilares del Derecho a la Salud

♦ La salud es un derecho, no un privilegio

Thnothy Snyder advierte que ver la salud como privilegio corrompe a quienes lo gozan y mata a quienes no.

Responsabilidad Ciudadana y Libertad

La responsabilidad del voto y la protesta

El voto implica una responsabilidad moral, el silencio ante la injusticia equivale a la aceptación de la misma.

La "Transferencia de Riqueza" en el modelo privatizado

El modelo de lucro prioriza los flujos económicos sobre la asistencia sanitaria real de los ciudadanos.

La paradoja de las democracias reales

Países como Alemania o Japón tienen mayor esperanza de vida aplicando modelos de salud que EE. UU. ayudó a diseñar.

Superar la "Indefensión Aprendida"

La desinformación y el aislamiento digital fomentan la creencia de que no se puede cambiar el sistema sanitario.

"Para ser libres necesitamos estar sanos"

La salud es una oportunidad compartida de ser más libres mediante la solidaridad y el esfuerzo común.

- Infográfico elaborado a partir del texto de Luis Montiel por la rAJM con la ayuda de NotebookLM.

informativos, que han dejado de leer los periódicos, no por falta de empatía, sino por lo contrario: porque no pueden lidiar más con todo ese caudal de sufrimiento que se les queda dentro y con el que creen que no pueden hacer nada.

Pero pocas líneas más lejos pasa de la generosa justificación a la llamada a filas:

La ignorancia, así sea elegida y motivada, nunca nos salva de nada, nos condena a la insustancialidad [7].

Añádase a lo dicho que, cada vez más, la televisión y la radio que la periodista menciona, que todavía -y también, y siempre- en medida diferente abren ventanas a la realidad abrumadora, cada vez desempeñan un papel menor en la búsqueda de información, pues ahora imperan las redes sociales, cuyo papel en la “educación sentimental” (que Balzac me perdone la apropiación) de las nuevas generaciones empieza a ser desbordante, dando la razón a la nada sutil crítica de Jeffries:

Internet es (...) un condón de alta tecnología contra la contaminación por ideas que podrían cambiar nuestra visión del mundo [8].

Aquí topamos con un problema nuevo, o más bien con otra dimensión del problema raíz. La desinformación, la información sesgada, cuando no falsa sin más, puede acrecentar la indefensión aprendida, lo que, por cierto, me mueve a matizar la traducción más común del concepto de Seligman: nuestra indefensión es tanto más y mejor aprendida cuanto activamente es enseñada. ¿Valdría la pena empezar a hablar de taught helplessness?

El caso es -vuelvo, para finalizar, al muy didáctico libro de Snyder- que esa impotencia, esa renuncia, y sobre todo esa falsa creencia en que las cosas solo pueden ser así nos condenan, como afirma Patricia Simón, a la insustancialidad, pero también a la abyección, al sometimiento, al autoengaño:

La enfermedad y el miedo nos hacen menos libres. Ser libres es ser nosotros mismos, atravesar el mundo de acuerdo con nuestros principios y deseos (...) La libertad es imposible cuando estamos demasiado enfermos para pensar en la felicidad y demasiado débiles para perseguirla (...) La palabra libertad resulta hipócrita cuando la pronuncian personas que crean las condiciones que nos vuelven enfermos e impotentes. Si nuestro gobierno (...) y nuestra medicina con ánimo de lucro nos quitan la salud, también nos están quitando libertad (...) [Y] los derechos individuales exigen un esfuerzo común [9]

Las cursivas en la cita precedente son mías. Me importaba recalcar esta última frase porque, al estar el libro dedicado especialmente al paciente estadounidense, la impronta del individualismo se muestra con gran frecuencia. Pero el cosmopolita que es Timothy Snyder, que sabe más de Europa que muchos europeos, tiene buen cuidado en recordar a sus compatriotas, así como en extender su mensaje a los ciudadanos de las que he llamado democracias reales, que, como ya dijo John Donne en el Renacimiento isabelino y recientemente nos ha recordado Nuccio Ordine, ningún hombre es una isla:

La salud es nuestra vulnerabilidad común y nuestra oportunidad compartida de ser más libres juntos. Curar nuestra enfermedad enriquecería la vida, extendería la libertad y nos permitiría buscar la felicidad, solos y juntos, en soledad y en solidaridad. Para ser libres necesitamos estar sanos, y para estar sanos nos necesitamos unos a otros [10].

Si desdeñamos este mensaje solo nos queda remitirnos a la advertencia que Donne desliza en el poema del que procede la frase citada, advertencia que, en circunstancias luctuosas para España, retomó Ernest Hemingway:

No preguntes por quién doblan las campanas.
Doblan por ti.

Referencias

[1] Luis Montiel. “El contexto. La atmósfera”. AJM 37, marzo 2025, 20-25.

[2] Quien pueda estar interesado en este texto lo encontrará en el siguiente enlace: [La inocencia y la culpa en las sociedades democráticas](#)

[3] Claude Eatherly & Günter Anders. Burning Conscience: The Case of the Hiroshima Pilot Claude Eatherly. Monthly Review Press, 1962. Traducción española: El piloto de Hiroshima. Más allá de los límites de la conciencia. Paidós, 2012.

[4] Timothy Snyder. Nuestra enfermedad. Lecciones de libertad en un diario de hospital. Galaxia Gutenberg, 2020.

[5] Dado que el objetivo del ensayo, así como el de este breve artículo, no pasa por presentar datos exactos que avalen esta última afirmación remito al lector interesado a las referencias citadas en el mismo y, por su ejemplaridad, a los datos más concretos expuestos por Tony Judt en Algo va mal. Taurus, 2010.

[6] Martin Seligman. Learned Helplessness. A Theory for the Age of Personal Control. Oxford University Press, 1995.

[7] Patricia Simón. Narrar el abismo. Periodismo de conflictos en tiempos de impunidad. Debate, 2025, 33-34.

[8] Stuart Jeffries, 447.

[9] Timothy Snyder, 31-33.

[10] Timothy Snyder, 172.

ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO

AAJM

ISSN 2697-1712

REVISTA



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

ORIGINAL

En el Alzheimer falta ciencia y sobra propaganda sobre nuevos medicamentos



Juan Gérvas ¹ y Mercedes Pérez-Fernández ².

1. (Doctor en Medicina, médico general rural jubilado; Equipo CESCO, Madrid, España; exprofesor de salud pública, Universidad Johns Hopkins, Baltimore, Estados Unidos).
 2. (Especialista en Medicina Interna y médica rural jubilada; Equipo CESCO, Madrid, España).
- jjgervas@gmail.com mpf1945@gmail.com www.equipocesca.org [@JuanGrvas](#)
[@juangrvas.bsky.social](#)

Juan Gérvas y Mercedes Pérez-Fernández denuncian que los nuevos fármacos para el Alzheimer tienen beneficios mínimos y riesgos graves. Critican el interés comercial y proponen prevención integral frente a tratamientos ineficaces.

1. *Introducción*
2. *Propaganda. La noticia del 30 de abril de 2026*
3. *Ciencia. La revisión Cochrane publicada el 16 de abril de 2026*
4. *Presión sobre los sistemas sanitarios*
5. *Conclusión*

1.- Introducción

No sabemos a qué se debe el Alzheimer, pero hay múltiples hipótesis para explicar esta demencia. Entre otras hipótesis, la predominante y sin demostrar es que el Alzheimer se debe a la acumulación en el cerebro de placas de beta amiloide y la formación de ovillos neurofibrilares de proteína Tau [I]. Esta teoría se sustenta especialmente en un trabajo publicado en la revista Nature en el año 2006, que se eliminó en 2024 por falsedad [III]-[III].

De acuerdo con esta teoría, el acúmulo de una proteína (beta-amiloide) fuera de las neuronas provoca “placas amiloides” (placas que impiden el funcionamiento normal del mismo). Sin embargo, estas placas amiloides se ven hasta en el 30% de los ancianos sanos sin demencia, y los estudios anatomopatológicos cerebrales postmortem demuestran la falta de correlación entre presencia de placas y demencia [IV].

Hasta 2021, había muchos medicamentos no aprobados que intentan disminuir el número y tamaño de las placas amiloides y lo lograban, pero nunca habían demostrado que mejorasen la demencia, por lo que no se habían comercializado. Como se concluyó en esta fecha, en un metaanálisis de 14 ensayos clínicos: “La evidencia conjunta de los ensayos disponibles que informan tanto sobre la reducción de los niveles de amiloide como sobre cambios en la cognición sugiere que las estrategias de reducción de amiloide no mejoran sustancialmente la cognición” [VI]. En román paladín: “Las placas disminuyen, pero los pacientes siguen igual”.

En 2021, la FDA (Agencia del Medicamento de Estados Unidos), sorprendentemente, en contra de sus propios asesores, aprobó un medicamento (aducanumab, Aduhelm) que disminuía el número y tamaño de las placas amiloides pero que no mejoraba ni el curso del Alzheimer ni la calidad de vida de los pacientes. Tras su comercialización y ante el fracaso clínico pese a la reducción de las placas, finalmente la empresa lo sacó del mercado en enero de 2024 [VII]-[VII].

Tal medicamento no se aprobó nunca ni en Canadá ni en la Unión Europea.

Pero la industria farmacéutica continuó esa línea de trabajo y desarrolló otros medicamentos similares, para eliminar las placas amiloides, también anticuerpos monoclonales, como lecanemab (Leqembi) y donanemab (Kisunla), presentados como especialmente útiles en conexión con el “diagnóstico precoz” (un diagnóstico sin ciencia [VIII]-[IX]).

Tanto el lecanemab como el donanemab son medicamentos con beneficios clínicos muy modestos que no superan sus riesgos sustanciales de seguridad, incluida la inflamación y el sangrado cerebral [X]-[XI].

Leqembi fue aprobado en Estados Unidos en 2023 y en la Unión Europea en 2024 y se recomienda su uso en casos precoces y muy específicos de Alzheimer; en torno al 5% de los 800.000 pacientes españoles, “para frenar su progresión”. Donanemab (Kisunla) fue aprobado en 2025 en la Unión Europea con similares indicaciones.

2.- Propaganda. La noticia del 30 de abril de 2026 [XII]

“Los profesionales de las instituciones que conforman el Hub Alzheimer Barcelona — Ace Alzheimer Center Barcelona, Barcelona Beta Brain Research Center (BBRC), la Fundación Pasqual Maragall y los hospitales del Mar, Vall d'Hebron, Sant Pau y el Clínic — han enviado una carta al Ministerio de Sanidad para expresar su “profunda preocupación” por el retraso en su llegada a España del lecanemab y el donanemab, los dos fármacos aprobados por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) y que han demostrado ser eficaces a la hora de modificar el curso de la enfermedad.

En este texto también reclaman un Plan estatal del Alzheimer, pues “la enfermedad está ante un cambio de etapa que exige una respuesta de sistema”.

En países como Alemania el lecanemab está disponible desde el 1 de septiembre del año pasado y este país ha pasado ya a la fase de monitorización científica de su uso en vida real. En España, sin embargo, el fármaco no

está disponible aún en ningún centro. “En una enfermedad como el Alzheimer, el tiempo no es neutro: cada mes de retraso supone pérdida de oportunidad para pacientes y familias. Ante este retraso, algunas familias están acudiendo a países extranjeros para poderse tratar”, recoge esta carta, enviada el 24 de abril, a la que ha tenido acceso EL PERIÓDICO.

“En abril de 2026 los pacientes españoles siguen sin poder beneficiarse de forma real y equitativa de estas terapias en el sistema público”, denuncia el escrito.

Según los firmantes, el lecanemab está ya disponible en 51 países -EEUU, Reino Unido, Japón, China, Corea del Sur e Israel, entre ellos-.

En España, es un proceso “exasperadamente lento”, critican. “Las personas con Alzheimer en fases iniciales y sus familias no pueden seguir perdiendo tiempo o buscar opciones en el extranjero”, insisten.

Defiende la eficacia de fármacos como el lecanemab o el donanemab: “Ralentizan la progresión de la enfermedad en torno a un 33% o, en otras palabras, ganamos seis meses de autonomía sobre los 18 en que se hicieron los estudios, además de reducir el riesgo de progresar al siguiente estadio clínico”.

La noticia es propaganda directa al consumidor pues incluye la fotografía del fármaco, en cabecera. Tal propaganda está prohibida en la Unión Europea.

3.- Ciencia. La revisión Cochrane publicada el 16 de abril de 2026 [XIII]-[XIV]

“En personas con problemas leves de memoria y pensamiento (deterioro cognitivo leve [DCL]) o demencia leve por la enfermedad de Alzheimer, es probable que los medicamentos producidos en laboratorio (anticuerpos monoclonales antiamiloides) y dirigidos a eliminar las acumulaciones de proteínas amiloides en el cerebro, posiblemente perjudiciales, apenas produzcan

una diferencia en el empeoramiento del funcionamiento de la memoria y la capacidad de pensar, ni en la gravedad de los síntomas de demencia, comparados con un placebo (tratamiento simulado) 18 meses después del inicio del tratamiento.

El probable que los anticuerpos monoclonales antiamiloides causen más inflamación del cerebro y pequeñas (micro) hemorragias que el placebo. No aumentan otros efectos perjudiciales graves ni la mortalidad comparados con un placebo.

Eliminar las proteínas amiloides del cerebro con éxito no parece estar asociado a mejoras clínicamente significativas en personas con DCL o demencia leve por alzhéimer. Las futuras investigaciones sobre tratamientos modificadores de la enfermedad para el alzhéimer deben centrarse en otros tratamientos.

Encontramos 17 estudios llevados a cabo en diferentes países y con 20.342 personas. La media de edad entre los estudios fue de 70 a 74 años. Todos los estudios los financiaron empresas que fabrican los anticuerpos monoclonales antiamiloides.

Resultados principales

Tras 18 meses de tratamiento, los anticuerpos monoclonales antiamiloides:

- 1. podrían suponer poca o ninguna diferencia en la gravedad de los síntomas de demencia (9 estudios, 8.053 personas);
- 2. es probable que apenas supongan una diferencia en el deterioro de la capacidad de memoria y de pensamiento (13 estudios, 9.895 personas) y en la capacidad para gestionar las actividades cotidianas (3 estudios, 3.478 personas);
- 3. podrían dar lugar a una ligera mejoría en tareas cotidianas más complejas, como comprar, hacer gestiones económicas, tomar

la medicación y utilizar medios de transporte (1 estudio, 1.252 personas);

-4. es probable que den lugar a un pequeño aumento de la inflamación cerebral. Por cada 1.000 personas que tomaron anticuerpos monoclonales, 119 presentaron inflamación cerebral comparadas con solo 12 de cada 1.000 personas que tomaron un placebo (11 estudios, 13.595 personas);

-5. podrían resultar en un ligero aumento de las microhemorragias cerebrales (3 estudios, 4.308 personas);

-6. no aumentan otros efectos perjudiciales graves definidos por los autores de los estudios (9 estudios, 11.904 personas); y

-7. no aumentan las muertes por cualquier causa (7 estudios, 9.733 personas)".

Los investigadores hallaron que, en comparación con el placebo, los fármacos dirigidos a la proteína beta-amiloide produjeron poca o ninguna diferencia en la función cognitiva, medida mediante la escala ADAS-Cog.

La revisión demostró un ligero aumento en la incidencia de inflamación cerebral. Los datos de 11 estudios con 13.595 personas hallaron que, por cada 1.000 personas que recibieron los fármacos, 119 desarrollaron inflamación cerebral, en comparación con 12 por cada 1.000 personas que recibieron placebo. Tres estudios con 4.308 personas hallaron que los fármacos podrían provocar un ligero aumento en la incidencia de microhemorragias.

En el caso concreto de Leqembi, el efecto en mejora cognitiva del 27% como riesgo relativo, y en riesgo absoluto 0,45. Es decir, reducción del 27% en la cantidad de deterioro cognitivo experimentado en el grupo del fármaco versus el grupo del placebo, siendo la diferencia absoluta en la función cognitiva de 0,45 puntos en una escala de 18 puntos [XVI].

Por supuesto, esta revisión Cochrane, que va contra fortísimos intereses comerciales, ha

sido duramente criticada por asociaciones científicas varias y en diferentes medios [XVI].

4.- Presión sobre los sistemas sanitarios

Ni siquiera la publicación de la revisión Cochrane ha disminuido la presión para la financiación de Leqembi y Kisunla por los sistemas sanitarios.

En el Reino Unido, por ejemplo, el NICE (National Institute for Health and Care Excellence) está reevaluando si recomienda donanemab y lecanemab. Estos fármacos fueron autorizados en el Reino Unido por la Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos Sanitarios en 2024, pero el NICE concluyó en 2025 que su uso no compensaba en la clínica. Tras una apelación de los fabricantes, el NICE anunció en marzo de 2026 que reevaluaría ambos medicamentos y que utilizaría los nuevos umbrales de rentabilidad más elevados acordados en el marco de un acuerdo comercial con Estados Unidos [XVII] (un acuerdo comercial que “perjudica la salud británica” [XVIII]).

En España, la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos y Productos Sanitarios rechazó en abril de 2026 que Leqembi fuera financiado públicamente aludiendo a criterios de racionalización del gasto público (actualmente, su precio se sitúa en torno a los 24.000€ al año por paciente).

Desde el Ministerio de Sanidad explican que “se trata de un medicamento con una relación riesgo-beneficio y coste-efectividad controvertida”, cuya aportación a la mejora de la salud de los pacientes y el cambio del curso de la enfermedad es cuestionable. Sin embargo, reconocen que “abre una línea interesante de tratamiento”. Por ello, el organismo, ha constituido un grupo de trabajo dentro de la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos “para ver las condiciones en las que sería financiable y qué cambios deberían hacerse en el sistema para adaptarnos a esta nueva línea de tratamientos”. Se está trabajando, además, con la compañía para lograr un precio que

sea acorde al valor que aporta a la salud de los pacientes [XIX].

Algunos neurólogos estiman que el tratamiento implica un coste elevado y requiere una infraestructura asistencial específica (infusiones periódicas, monitorización mediante neuroimagen y seguimiento especializado). Sin embargo, señalan que “estos aspectos deben valorarse en el contexto de una enfermedad con escasas alternativas terapéuticas modificadoras”.

Además, a su juicio, la incorporación de este tipo de terapias supone una oportunidad para preparar al sistema sanitario ante la llegada de nuevos tratamientos en desarrollo, previsiblemente más eficaces, que requerirán circuitos asistenciales similares. “En este sentido, más que una limitación, plantea la necesidad de desarrollar modelos de implementación progresiva y selectiva que permitan el acceso a quienes más pueden beneficiarse, al tiempo que se generan datos en vida real sobre su efectividad y eficiencia”.

La asociaciones de pacientes y familiares también se suman a la presión: “A través de un comunicado, la Confederación Española de Alzheimer (CEAFA) ha expresado su profundo malestar tras la decisión de la Comisión Interministerial de Precios del Medicamento (CIPM) de rechazar la financiación de los nuevos tratamientos modificadores de la enfermedad. Según la organización, esta postura supone «un duro golpe para las personas que conviven con alzhéimer», y es que llevan años sin poder beneficiarse de avances terapéuticos significativos” [XX].

5.- Conclusión

Se presiona para la financiación y uso de estos medicamentos con cuatro argumentos: 1/ la desigualdad que supone el acceso para quienes puedan pagarlo viajando a otros países, 2/ la inequidad de rechazar un tratamiento por su precio, 3/ el impacto del diagnóstico y tratamiento precoz, escaso pero “algo es algo” y 4/ la oportunidad de ir preparando “el terreno” para tratamientos similares más eficaces.

Pero, dados los escasos e inciertos beneficios, los riesgos preocupantes y poco comprendidos, y los altísimos costos del tratamiento, estos fármacos se promueven principalmente por beneficios teóricos más que prácticos, por negocio e intereses no declarados.

Para los pacientes y la sociedad —ambos asumiendo los costos de este tratamiento—, caveat emptor, ¡cuidado con lo que compras! [xxi]-[xxii].

Conviene tener en cuenta que el constructo nosológico actual del Alzheimer lo considera más como un síndrome multicausal muy ligado al envejecimiento que como una enfermedad sensu estricto ligada a los depósitos de amiloide.

Se precisa una estrategia de prevención durante toda la trayectoria vital mediante una acción holística, médica y social, opuesta a la aprobación y acceso universal a tratamientos farmacológicos de dudosa eficacia y seguridad” [xxiii].

Referencias

[I] Liu PP, Xie Y, Meng XY, Kang JS. History and progress of hypotheses and clinical trials for Alzheimer's disease. *Signal Transduct Target Ther*. 2019 Aug 23;4:29. doi: 10.1038/s41392-019-0063-8. Erratum in: *Signal Transduct Target Ther*. 2019 Sep 23;4:37. doi: 10.1038/s41392-019-0071-8. PMID: 31637009; PMCID: PMC6799833. <https://www.nature.com/articles/s41392-019-0063-8>

[II] Lesn S, Koh MT, Ashe KH. et al. A specific amyloid- β protein assembly in the brain impairs memory. *Nature* 2006;440(7082):352-7. doi: 10.1038/nature04533. PMID: 16541076 2

[III] Lesn S, Koh MT, Ashe KH. et al. Retraction Note: A specific amyloid- β protein assembly in the brain impairs memory. *Nature* 2024 Jul;631(8019):240. doi: 10.1038/

s41586-024-07691-8. PMID: 38914864 <https://www.nature.com/articles/s41586-024-07691-8>

[IV] Bennett DA, Schneider JA, Arvanitakis Z, Kelly JF, Aggarwal NT, Shah RC, Wilson RS. Neuropathology of older persons without cognitive impairment from two community-based studies. *Neurology*. 2006 Jun 27;66(12):1837-44. doi: 10.1212/01.wnl.0000219668.47116.e6. PMID: 16801647. <https://www.neurology.org/doi/10.1212/01.wnl.0000219668.47116.e6>

[V] Ackley SF, Zimmerman SC, Brenowitz WD, et al . Effect of reductions in amyloid levels on cognitive change in randomized trials: instrumental variable meta-analysis. *BMJ* 2021;372:n156. <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n156>

[VI] Van Gool W A, Siebrand J A F, Brayne C, Larson E B, Richard E. Evidence gap in blood biomarkers for Alzheimer's disease *BMJ* 2025; 390 :e084781 doi:10.1136/bmj-2025-084781 <https://www.bmj.com/content/390/bmj-2025-084781>

[VII] Dyer O. Aduhelm: Biogen abandons Alzheimer's drug after controversial approval left it unfunded by Medicare. *BMJ* 2024;384:q281 <https://www.bmj.com/content/384/bmj.q281>

[VIII] Van Gool W A, Siebrand J A F, Brayne C, Larson E B, Richard E. Evidence gap in blood biomarkers for Alzheimer's disease *BMJ* 2025; 390 :e084781 doi:10.1136/bmj-2025-084781 <https://www.bmj.com/content/390/bmj-2025-084781>

[IX] Allen TS. Why Blood Tests Are a Poor Screening Tool for Alzheimer's <https://www.sensible-med.com/p/why-blood-tests-are-a-poor-screening>

[X] Lecanemab contra el Alzheimer. Polémicas por el precio, su efectividad y dudas éticas sobre los ensayos <https://>

accesojustomedicamento.org/lecanemab-conta-el-alzheimer-polemicas-por-el-precio-su-efectividad-y-dudas-eticas-sobre-los-ensayos/

[XI] MedCheck. Why a harmful and useless agent became an expensive new drug? <https://medcheckjp.org/wp-content/uploads/2025/01/Eng-no-31.pdf>

[XII] Pérez B. Aviso del Hub Alzhéimer 30 abr 2026 14:19

Actualizada 30 abr 2026 15:29 <https://www.elperiodico.com/es/sanidad/>

[20260430/hub-alzheimer-barcelona-advierte-ministerio-sanidad-retrasos-lecanemab-empuja-familias-espanolas-extranjero-129703746](https://www.elperiodico.com/es/sanidad/20260430/hub-alzheimer-barcelona-advierte-ministerio-sanidad-retrasos-lecanemab-empuja-familias-espanolas-extranjero-129703746)

[XIII] Nonino F, Minozzi S, Sambati L, Del Giovane C, Baldin E, Bassi MC, De Santis C, Gonzalez-Lorenzo M, Vignatelli L, Filippini G, Richard E. Amyloid-beta-targeting monoclonal antibodies for people with mild cognitive impairment or mild dementia due to Alzheimer's disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2026, Issue 4. Art. No.: CD016297. DOI: 10.1002/14651858.CD016297. Accedida el 03 de mayo de 2026. <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD016297/full/es?contentLanguage=es&cookiesEnabled>

[XIV] Wise A Alzheimer's drugs targeting amyloid do not produce clinically meaningful effects, concludes Cochrane review. *BMJ* 2026;393:s719 <https://www.bmj.com/content/393/bmj.s719>

[XV] Kwon D. Debate rages over Alzheimer's drug lecanemab as UK limits approval The medicine is being assessed by agencies including the European Union regulator, but the community is divided on its efficacy and safety <https://www.nature.com/articles/d41586-024-02720-y>

[XVI] Fox N, Kohlhaas S, Schott J Alzheimer's disease immunotherapy and the amyloid hypothesis: when aggregation obscures interpretation *The Lancet*, 2026; 407, 1664-1665 <https://www.thelancet.com/>

[journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(26\)00789-0/abstract](https://journals.lancet/article/PIIS0140-6736(26)00789-0/abstract)

[XVII] Iacobucci G . Alzheimer's drugs: Lecanemab and donanemab to be reconsidered for NHS after appeal. *BMJ* 2026;392:s551 <https://www.bmj.com/content/392/bmj.s551>

[XVIII] Peoples Health Dispath. El acuerdo farmacéutico entre Estados Unidos y el Reino Unido sacrifica a los pacientes para obtener ganancias. Acceso Justo al Medicamento. 2026; 44, enero 2026 <https://accesojustomedicamento.org/el-acuerdo-farmacéutico-entre-estados-unidos-y-el-reinounido-sacrifica-a-los-pacientes-para-obtener-ganancias/>

[XIX] Infoveritas. Leqembi: luces y sombras del nuevo medicamento contra el alzhéimer. <https://www.mallorcadiario.com/leqembi-luces-y-sombras-del-nuevo-medicamento-contra-el-alzheimer>

[XX] CEAFA denuncia la negativa del CIPM a financiar los fármacos que ralentizan el alzhéimer. <https://www.somospacientes.com/noticias/al-dia/asociaciones/medicamentos-que-ralentizan-el-alzheimer/>

[XXI] Espay EJ, Kepp KP, Herrup K. Lecanemab and Donanemab as Therapies for Alzheimer's Disease: An Illustrated Perspective on the Data <https://www.eneuro.org/content/eneuro/11/7/ENEURO.0319-23.2024.full.pdf>

[XXII] Tobin C Lecanemab: A New Alzheimer's Drug Brings Hope and Sparks Controversy <https://www.greymattersjournalvc.org/issue-12-articles/lecanemab-a-new-alzheimers-drug-brings-hope-and-sparks-controversy>

[XXIII] Bermejo Pareja F, Zunzunegui MV. Terapia en la enfermedad de Alzheimer y la aprobación de Lecanemab 16 diciembre, 2024 Revista n° 34 <https://accesojustomedicamento.org/terapia-en-la-enfermedad-de-alzheimer-y-la-aprobacion-de-lecanemab/>

ORIGINAL

La política farmacéutica de Trump y su modelo de nación más favorecida (MNF)

- *La política Trump de nación más favorecida (MNF) y su impacto sobre el precio de los medicamentos en España y en la Unión Europea: un previsible notable incremento del gasto farmacéutico público*

Gálvez analiza la política de Trump de “nación más favorecida”, que desde su punto de vista busca encarecer los medicamentos en Europa, culpa al monopolio de las patentes y urge a la resistencia colectiva ante esta amenaza.



Ramón Gálvez Zaloña.

Coordinador de la rAJM

En primer lugar y para comprender adecuadamente la situación a la que se enfrenta la UE y España, debemos abordar de forma resumida la política farmacéutica desarrollada por Trump y su estrategia de nación más favorecida (MNF)

Los ciudadanos en Estados Unidos pagan demasiado, cantidades desmesuradas, por los fármacos que precisan para su salud. Según señala Public Citizen (1) en los Estados Unidos, los fabricantes de medicamentos: “tienen un precio de productos de marca, un 422% superior a los precios en países comparables y los precios siguen siendo más de tres veces más altos que en otras naciones, incluso después de contabilizar los reembolsos”.

Esta realidad afecta de forma terrible a las personas enfermas que precisan tratamiento que ven su salud en grave riesgo, ante la imposibilidad de acceder a los medicamentos necesarios. Las diferentes administraciones, en los últimos años, han intentado paliar con débiles decisiones esta situación. La Administración Biden, consiguió con la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) (2) una disminución de precios para un grupo de

medicamentos, mediante la posibilidad otorgada a Medicare de negociación con la industria farmacéutica.

Al mismo tiempo, se estableció un límite máximo de gasto anual por paciente para los enfermos incluidos en Medicare (parte D) a partir del cual su coste era asumido por la administración.

La llegada por segunda vez al gobierno de Trump cambia radicalmente el escenario. Su línea estratégica principal ha ido dirigida a aplastar las medidas contenidas en la Ley IRA, a través de una cascada de órdenes ejecutivas que modifican y anulan sus disposiciones.

En mayo de 2025, el gobierno Trump, emitió una orden ejecutiva (3) mediante la cual exigía a las empresas farmacéuticas tres requisitos fundamentales:

1º La consideración de Estados Unidos como nación más favorecida. (MNF).

2º La institución de una plataforma de venta directa al consumidor {Plataforma TrumpRx} para determinados fármacos

3° El aumento de precios a nivel internacional.

En su exaltada terminología, Trump exponía la exigencia para que "todos los fabricantes negocien más con las naciones extranjeras que se aprovechan de nosotros", y así les instaba a obtener más dinero por sus productos en otros países. A continuación, irá más allá, afirmando que estos ingresos adicionales "deben ser repatriados para reducir los precios de los medicamentos para los pacientes y contribuyentes estadounidenses a través de un acuerdo explícito con los Estados Unidos".

El esquema de funcionamiento de MFN de Trump se basa en una premisa indispensable por la cual las empresas productoras de medicamentos proporcionan voluntariamente al gobierno de los Estados Unidos datos completos sobre los precios, actualmente confidenciales, que negocian con las naciones del G-7 más Dinamarca y Suiza. A partir de esa información, el gobierno Trump seleccionará el segundo precio más bajo en el extranjero como punto de referencia, con ajustes según el producto interior bruto (PIB) per cápita en comparación con los Estados Unidos.

Con este marco de trabajo, Trump en julio de 2025 se dirigió a 17 de las mayores empresas fabricantes de medicamentos de marca (bajo patente) exigiendo que el precio de sus fármacos en EE.UU fuera similar al establecido en otros países desarrollados, en aplicación de su política de "nación más favorecida" (MFN).

De forma casi inmediata, la Administración Trump inició un proceso de entrevistas con empresas como AbbVie, Amgen, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb, Eli Lilly, EMD Serono, Genentech, Gilead, GSK, Johnson & Johnson, Merck, Novartis, Novo Nordisk, Pfizer, Regeneron y Sanofi que terminó en acuerdos secretos.

Según informaciones posteriores, estos acuerdos incluyen, un compromiso con algunas medidas para la disminución de precios de los medicamentos comprados por los programas Medicare y Medicaid, y también por las aseguradoras privadas.

Sin embargo, los propios CEO,s de la industria plantearon sus dudas sobre diversos aspectos de los acuerdos, por ejemplo, la forma de utilizar los ingresos adicionales.

Estos acuerdos firmados tienen corta duración, un periodo de tres años y establecen, como principal concesión a corto plazo, los precios de nación más favorecida (MNF) en Medicare y Medicaid, pero no está claro qué medicamentos están sujetos a estos precios MNF y, por lo tanto, cuánto ahorro, si lo hay, obtendrá Estados Unidos.

Un primer análisis muestra que la mayoría de los estadounidenses no se beneficiarán de estos acuerdos, o lo harán de una forma mínima. Sin embargo, la industria farmacéutica, si consigue notables beneficios. Así, a cambio de su cooperación, la administración otorga a las empresas una exención de 3 años de aranceles sobre los medicamentos e ingredientes activos que importan a los Estados Unidos. Pero lo más sorprendente, es que serán elegibles para revisiones aceleradas cuando soliciten la aprobación de la FDA para nuevos medicamentos.

La FDA reserva revisiones aceleradas de medicamentos en el caso de necesidades médicas insatisfechas o para responder a una emergencia de salud pública como la pandemia de COVID-19. Como afirma Sarah Karlin-Smith, investigadora de Public Citizen, las revisiones aceleradas no pueden ser un incentivo a la reducción de precios y la FDA no debería ser involucrada en este proceso.

Detengámonos aquí para analizar la supuesta base teórica que sustenta el sistema MNF.

La primera pregunta que es necesario responder es porque los precios son tan altos en Estados Unidos con respecto al resto de países y en concreto a la Unión Europea.

La respuesta a esta cuestión es clara, los precios en Estados Unidos de los medicamentos son tan altos, porque no existe ningún tipo de regulación sobre los mismos y el modelo de patentes y monopolio consolida y permite que la BigPharma pueda establecer los precios más altos sin control alguno. (La magnitud del problema puede observarse en el dato siguiente: en Estados Unidos, los medicamentos de marca, “innovadores” que representan un 8 por ciento del total provocan el 84 por ciento del gasto)

Las normativas europeas y los procesos de negociación de precios que se llevan a cabo en los diferentes Sistemas y Servicios de Salud en la UE para la financiación de un determinado fármaco impiden a las empresas farmacéuticas, imponer, precios de forma unilateral y arbitraria (aun con todas las dificultades y limitaciones por el poder de la Big Pharma). Los precios en Europa se fijan a través de procedimientos de análisis y negociación por diferentes organizaciones gubernamentales, que evalúan los costes, la calidad y los resultados de los medicamentos en la salud y su impacto presupuestario.

Podemos afirmar por tanto de forma rotunda que **la diferencia de precios de medicamentos entre Estados Unidos y Europa, no se debe en absoluto a un supuesto aprovechamiento por la UE de los costes de investigación y desarrollo que asume EE.UU como señala falsamente Trump.** Es su propio sistema de patentes y monopolio con fijación unilateral de precios por las grandes industrias farmacéuticas lo que genera las diferencias. Como señala Dean Baker (4) una y otra vez en sus artículos, el grave problema de acceso a los medicamentos en Estados Unidos, está motivado por el monopolio.

La política comercial agresiva del gobierno Trump.

Veamos a continuación como el gobierno Trump ha continuado con un desarrollo rápido de una política farmacéutica comercial muy agresiva intentando obligar a los diferentes países a adoptar reglas y criterios claramente lesivos para sus propios intereses

El gobierno Trump ha extendido sus exigencias utilizando las amenazas arancelarias para obligar a otros países a incrementar el precio que deben pagar por los medicamentos que producen las grandes industrias farmacéuticas estadounidenses.

En enero de 2026, Trump ha reiterado, con su expresión habitualmente insolente, la exigencia a los países europeos de pagar más por los medicamentos. (Europa supone más del 20 % de la facturación de la industria farmacéutica y Estados Unidos casi el 50 %.). En la consecución de este objetivo no ha dudado en utilizar el chantaje y la burla de responsables políticos como Starmer o Macron.

En ese contexto, Trump pretende que en la negociación de precios con las empresas farmacéuticas los servicios de salud europeos aumenten el coste y tengan que aceptar precios más elevados en Europa para compensar lo que considera de forma injustificada “las pérdidas” de Estados Unidos.

Revisemos a continuación, los primeros efectos de la política agresiva Trump sobre la Unión Europea

El acuerdo farmacéutico impuesto por Trump al gobierno Starmer: una pérdida de recursos para el NHS.

El ejemplo más visible por las reacciones que ha desencadenado es el de Reino Unido. Efectivamente, el Reino Unido ha firmado un acuerdo con el gobierno Trump que supone al NHS un incremento del 25% en el gasto sanitario farmacéutico.

El sistema de salud británico está sufriendo unas tremendas dificultades en el desarrollo de la atención sanitaria. Según datos del Real Colegio de Medicina de Urgencias, en 2024, alrededor de 320 pacientes fallecieron semanalmente en Inglaterra debido a retrasos en la atención de urgencias, que podrían haberse evitado, y más de 7 millones de personas permanecieron en listas de espera del NHS.

En este contexto difícil y angustioso, el gobierno británico ha cedido a las amenazas arancelarias del gobierno Trump con la colaboración de las grandes farmacéuticas, recortando los controles de precio del NHS, y ha firmado un acuerdo con cláusulas secretas, que supone un incremento del 25 % en los procesos de fijación de precios que aplica NICE.

El gobierno británico en una declaración oficial fijó el incremento del coste para el NHS en Inglaterra provocado por el Acuerdo en mil millones de libras esterlinas en los próximos tres años. El acuerdo no solo obliga al NHS a gastar más libras en medicamentos nuevos, bajo patente, si no incluso en aquellos fármacos que ya está adquiriendo y continúan bajo patente.

Aún más grave es como la decisión afecta a NICE en su proceso de evaluación de nuevos fármacos. El cambio de umbral puede provocar que algunos fármacos que anteriormente habrían sido rechazados ahora sean financiados.

Un excelente editorial de The Lancet (5) expone que el Reino Unido está sufriendo ya, coincidiendo en el tiempo con la presión de Trump. La política de las principales compañías farmacéuticas de retirar casi 2.000 millones de libras esterlinas de inversiones anteriormente propuestas para el país, justificando su decisión por la insuficiente inversión gubernamental. Como señala el editorial, el núcleo, el origen del problema, es la cantidad de dinero que el Servicio Nacional de Salud (NHS) gasta en medicamentos. La industria considera inadecuada, la cantidad

que recibe y su amenaza inmediata es la reducción de su inversión en investigación y desarrollo.

La rendición a la presión Trump del gobierno Starmer se ha concretado, en elevar el umbral de coste-efectividad del Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE) en un 25 %. Just Treatment ha calificado esta decisión como una mala respuesta, una cesión a "una extorsión coordinada al contribuyente británico por parte de las grandes farmacéuticas y Donald Trump".

La oposición a este acuerdo ha sido muy notable. Treinta y un diputados laboristas, verdes, liberaldemócratas, independientes y nacionalistas escoceses han presentado una moción en la Cámara de los Comunes, informa The Guardian (6). Este grupo ha expresado su desacuerdo con la decisión de dar al secretario de Salud el poder de anular una decisión de NICE, sobre cuánto debe gastar el NHS para un medicamento determinado. Esta resolución impide, a NICE su función básica, dirigida a evitar los precios excesivos que cobran las compañías farmacéuticas.

El impacto sobre la salud de los ciudadanos puede ser muy notable (7). Investigadores de la Universidad de York en un análisis establecen una proyección en la que consideran que esta decisión provocará más muertes adicionales que las sufridas durante dos años de pandemia.

¿Cuáles son en este breve período las primeras reacciones y posicionamientos que se dibujan de gobiernos, servicios de salud e industrias farmacéuticas?

Con la estrategia de nación más favorecida, Trump intenta, según hemos visto anteriormente, conseguir similares precios a los europeos, pero sus consecuencias van mucho más allá, proponiendo un futuro inmediato en el que se ocasionará un notable incremento del gasto farmacéutico público. La reacción de los laboratorios farmacéuticos

que se observa en las declaraciones de sus directores ejecutivos a diferentes medios es clara y rotunda: evitar a toda costa, la disminución de sus excepcionales, beneficios, utilizando todas las herramientas disponibles. Así, por ejemplo, en el momento actual podemos observar como las empresas no lanzan medicamentos innovadores en Europa. Efectivamente, el retraso intencionado del lanzamiento europeo de nuevos medicamentos es empleado por las empresas productoras para disminuir y amortiguar el posible impacto de nación más favorecida y no perjudicar el precio en Estados Unidos; una táctica a corto plazo que están aplicando algunos de los grandes laboratorios.

Se observa también como las farmacéuticas estadounidenses, pueden tener la tendencia a situarse al margen de los mercados europeos para evitar tener que revelar sus precios netos en la UE.

Una consecuencia adicional importante para los países europeos, es la modificación de las estrategias de inversión de los fabricantes de la UE y su impacto en el mantenimiento de plantas de fabricación o en el desarrollo de nuevas, con su subsiguiente reducción de empleos.

Al mismo tiempo, la BigPharma está acelerando sus planes de respuesta y replanteando sus objetivos y métodos nacionales de negociación de precios.

En párrafos anteriores hemos visto las estrategias de las empresas farmacéuticas británicas, pero también países como Suiza, Alemania y Francia están sometidos a la misma presión y amenaza. Algunos países, como por ejemplo Suiza ya han recibido propuestas de modificación del proceso de negociación para la fijación de precios dirigidas a elevar los precios de referencia.

Un caso con algunos rasgos específicos es el de Alemania.

La política farmacéutica del gobierno alemán es clave para la UE dado que los precios de los fármacos fijados en Alemania marcan la pauta para el mercado europeo. Sus decisiones en materia de precios tienen además un efecto, inmediato para Estados Unidos, como señala EndsPoint (8), puesto que es un país de referencia para los cálculos en el marco de la política MNF, que como hemos ido describiendo, vincula los precios de los medicamentos en EE.UU con el equivalente más bajo en países con un nivel de desarrollo similar. Pero además el gobierno alemán se ha atrevido a plantear la exigencia de reembolsos de las empresas farmacéuticas a las aseguradoras en relación con un mayor gasto en nuevos medicamentos de marca. Con la medida el gobierno alemán calcula un ahorro para el sistema público de salud de 5.200 millones de euros. La respuesta de protesta de las grandes industrias farmacéuticas residentes en Alemania ha sido inmediata Lilly (9) amenaza con reducir a la mitad una inversión de 2.300 millones de euros. Su CEO, manifestó que el ahorro podría destinarse a una nueva planta de un proyecto ya en marcha en Pensilvania. Boehringer, anunció una reducción de 900 millones de euros entre 2027 y 2030 y el CEO de AstraZeneca, utilizó el discurso insidioso habitual, señalando que Alemania podría perder por completo el acceso a nuevos tratamientos si sigue adelante con el proyecto del gobierno.

La actitud de Sanofi, empresa de singular importancia en Francia es muy esclarecedora. Para entender bien las reacciones de las farmacéuticas europeas hay que comprender que el mercado estadounidense sigue siendo vital para ellas en sus resultados económicos. Por ejemplo, las empresas farmacéuticas de Francia como Sanofi obtienen el 45% de su facturación en EE.UU frente a solo el 2,8% de Francia. Estos datos explican que los laboratorios pueden eliminar más fácilmente la comercialización de un tratamiento innovador en Francia, si eso le supone poder mantenerlo al otro lado del Atlántico.

Por esta razón, ya en diciembre de 2025, Sanofi, había llegado a un acuerdo para reducir los precios de los medicamentos y realizar inversiones en innovación a favor de los estadounidenses, a cambio de una exención de derechos de aduana.

A modo de breve resumen final

De los diferentes aspectos que se han expuesto en el texto podemos extraer algunas reflexiones.

En primer término, como lo demuestra el caso de Reino Unido, las presiones de la BigPharma en el futuro inmediato para aumentar los precios de los medicamentos “innovadores” en la UE y España adquirirán una dimensión muy considerable, incluyendo amenazas de desabastecimiento y falta de acceso en el caso de no acceder a las propuestas de incremento.

Los responsables políticos de los EE.UU deberían entender que adoptar una agenda internacional de precios de referencia no depende de presionar a otros países para que paguen más por los medicamentos o pierdan el acceso a los medicamentos, si no de su propia acción modificando el sistema de monopolio de patentes.

La industria farmacéutica con sus inmensos beneficios puede permitirse vender sus medicamentos a los estadounidenses con un menor coste, sin dañar a las personas en otros países y sin frenar la innovación.

La Unión Europea debe diseñar los mecanismos necesarios para resistir de forma conjunta las presiones y amenazas para aumentar los precios de los medicamentos en Europa y consiguientemente el gasto sanitario público.

En España, la única reacción comentada por el secretario de Estado a la amenaza de subida de precios de los medicamentos “innovadores” consistente en bloquear la información y la transparencia sobre los procesos de fijación de precio, con el objetivo

aparente de conseguir un mejor margen de negociación, nos parece insuficiente y claramente contradictoria.

Por último, y como venimos insistiendo en AJM la única forma de garantizar un acceso justo al medicamento es cambiar el actual sistema de monopolio que genera precios abusivos y provoca graves trastornos para los ciudadanos y los sistemas públicos de salud.

Bibliografía

1. White House Most-Favored Nation Analysis Reflects Trump’s Unserious Attempt at Drug Pricing Reform - Public Citizen <https://www.citizen.org/article/white-house-most-favored-nation-analysis-reflects-trumps-unserious-attempt-at-drug-pricing-reform/>
2. Ley de Reducción de la Inflación de 2022 | HHS.gov <https://www.hhs.gov/es/inflation-reduction-act/index.html>
3. Delivering Most-Favored-Nation Prescription Drug Pricing to American Patients – The White House. <https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/2025/05/delivering-most-favored-nation-prescription-drug-pricing-to-american-patients/>
4. A Free Market Approach to Healthcare: Lower Costs, Better Care – CEPR Dean Baker. <https://cepr.net/publications/a-free-market-approach-to-healthcare/>
5. Drug pricing and pharmaceutical innovation: a false promise. Editorial The Lancet. Volume 406. Number 10514 p 1923 -2032. 25 de octubre de 2025. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)02160-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)02160-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email)
6. Dozens of MPs oppose Streeting’s new power to say what NHS pays for drugs | Wes Streeting | Denis Campbell The Guardian. 26 Abr. 2026. <https://www.theguardian.com/politics/2026/apr/26/mps-oppose-wes-streeting-power-to-say-what-nhs-pays-for-drugs-nice>

7. Inside the pharma deal that could cost more lives than COVID. THE BUREAU OF INVESTIGATIVE JOURNALISM. Global Health. 13 de Abril 2026. <https://www.thebureauinvestigates.com/stories/2026-04-13/inside-the-64bn-pharma-deal-that-could-cost-more-lives-than-covid>

8. Novartis CEO disheartened by Germany's planned €60B cuts to healthcare spending. <https://endpoints.news/novartis-ceo-disheartened-by-germanys-planned-e60b-cuts-to-healthcare-spending/>

9. Lilly, Boehringer retrench in Germany on proposed health spending cuts. Germany's health-spending plan has consequences as Lilly, Boehringer scale back. Ayisha Sharma. 4 de junio de 2026. <https://endpoints.news/lilly-boehringer-retrench-in-germany-on-proposed-health-spending-cuts/> / [https://www.theguardian.com/politics/2026/apr/26/mps-oppose-wresting-power-to-say-what-nhs-pays-for-drugs-nice](https://endpoints.news/lilly-boehringer-retrench-in-germany-on-proposed-health-spending-cuts/?u=93f7a3d6-0052-4aab-a6e4-08fe5df71624&s=email&c=524130ceb9977113-2d535492&utm_medium=email&utm_campaign=FDA%20rare%20disease%20meeting%20prompts%20real%20optimism%20Basic&utm_content=FDA%20rare%20disease%20meeting%20prompts%20real%20optimism%20Basic+CID_9947236b287b29762150e75686f92eb7&utm_source=ENDPOINTS%20emails&utm_term=Germanys%20health-spending%20plan%20has%20consequences%20as%20Lilly%20Boehringer%20scale%20back)

Lecturas recomendables para completar la información

- The US pharma deal is a crime against UK healthcare - New Statesman. <https://www.newstatesman.com/spotlight/healthcare/nhs/2026/05/the-us-pharma-deal-is-a-crime-against-uk-healthcare>
- Most Favored Nation' Policies And Value-Based Drug Pricing: A European View – PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41941684/>

Textos para lectura complementaria

- Donald Trump se burló de Emmanuel Macron en su intervención ante los senadores, Trump imitó la voz del presidente de la República de Francia Macron en una con que había mantenido con él, diciendo: “Me gustaría aumentar el precio de mis medicamentos recetados un 200% o lo que sea. Lo que quieras, Donald, por favor, no se lo digas a la población, te lo ruego”, remató, entre las risas de algunos de los presentes, con tono burlesco: "Donaldddd, trato hecho”.
- Esta estrategia del gobierno conservador alemán está incluida en un conjunto de actuaciones diseñadas para intentar reducir el déficit de financiación anual previsto para 2030 de 40.000 millones donde se incluyen propuestas muy lesivas, como la limitación de los salarios de los médicos y de la financiación de la atención sanitaria para las personas que reciben prestaciones sociales.



“La diferencia de precios de medicamentos entre Estados Unidos y Europa, no se debe en absoluto a un supuesto aprovechamiento por la UE de los costes de investigación y desarrollo que asume EE.UU. como señala falsamente Trump”

ORIGINAL

Transparencia sobre el precio de los medicamentos financiados por la sanidad pública



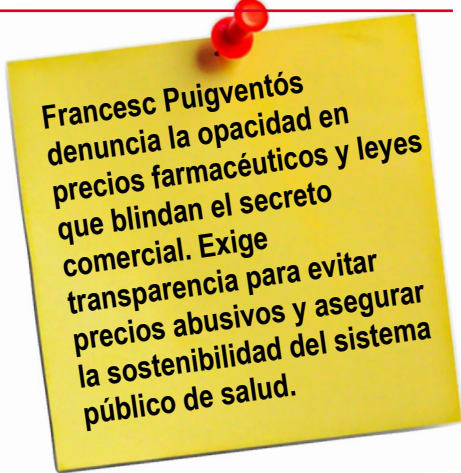
Francesc Puigventós.

Especialista en Farmacia Hospitalaria. Palma de Mallorca.

ATRAPADOS POR EL DILEMA DEL PRISIONERO

Las iniciativas legislativas del Ministerio a favor de mantener la opacidad del precio de adquisición de los medicamentos, nos muestra que parece estar atrapado por una variante perversa del dilema del prisionero. Los lobbies farmacéuticos sostienen que, si el Ministerio dice la verdad y publica de forma transparente el precio real de adquisición de los medicamentos financiados, los intereses públicos saldrían perjudicados y que además se retrasaría el acceso a los pacientes de los medicamentos innovadores [1] [2] [3] [4]. En línea, el Sr Trump, con la aprobación de la “Cláusula de la Nación Más Favorecida” para EEUU, establece que pagará por los medicamentos una cantidad igual al país que pague un precio más bajo entre los que forman el G7, Suiza y Dinamarca [5] [6], lo que redundaría en la idea de que no se hagan públicos los precios reales en nuestro país.

Es muy preocupante que el Ministerio haya sido atrapado por este dilema, andando en sentido inverso a la transparencia. Si el Ministerio se decanta por la opacidad, seguiremos manteniendo una situación de elevado gasto en medicamentos con inmensos recursos destinados a pagar la factura farmacéutica, en detrimento de las necesidades asistenciales. Si el Ministerio se decanta por la transparencia se anuncia que la situación sería peor.



Francesc Puigventós denuncia la opacidad en precios farmacéuticos y leyes que blindan el secreto comercial. Exige transparencia para evitar precios abusivos y asegurar la sostenibilidad del sistema público de salud.

La asignación de precios de los medicamentos y la decisión de financiación para el sistema público de salud está regulada en nuestro país [7]. Este proceso de negociación entre la administración y las compañías farmacéuticas no es transparente y los acuerdos de precios son muchas veces abusivos. Las compañías farmacéuticas mantienen precios diferentes y secretos para cada país, solo publicando precios de catálogo que sirven de base a los llamados precios de referencia externos, que



Francesc Puigventós

determinan en buena parte la negociación. La situación se explica por la capacidad y privilegio de la industria farmacéutica, blindada por el sistema de patentes y exclusividad que conforman los monopolios farmacéuticos, lo que permite generar ingresos muy por encima de los costos de I+D y de producción. Los elevados precios son una de las principales causas de que sea tan elevado y sostenido el gasto de medicamentos de nuestro país [8], que alcanza el 24 % del total del gasto sanitario público [9].

Ello se suma a mantener también la opacidad de la industria sobre los costos reales invertidos en la I+D de un nuevo medicamento, a sus costos de producción y al desconocimiento de la inversión pública dedicada a su desarrollo.

LA DEFENSA DE LA TRANSPARENCIA POR LAS ORGANIZACIONES SOCIALES

La opacidad del proceso de aprobación de los precios ha sido denunciada desde hace años por organizaciones ciudadanas y de la sociedad civil que han reclamado reiteradamente transparencia absoluta.

El manifiesto y campaña de la plataforma No es Sano en 2015 [10] fue un punto de referencia con el soporte de organizaciones como Salud por Derecho, Médicos del Mundo (MdM), la Asociación de Acceso Justo al Medicamento (AAJM), la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU), la Organización Médica Colegial (OMC), SESPAS y No Gracias, entre otras [11]. La reivindicación de transparencia ha sido reclamada de forma reiterada en años sucesivos (2021-2025) [12] [13] [14] [15] [16]. Y desde 2019 se han llevado a los tribunales demandas de casos concretos para que sean públicos los precios netos de adquisición, como se expone con gran detalle en los informes de Salud por Derecho [13], No es Sano [12] [17] y la Fundación CIVIO [18]. En total se han cursado ocho procedimientos judiciales amparados en la Ley de Transparencia [19], con múltiples recursos en

Juzgados y en la Audiencia Nacional [20], cuyo resultado ha sido infructuoso, aunque pendiente actualmente de una resolución final por parte del Tribunal Supremo [21].

Las organizaciones sociales concretan la demanda de transparencia en:

-Que sea público cual es el precio real neto de adquisición de un medicamento pagado por la administración y las condiciones finales en que se financia.

-Que sean públicos los costes de producción y de I+D, y la participación de inversión pública para su desarrollo, elementos esenciales para una negociación justa y equilibrada entre la administración y las compañías.

¿QUE APORTAN LAS INICIATIVAS LEGISLATIVAS ACTUALES DEL MINISTERIO FRENTE A ESTAS DEMANDAS?

- La Enmienda 259 incluida en el Proyecto de Ley para modificar la Ley General de derechos de las personas con discapacidad 12/03/2026 [21] [22].

En la propuesta se incluye: "...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 y no podrán ser revelados ni por la Administración General del Estado ni por las empresas u otras entidades que sean parte en dichos acuerdos".

La parte positiva de la enmienda incluye la obligación de las compañías farmacéuticas de poner en conocimiento del Ministerio de Sanidad las ayudas financieras públicas recibidas para el desarrollo de su medicamento y las provenientes de entidades filantrópicas o sin ánimo de lucro. Pero al mismo tiempo establece que la información obtenida por la Administración será

confidencial, no pública. Y se justifica como un elemento estratégico para preservar la capacidad negociadora del Estado, garantizar la sostenibilidad presupuestaria y asegurar el acceso equitativo a la innovación terapéutica. Javier Padilla secretario de estado de Sanidad [23] [24] argumenta que la publicación de los precios de adquisición de los nuevos medicamentos podría retrasar su comercialización en nuestro país, y demorar su acceso a los pacientes. Lo justifica por las acciones tomadas por Donald Trump sobre la “Cláusula de la Nación Más Favorecida” ya mencionada [5].

Con la incorporación de esta enmienda se asume el discurso de la industria protegida por patentes que así captura a la administración. De hecho, la opacidad del precio real del medicamento y de las condiciones de financiación ha sido y es un elemento esencial que las compañías farmacéuticas han mantenido incluso en situaciones críticas como en la epidemia del COVID, en que los precios de las vacunas no se hicieron públicos. Sumada a la opacidad de los costes de producción, de la I+D y de la inversión pública de un medicamento y a la presencia de patente y exclusividad, decanta la balanza negociadora entre la administración y las compañías, para que se asignen precios de financiación abusivos. Las voces críticas de las organizaciones denuncian este posicionamiento del Ministerio ver especialmente a AAJM [25] [26] [27] (ver cuadro 1), la fundación CIVIO [28] (ver cuadro 2) y la Revista El Salto [29].

- El Real Decreto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, aprobado por el Consejo de Ministros el 26/05/2026 [30] [31] [32] establece en el artículo 23.8 “El desarrollador de una tecnología en t estará obligado a aportar información sobre las fuentes de financiación públicas o procedentes de entidades sin ánimo de lucro, si existieran, así como la información en materia de costes de producción y desarrollo que sea necesaria para llevar a cabo el análisis económico, todo ello sin perjuicio de la información que deba ser aportada durante los procedimientos de

financiación y precio”. Estos datos deben servir para elaborar los informes de evaluación clínica y no clínica (fundamentalmente económica) que deben realizar la “Oficina de Evaluación del Medicamento” dependiente funcionalmente de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). El RD establece que estos informes y la valoración final sobre la posición relativa realizada por “Grupo de Adopción”, será publicada por el Ministerio de Sanidad como parte de un informe público de financiación de los medicamentos. Parece un paso importante para avanzar en transparencia, pero al mismo tiempo el RD (artículo 16) define que cualquiera de los informes que se publiquen **tendrá suprimida toda información confidencial** o que esté sujeta a derechos del desarrollador de la tecnología.

Salud por Derecho [33] valora el RD como un paso en la dirección correcta pero insuficiente y reitera la demanda que obligue a detallar, de forma clara y verificable, los incentivos fiscales recibidos, las subvenciones públicas, y un desglose de costes por cada fase del desarrollo, desde la investigación básica hasta los estudios post comercialización, así como el periodo de finalización de las patentes y exclusividad. Sin conocer la financiación indirecta, así como la duración efectiva de los periodos de monopolio, la transparencia que promete el decreto queda a medias y se seguirá negociando sin datos que son esenciales para hacer una evaluación del impacto económico y su proyección para los próximos años.

Varios aspectos del RD merecen una revisión, junto a enunciados positivos, quedan muchos aspectos a valorar, como la no duplicación de las evaluaciones europeas conjuntas, los conflictos de interés de la AEMPS como agencia reguladora y también evaluadora mediante la Oficina de Evaluación del Medicamento, el cambio de nombre y papel del Grupo de Adopción de Tecnologías (antes grupo de Posicionamiento), la ausencia de representación de las organizaciones de la sociedad civil en el Grupo de Adopción, entre otras. Y sobre todo la aplicabilidad para un

posicionamiento terapéutico basado en la 4ª garantía [34] [35] (ver cuadro 3)

-El Anteproyecto de ley de Medicamentos y Productos Sanitarios 2026. El texto en su última versión actualizada [36] se ha remitido al Consejo de Estado y, tras su aprobación definitiva por el Gobierno, iniciará una tramitación parlamentaria. Se anuncia que posiblemente el Consejo de Ministros lo apruebe este mismo mes de junio de 2026 pasando de ser Anteproyecto a Proyecto de Ley [37].

En el anteproyecto presentado por el Ministerio en 2025 [38], ya se incluía la opacidad del precio del medicamento, puesto de manifiesto en las alegaciones presentadas por CIVIO [39], NO es SANO [40] y la AAJM [41], como también en las alegaciones al proyecto de RD de evaluación de tecnologías sanitarias [42] [43].

En su última versión (Art 132.1) se expone que “A los efectos de la fijación de precios, las compañías comercializadoras deberán facilitar al Ministerio de Sanidad toda la información sobre los aspectos técnicos, económicos y financieros. El Ministerio de Sanidad podrá efectuar comprobaciones sobre la información facilitada. En concreto, las compañías estarán obligadas a poner en conocimiento del órgano competente del Ministerio de Sanidad cualquier ayuda financiera directa o de otro tipo recibida de cualquiera de las administraciones públicas y entidades dependientes de ellas, así como filantrópicas y sin ánimo de lucro, para el desarrollo de su medicamento o producto sanitario, así como todo el apoyo financiero público directo recibido para la investigación relacionada con el desarrollo de un antimicrobiano o antiviral de reserva o cualquier otro medicamento que pueda tener un carácter estratégico”.

Igual que en la enmienda 259 [22], se establece que (Art 132.3) que “La información que en virtud de este artículo obtenga la Administración General del Estado será

confidencial. Asimismo, 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 y no podrán ser revelados ni por la Administración General del Estado ni por las empresas u otras entidades que sean parte en dichos acuerdos”. Estos datos no serán públicos y se propone para la difusión de datos de financiación que “El Ministerio de Sanidad publicará información accesible para el público general sobre la financiación de cada producto, así como información agregada sobre el gasto en medicamentos y productos sanitarios”

Así pues, se mantiene la confidencialidad de los acuerdos de financiación que no serán públicos. Esta falta de transparencia no solo esconde acuerdos favorables para el SNS como argumenta el Ministerio, sino también exigencias injustas de precio. Para el sistema sanitario y la ciudadanía, sería importante conocer lo que se financia, por qué y a qué precio, y lo que no se financia, por qué y qué precio se pedía [44].

LAS CONSECUENCIAS, LO QUE PODEMOS PERDER:

Aspectos importantes para considerar, de gran impacto si se acaban aprobando junto al RD de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, la enmienda 259 y la nueva Ley de Medicamentos:

El conocer el precio real del medicamento es la base para la **realización de estudios económicos y de impacto presupuestario** y para definir cuál es el lugar que debe ocupar el nuevo fármaco en el esquema terapéutico es decir su **posicionamiento terapéutico**, en aplicación de la 4ª garantía (34,35,44). La opacidad impide que se puedan publicar estudios farmacoeconómicos y de impacto presupuestario que sean precisos y

reales, impidiendo que el posicionamiento terapéutico sea avalado con los precios reales de adquisición de los medicamentos. La transparencia de costes de producción, de la I+D y de la inversión pública en investigación es la base para que la aprobación de precio del medicamento se pueda realizar en función de su coste-plus o aproximarse al mismo (al menos mientras siga vigente el sistema actual de patentes) [45] [46] (ver cuadro 4).

La opacidad sobre costes de producción y de la I+D conduce a negociaciones a ciegas, lo que genera peores condiciones para los compradores y precios más altos. Esto, a su vez, dificulta la financiación de los tratamientos, aumentando el riesgo de que no estén disponibles, se retrase su disponibilidad para el paciente o se deban restringir sus condiciones de uso de forma selectiva.

Implica que seguiremos teniendo acceso a **fármacos a precios abusivos y subiendo la factura de la sanidad pública**, manteniendo y aumentando el gasto en medicamentos, en detrimento de los recursos asistenciales [8] (que ya es una realidad, como expresan las listas de espera para ser atendido).

Se arguye la necesidad de garantizar el acceso temprano a medicamentos innovadores pero la opacidad se aplicará a todos (innovadores y no innovadores).

La falta de transparencia en el uso del dinero público constituye uno de los principales **riesgos estructurales para la corrupción, el despilfarro y la desigualdad** en los Estados democráticos. La corrupción rara vez aparece de forma abrupta o aislada. En la mayoría de los casos, surge y se consolida en entornos donde la información es incompleta, inaccesible o deliberadamente opaca [27].

Se impide que tanto gobiernos como empresas **rindan cuentas** ante la ciudadanía. Los gobiernos no pueden ser fiscalizados por el uso de los recursos públicos y las empresas no pueden ser

responsabilizadas por establecer precios artificialmente altos sin criterios objetivos.

En resumen, las medidas legislativas actualmente aprobadas o en marcha tienen planteamientos positivos en cuanto a obligación de las compañías de informar sobre costes de producción y desarrollo del medicamento y de la inversión pública en investigación en el proceso de evaluación. Pero mantiene la opacidad de precios reales de adquisición para el SNS y sigue la confidencialidad de los costes de producción, desarrollo e inversión pública, que impide a los ciudadanos y a la sociedad valorar las decisiones de la administración para definir el posicionamiento terapéutico de los medicamentos. En este aspecto es una política regresiva. Se protege el interés de las compañías sobre el bien público. Prioriza el negocio sobre el derecho a la salud.

Corolario

El modelo actual necesita profundas reformas si queremos garantizar el derecho a la salud y la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario [47]. Necesidad de afrontar esta situación y replantear la política farmacéutica sobre nuevas bases, y definir una hoja de ruta junto con otros países afectados como el nuestro por la sostenibilidad, tomando iniciativas basadas en la transparencia para una negociación de precios más justa y equilibrada. Es una necesidad a nivel de la Comunidad Europea y a nivel mundial. Y para cerrar el paso a intereses mediados por grupos financieros y por encima del control democrático. Plantearse cambiar las cosas es el primer paso y un reto, al igual que se plantea en otras áreas esenciales como la limitación del porcentaje del gasto militar.

Si queremos mantener los derechos alcanzados por la sociedad en áreas básicas como la salud, se hace evidente la necesidad de una reflexión y posicionamiento en los decisores políticos. Es esencial para avanzar en el acceso justo a medicamentos a precios razonables, y a la salud como derecho fundamental de las personas.

Cuadro 1

LO QUE DICE LA AAJM SOBRE LA ENMIENDA 259 ^[25]

- "La posición del Ministerio con esta enmienda "progresista" es indistinguible de la de la Industria. Este cambio tan importante y trascendente de la política del Ministerio merece cuanto menos una explicación. Nos gustaría conocer si esta medida se debe a amenazas de la industria farmacéutica o bien a otro tipo de intereses. Para esta Asociación, es desalentador comprobar que gobiernos teóricamente de izquierdas se hacen indistinguibles en sus propuestas de gobiernos de orientación ultraliberal. Consideramos que el MS debe rectificar de forma inmediata, y anular la introducción de esta enmienda en la ley. Este despropósito debe corregirse, impidiendo así, que el precio que se paga por un medicamento en España pase a ser secreto de Estado".

Cuadro 2

LO QUE DICE LA FUNDACIÓN CIVIO ^[28]

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

- "Sobre la capacidad negociadora, la Resolución WHA 72.8 de la OMS, que España votó a favor, concluye exactamente lo contrario. La transparencia de precios no debilita la posición negociadora de los Estados: la refuerza, porque reduce la asimetría informativa entre la administración pública y la industria. La opacidad no protege al Estado: protege a quien tiene más información, que son las empresas farmacéuticas, que conocen los precios que cobran en todos los países".

Cuadro 3

La 4ª GARANTIA ^[34, 35]

La 4ª garantía responde a la necesidad de determinar con el máximo rigor posible, cuál es el lugar que debe ocupar el nuevo fármaco en el esquema terapéutico. Incorpora dos componentes, el valor terapéutico añadido del fármaco (o la ausencia del mismo) en comparación con las alternativas disponibles en un escenario de utilidad determinado y el componente de eficiencia para asegurar que se obtendrá un beneficio social positivo y que vendrá definido por el precio del fármaco y la población diana candidata a tratamiento.

Cuadro 4

COSTE-PLUS

Este sistema determina el precio en función de los costes relacionados con el desarrollo, la fabricación y la distribución del medicamento, añadiéndole un margen de beneficios para la compañía. Sin embargo, resulta ser el menos interesante para la industria farmacéutica frente a otros como el precio basado en el valor, definido en función al valor que dicho medicamento tiene para los compradores mediante la cuantificación del beneficio y de la disponibilidad a pagar por el mismo, no frente al coste real, como en el caso anterior.

REFERENCIAS

- [1] Roiz J, Alvarez P. La falta de confidencialidad apunta a disparar un 50% el precio de fármacos. Redacción Medica 13 abr. 2026 <https://www.redaccionmedica.com/secciones/industria/la-falta-de-confidencialidad-apunta-a-disparar-un-50-el-precio-de-farmacos-9560>
- [2] Farmaindustria. Así afecta la situación geopolítica a los medicamentos en España. Abril 2026 <https://www.farmaindustria.es/web/reportaje/asi-afecta-la-situacion-geopolitica-a-los-medicamentos-en-espana/>
- [3] de Quiroga S. Transparencia: el fuego amigo que puede dejar sin innovación a España. El Global Frama 21 marzo 2026 <https://elglobalfarma.com/opinion/editorial/carta-del-editor/transparencia-el-fuego-amigo-que-puede-dejar-sin-innovacion-a-espana/>
- [4] Arganda C. Farmaindustria ve “muy urgente” garantizar la confidencialidad de precios de los fármacos DiarioFarma 25 marzo 2026 <https://diariofarma.com/2026/03/25/farmaindustria-ve-muy-urgente-garantizar-la-confidencialidad-de-precios-de-farmacos>
- [5] Public Citizen. Estados Unidos decide incluir a la Unión Europea en la lista de vigilancia del informe especial 301. 30-04-2026. Revista 11 mayo, 2026. Revista AAJM n° 47 de Abril de 2026 <https://accesojustomedicamento.org/estados-unidos-decide-incluir-a-la-union-europea-en-la-lista-de-vigilancia-del-informe-especial-301/>
- [6] Homedes N y Ugalde A. ¿A qué obedece y quién se beneficia de las políticas farmacéuticas del gobierno de EEUU? 6 abril, 2026. Revista AAJM n° 46 <https://accesojustomedicamento.org/a-que-obedece-y-quien-se-beneficia-de-las-politicas-farmacenticas-de-la-administracion-trump/>
- [7] Puigventós F. Mapa de Actores, Medicamentos y su regulación: Procedimientos de autorización y asignación de precios. Médicos del Mundo ed 2023 https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/old/sites/default/files/mapa_de_actores_medicamentos_y_su_regulacion_procedimientos_de_autorizacion_y_asignacion_de_precios.pdf
-
- [8] Lamata F. El gasto farmacéutico sigue al alza: 1.330,6 millones más en 2025 11 mayo, 2026. Revista AAJM n°47 de Abril de 2026. <https://accesojustomedicamento.org/el-gasto-farmacaceutico-sigue-al-alza-1-3306-millones-mas-en-2025/>
-
- [9] Lamata F. Sistemas sanitarios, medicamentos y patentes. Revista AAJM n° 44 Enero 2026 <https://accesojustomedicamento.org/sistemas-sanitarios-medicamentos-y-patentes/>
-
- [10] Salud por Derecho. Nace la campaña NO es SANO 17/09/2015 <https://saludporderecho.org/nace-la-campana-no-es-sano/>
-
- [11] NO es SANO. Campaña para sanear el modelo de innovación de medicamentos https://noessano.org/wp-content/uploads/2023/03/manifiesto_noessano_web.pdf
-
- [12] NO es SANO. Los altos precios de los medicamentos en España: Análisis de los fármacos aprobados durante la pandemia Documento elaborado por la campaña NO es SANO con el soporte de MdM entre otros. Diciembre de 2021, 16/12/2021 <https://noessano.org/wp-content/uploads/2023/09/AltosPreciosMedicamentosEspana-InformeNES.pdf>
-
- [13] Salud por Derecho. Jaime Manzano. La opacidad en la fijación de precios netos de los medicamentos. Del problema global a la realidad local. El caso de NO es SANO. Informe-Transp_NES_230425_ESP.pdf <https://share.google/JEnx39a1snY2N78Cx>

[14] MdM. El alto precio de los nuevos medicamentos incrementa un 53% el gasto farmacéutico de los hospitales en solo siete años. 16 de diciembre de 2021 <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad/noticias/el-alto-precio-de-los-nuevos-medicamentos-incrementa-un-53-el-gasto-farmaceutico-de-los-hospitales-en-solo-siete-anos/>

[15] Irene Bernal. Los altos precios de los medicamentos: un problema que necesita una revisión urgente. REVISTA AAJM N° 8 Enero 2022 <https://accesojustomedicamento.org/los-altos-precios-de-los-medicamentos-un-problema-que-necesita-una-revision-urgente/>

[16] MdM. II Informe de Barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas. <https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/2024/07/2023-II-inform-de-barreras-al-SNS-en-poblaciones-vulnerabilizadas.pdf>

[17] NO es SANO. La transparencia en los precios de los medicamentos: un derecho que seguimos defendiendo 07/05/2025 <https://noessano.org/noticias/la-transparencia-en-los-precios-de-los-medicamentos-un-derecho-que-seguimos-defendiendo/>

[18] CIVIO. El Tribunal Supremo decidirá si el precio real y la financiación de los medicamentos siguen siendo secretos. Civio 14 enero 2026. <https://civio.es/novedades/2026/01/14/el-supremo-decidira-si-el-precio-real-de-los-medicamentos-para-las-arcas-publicas-sigue-siendo-secreto/>

[19] Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. Publicado en: «BOE» núm. 295, de 10/12/2013 <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12887>

[20] Beltrán Aguirre JI. La lucha en sede judicial por la transparencia del precio del medicamento y el intento de blindar su opacidad por vía legislativa 11 mayo, 2026.

Revista de la AAJM n°47 de Abril de 2026. <https://accesojustomedicamento.org/la-lucha-en-sede-judicial-por-la-transparencia-del-precio-del-medicamento-y-el-intento-de-blindar-su-opacidad-por-via-legislativa/>

[21] CIVIO 18 marzo 2026. PSOE y SUMAR quieren blindar legalmente el secreto en los precios de los medicamentos colándolo en una ley sobre discapacidad. <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/>

[22] Proyecto de Ley por la que se modifican el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. 12 de marzo de 2026. Enmienda 259. BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES CONGRESO DE LOS DIPUTADOS https://www.congreso.es/public_oficiales/L15/CONG/BOCG/A/BOCG-15-A-64-5.PDF

[23] Javier Padilla Bernáldez. Medicamentos: acceso y transparencia en tiempos de trumpismo.mar 19, 2026 <https://agranescala.substack.com/p/medicamentos-acceso-y-transparencia>

[24] Sara Plaza Casares. Javier Padilla: “Con nuestra propuesta, para privatizar algo se va a tener que justificar por muchas vías” El Salto. 17 mar 2026 <https://www.elsaltodiario.com/sanidad-publica/javier-padilla-propuesta-privatizar-algo-se-va-tener-justificar-muchas-vias>

[25] AAJM. Hachazo a la transparencia sobre el precio de los medicamentos financiados por la sanidad pública. Maniobra torticera de la coalición PSOE-Sumar en el Gobierno de España. Revista AAJM n° 46 de Marzo de 2026. <https://share.google/juloXIH9LjfBCo5dH> <https://accesojustomedicamento.org/hachazo-a-la-transparencia-sobre-el-precio-de-los-medicamentos-financiados-por-la-sanidad-publica/>

[26] Nota de prensa de la AAJM, 27 de marzo de 2026. Hachazo a la transparencia sobre el precio de los medicamentos financiados por la sanidad pública. <https://accesojustomedicamento.org/wp-content/uploads/2026/03/NP-2026-03-27-Denuncia-AAJM-enmienda-precio-medicamentos.pdf>

[27] Rodríguez Sendín JJ. La falta de transparencia es la mayor fuente de corrupción. La falta de transparencia en el gasto público sanitario y sus efectos sobre la igualdad y la eficiencia 6 abril, 2026. Revista AJM nº 46 . <https://accesojustomedicamento.org/la-falta-de-transparencia-es-la-mayor-fuente-de-corrupcion/>

[28] CIVIO. Que los precios de los nuevos medicamentos dejen de ser secretos. <https://civio.es/precios-medicamentos-transparencia/>

[29] Redacción El Salto. PSOE y Sumar utilizan una ley de discapacidad para blindar el secreto en los precios de los medicamentos. 19 mar 2026. <https://www.elsaltodiario.com/sanidad/psoe-sumar-utilizan-una-ley-discapacidad-blindar-secreto-precios-medicamentos>

[30] BOE. Real Decreto 415/2026, de 27 de mayo, por el que se regula la evaluación de tecnologías sanitarias. Núm. 131 Viernes 29 de mayo de 2026 <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2026-11587> <https://www.boe.es/boe/dias/2026/05/29/pdfs/BOE-A-2026-11587.pdf>

[31] Nota de prensa del Ministerio 26 05 2026. I Consejo de Ministros aprueba el primer marco estatal para evaluar tecnologías sanitarias en el Sistema Nacional de Salud. <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6918>

[32] Javier Padilla. ¿Evaluación para la acción?: a propósito de las tecnologías sanitarias. 8 puntos clave del nuevo Real Decreto aprobado hoy en el Consejo de Ministros. 26 05 26 <https://>

agranescala.substack.com/p/evaluacion-para-la-accion-a-proposito?publication_id=5026875&post_id=199297934&isFreemail=true&r=268b7h&triedRedirect=true

[33] Salud por Derecho. Salud por Derecho considera insuficiente el nuevo Real Decreto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias 26/05/2026 <https://saludporderecho.org/salud-por-derecho-considera-insuficiente-el-nuevo-real-decreto-de-evaluacion-de-tecnologias-sanitarias/>

[34] Puigventós F, Alegre del Rey EJ. La cuarta garantía en la evaluación de medicamentos. Necesidad de recuperar la independencia y el rigor en el posicionamiento terapéutico y la eficiencia dentro del sistema público de salud. Revista AJM Nº 27. 5 marzo, 2024 <https://accesojustomedicamento.org/la-cuarta-garantia-en-la-evaluacion-de-medicamentos/>

[35] Alegre del Rey EJ, Fénix-Caballero S, Fraga Fuentes MD et al. La importancia del posicionamiento terapéutico en la evaluación posautorización de nuevos medicamentos. Farm Hosp. 2025;49:T109-T11610.1016/j.farma.2024.10.011 <https://www.revistafarmaciahospitalaria.es/es-la-importancia-del-posicionamiento-terapeutico-avance-S1130634324000977>

[36] Lardiez A. Anteproyecto de Ley de los medicamentos y productos sanitarios. Demócrata. Publicado 3 JUN., 2026 <https://www.democrata.es/uploads/s1/26/66/84/7/anteproyecto-de-ley-de-medicamentos-democratadef.pdf>

[37] Alberca J. El camino que le espera a la Ley de los Medicamentos hasta su aprobación ElGlobalFarma 3/06/2026 <https://elglobalfarma.com/politica/camino-ley-medicamentos-aprobacion/>

[38] Ministerio de Sanidad, Anteproyecto de Ley de los Medicamentos y Productos Sanitarios. Abril de 2025. [https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/legislacion/docs/Anteproyecto de Ley Medicamento.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/legislacion/docs/Anteproyecto_de_Ley_Medicamento.pdf)

[39] CIVIO 14 mayo 2025 Sanidad regala a las farmacéuticas la opacidad total en los precios de medicamentos <https://civio.es/novedades/2025/05/14/sanidad-da-marcha-atras-y-regala-a-las-farmaceuticas-la-confidencialidad-en-los-precios-de-medicamentos/>

[40] NO es SANO. Mayo 2025. Evaluación del anteproyecto de ley de medicamentos y productos sanitarios a la luz de la WHA 72.8 sobre transparencia. Con el soporte de AAJM, Mdm, OCU y Salud por Derecho. https://noessano.org/wp-content/uploads/2025/05/NO-ES-SANO_PETICIONES-TRANSPARENCIA-2.pdf

[41] AAJM. Alegaciones de la Asociación por un Acceso Justo al Medicamento al Anteproyecto de Ley del Medicamento 14 mayo, 2025 Revista AAJM n° 38 Abril 2025. <https://accesojustomedicamento.org/alegaciones-de-la-asociacion-por-un-acceso-justo-al-medicamento-al-anteproyecto-de-ley-del-medicamento/>

[42] AAJM. Alegaciones Proyecto de Real Decreto por el que se regula la evaluación de tecnologías sanitarias <https://accesojustomedicamento.org/aportaciones-de-la-asociacion-por-un-acceso-justo-al-medicamento-al-tramite-de-audiencia-publica-del-proyecto-de-real-decreto-por-el-que-se-regula-la-evaluacion-de-tecnologias-sanitarias/>

[43] Salud por Derecho. Pedimos al Ministerio de Sanidad más transparencia en

la evaluación de los medicamentos y de otras tecnologías sanitarias 23/09/2024 <https://saludporderecho.org/pedimos-al-ministerio-de-sanidad-mas-transparencia-en-la-evaluacion-de-los-medicamentos-y-de-otras-tecnologias-sanitarias/>

[44] Alegre del Rey EJ De la evidencia a la apariencia: cuando la Ley es la trampa Ascenso y descenso de la evaluación de medicamentos en España. Revista de la AAJM n°39 – Mayo 2025. <https://accesojustomedicamento.org/de-la-evidencia-a-la-apariencia-cuando-la-ley-es-la-trampa-2/>

[45] NO es SANO. Los altos precios de los medicamentos en España: Análisis de los fármacos aprobados durante la pandemia Documento elaborado por la campaña NO es SANO con el soporte de Mdm entre otros Diciembre de 2021 16/12/2021 <https://noessano.org/wp-content/uploads/2023/09/AltosPreciosMedicamentosEspana-InformeNES.pdf>

[46] Puigventós F, López Briz E, Fraga MD. Susto o muerte: ¿Cuál es el precio justo de los medicamentos? Gestión Clínica y Sanitaria. 2017 19 (2):55-58 <http://www.iiss.es/gcs/gestion65.pdf>

[47] Soledad Cabezón Ruiz. Dos años (más) defendiendo que la salud no sea un negocio opaco. 11 mayo, 2026 Revista AAJM n°47 de Abril de 2026. Editorial <https://accesojustomedicamento.org/dos-anos-mas-defendiendo-que-la-salud-no-sea-un-negocio-opaco/>



ORIGINAL

Colectivos en Lucha por la Sanidad Pública



Colectivos en Lucha por la Sanidad Pública es un movimiento estatal de reciente creación, donde se han unido distintas plataformas y organizaciones de las CCAA.

Al inicio de su actividad ha organizado dos actos en el contexto del cumplimiento de los 40 años de la Ley General de Sanidad donde plantear: la Participación Comunitaria y el blindaje Constitucional de la Sanidad Pública y Universal, como derechos fundamentales.

La Ley General de Sanidad con sus luces, como, la implantación de la universalidad, la financiación vía impuestos, la integración y cohesión de las estructuras sanitarias de distinta titularidad pública bajo un solo sistema sanitario y con sus sombras, con los artículos 66, 67 y 90, de la LGS que perpetúan la coexistencia del sistema sanitario privado, así como la persistencia de un sistema sanitario distinto para 2 millones de habitantes.

En el primer acto se abordaron temas tan importantes como los inicios de la reforma de la Atención Primaria, con la fuerza y la ilusión de aquellos momentos, las dificultades encontradas y los tiempos en que se generalizó su implantación. Y como este proceso fue paralizado por la corriente neoliberal y su traducción en el Informe Abril, al mismo tiempo que se iniciaba la promoción del consumo sanitario, que Atención Primaria no pudo contrarrestar por

voluntad política. Y el resultado de esta dinámica fue la Ley 15/97 de Aznar, apoyada por todos los grupos políticos de entonces; las únicas excepciones en rechazarla y votar en contra fueron Ángeles Maestro de Izquierda Unida (I.U.), y el Bloque Nacionalista Gallego (B.N.G.). Esta ley supuso abrir la puerta totalmente a la privatización del Sistema Sanitario Público para que se pudiera llevar a cabo con más facilidad.

Es con la crisis del año 2008 cuando la Atención Primaria es deteriorada con más fuerza, llegando a una temporalidad entre sus profesionales de un 23%. El grueso de los más de 13.000 puestos de trabajos directos destruidos entonces eran profesionales sanitarios de Atención Primaria. Este deterioro se profundizará aún más con el Real Decreto Ley 16/2012- Con su aplicación el Sistema Nacional de Salud sufre un paso aún más importante en su debilitamiento y entrega a las empresas privadas. Se inician los copagos antes inexistentes y se pierde la Universalidad.

Con el RD se estaba preparando y facilitando un producto más atractivo para las empresas privadas.

En la fase de recuperación de la crisis, la dotación de la Atención Primaria no experimenta mejora alguna; estaba claro que con una estructura deteriorada la privatización es más rentable y así habrá más

pacientes que vayan directamente a los especialistas y a las estructuras hospitalarias privadas que es donde se sitúa el negocio más beneficioso.

Este análisis de los rasgos fundamentales de la evolución del Sistema Sanitario Público fue ampliado y reforzado con la exposición de Audita Sanidad, con su trabajo: Estrategia neoliberal y Privatización de la Sanidad Pública. Su descripción de la privatización hospitalaria en la Comunidad de Madrid, con la utilización los modelos PFI y PPP, así como la de la corrupción que se evidencia una y otra vez en la estrategia de convocatoria y resolución, de contratos menores de la Comunidad de Madrid demuestra una y otra vez el proceso de desmantelamiento del sistema público sanitario

El segundo acto organizado, se realizó el día 22 de mayo en el Congreso de los Diputados. En el mismo se expuso en primer término, como se llevó a cabo la desprivatización del llamado “modelo Alzira” buque insignia de la privatización sanitaria, por el que se había entregado a la empresa Ribera Salud en la C. Valenciana la gestión del hospital así como posteriormente de la Atención Primaria del Área mediante una concesión administrativa.

Esta reversión y recuperación de la gestión pública directa fue realizada de forma impecable gracias a la voluntad política, no sin grandes dificultades provocadas por demandas judiciales y presiones mediáticas y de todo tipo por la empresa Ribera Salud. Durante el proceso de reversión se pudieron comprobar de forma evidente todo tipo de carencias a nivel de recursos humanos y materiales. La lógica de negocio de Ribera Salud estaba por encima de la salud de los ciudadanos y ciudadanas y de los profesionales sanitarios, mientras menos recursos más negocio. Esta desprivatización y como se llevó a término con éxito es un ejemplo de que si se puede realizar, pese a todas las dificultades y que supone un claro mensaje: el negocio debe estar siempre fuera de todo

proceso en relación con la salud de la población.

Posteriormente las Asociaciones de Vecinos representadas expusieron la necesidad mejorar el sistema sanitario público y la exigencia a a los representantes parlamentarios de responder a las demandas de la población, defendiendo el sistema público. Al mismo tiempo, necesidad de extender la conciencia en la ciudadanía de la exigencia de un sistema sanitario público, que responda con igualdad y solidaridad para todas y todos. Y como la participación debe realizarse como ciudadanía, no sesgada con otros perfiles

Las características de este proceso implican objetivos definidos y más participación ejecutiva.

Finalmente, la Asociación para un Acceso Justo al Medicamento AAJM expuso la importancia notable que el gasto farmacéutico tiene para el Sistema Nacional de Salud y el riesgo, que supone el incremento constante y notable del gasto farmacéutico en España, fundamentalmente el gasto hospitalario para su supervivencia . El incremento del gasto farmacéutico en el 2025 permitiría por ejemplo contratar a 13.000 profesionales.

Este gasto descontrolado se debe a los precios escandalosos que las grandes empresas farmacéuticas imponen a los denominados “medicamentos innovadores” término con el que se enmascara la realidad de medicamentos de marca sometidos a un monopolio durante periodos de exclusividad, muy prolongados, en muchas ocasiones más de 20 años. Estos precios tan elevados que no corresponden con los costes reales de investigación y producción se debe a un monopolio que permite a la BigPharma fijar el precio más alto posible sin ningún tipo de límite y sin la obligación de explicar sus costes reales. Los fármacos de altísimos precios en realidad tienen costes muy bajos.

En España el proceso final de financiación pública y fijación de precio, para un medicamento determinado, lo realiza la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos cuyo margen de negociación es escaso, dado que el precio de referencia es el establecido de manera unilateral por las empresas farmacéuticas en Estados Unidos.

Los sistemas sanitarios públicos en Europa y en España están fuertemente sometidos a las presiones de los lobbies de la industria farmacéutica que abarca todo el ámbito de la política farmacéutica. Actúan sobre los decisores políticos y sobre los profesionales médicos cuya formación continuada depende en la mayoría de las ocasiones de la financiación de la industria farmacéutica. Su área de influencia a través de la financiación incluye a pacientes y sociedades científicas.

En el intervalo entre las dos mesas, tuvimos la oportunidad de escuchar la intervención de una farmacéutica que explicó el papel del

laboratorio israelí Teva en el genocidio realizado por Israel al pueblo palestino en Gaza y su papel directo a través de un entramado empresarial. En su intervención llamó al boicot a los productos del mencionado de laboratorio, tanto a nivel de profesionales farmacéuticos y de comunidades autónomas como de los propios ciudadanos y ciudadanas

Colectivos en lucha por la sanidad pública, ha comenzado a caminar. Confiamos profundamente en una ciudadanía comprometida en la defensa de nuestro sistema sanitario público. Consideramos que es clave desarrollar un papel activo para conseguir, recuperar y mejorar un sistema público imprescindible para la salud.

Sin duda se puede.

Amparo Botejara.
Colectivos en Lucha por la Sanidad Pública



En las Jornadas "40 años de la Ley General de Sanidad y la Participación Comunitaria hoy" asistieron como ponentes: Pedro Sabando, Asunción Prieto Orzanco, Cristina de la Cámara, Vicente Losada, Amparo Botejara, Juan Gervás y Juan Antonio Caballero, en la 1ª (24 de abril/26), y en la 2ª (22 de mayo/26) Carmen Montón, Isabel González Rodríguez, Remigio Cordero, Ramón Gálvez, Diego López Garrido, Ana Rosa Encinas y Julio González. Ver Jornadas completas en los siguientes links:

[1ª Jornada](#) / [2ª Jornada](#).

OTRAS FUENTES

La trampa de la innovación: cómo la industria farmacéutica instrumentaliza una palabra para extender monopolios

Tahir Amin y Rohit Malpani.

Amin and Malpani are the authors of "Pharma Monopoly: The Battle for the Future of Medicines," 26 de mayo de 2026. <https://www.statnews.com/2026/05/26/humira-patents-abbvie-innovation-pharma-monopoly-excerpt/>

Excelente artículo de nuestro bien conocido Tahir Amín dónde con claridad y contundencia describe que hay detrás realmente del término innovación que utiliza la industria farmacéutica. Con él justifica sus estrategias dirigidas a conseguir el mayor beneficio posible, bloqueando la aparición de medicamentos genéricos asequibles. Analizando las políticas adoptadas por Abbvie con su medicamento Humira, los autores demuestran como el sistema de patentes actual es el responsable de precios abusivos e intolerables: "Esto ha distorsionado cualquier integridad que pudiera haber tenido el sistema de patentes, convirtiéndolo en un cajero automático para las compañías farmacéuticas".

- Senador John Cornyn: ¿Cuántas patentes tienen?
- Director ejecutivo de AbbVie, Richard González: ... Ciento treinta y seis patentes.
- Cornyn: ¿Ciento treinta y seis patentes para un solo medicamento?
- González: Pero, bueno, recuerde, Humira es como nueve o diez medicamentos diferentes. Así que...
- Cornyn: Creí que le había dicho a la senadora [Debbie] Stabenow que era la misma molécula.
- González: Es la misma molécula, pero trata diferentes afecciones. Y si observa esa cartera de patentes...
- Cornyn: ¿Así que usan la misma molécula para tratar diferentes afecciones y pueden obtener una patente para ese tratamiento?
- González: Por supuesto.

El intercambio anterior proviene de una audiencia del Congreso de 2019. El senador John Cornyn, republicano de Texas, le pidió al director ejecutivo de AbbVie, Richard González, que explicara al Comité de Finanzas del Senado cómo su compañía había acumulado tantas patentes para este único medicamento llamado Humira.

González, acostumbrado a la controversia, optó por responder comparándolo con varios medicamentos. Tras obtener la primera aprobación regulatoria para Humira en el tratamiento de la artritis reumatoide, una afección que causa inflamación en las articulaciones, AbbVie pensó que el fármaco también podría ser eficaz contra la enfermedad inflamatoria intestinal. De hecho, AbbVie finalmente probó el medicamento, obtuvo patentes y la aprobación de la FDA para diversas afecciones relacionadas con la inflamación. Para González, las 136 patentes que AbbVie había acumulado hasta ese momento estaban justificadas. Eran "innovaciones que ellos mismos habían creado", afirmó. Esto significaría otros 18 años de protección de patentes más allá del vencimiento de la patente original de Humira en 2016.

AbbVie había hecho valer más de 70 patentes en litigios contra algunos de sus competidores. Esta maraña de patentes, o "enredo de patentes", como se las conoce coloquialmente, les impediría lanzar al mercado versiones más asequibles durante siete años adicionales tras

la expiración de su patente original para el medicamento.

Esto significaba que AbbVie podía seguir cobrando precios de monopolio hasta 2023, antes de que entrara el primer competidor, según los términos del acuerdo. Dichos términos, como explicaría González, permitirían a los competidores licenciar las patentes de AbbVie a cambio de regalías al ingresar al mercado.

González, señaló que, a pesar de contar con protección de patente para el medicamento hasta 2034, aunque impopular entre algunos, su compañía había logrado un equilibrio razonable al permitir la entrada de la competencia aproximadamente 10 años antes. Con la resolución del litigio, AbbVie había obtenido siete años adicionales de monopolio de mercado entre 2016 y 2023 gracias a su extenso portafolio de patentes para sus supuestas innovaciones.

AbbVie obtendría más ingresos —114 mil millones de dólares— en estos siete años adicionales para su medicamento Humira que en los 13 años anteriores, cuando la FDA lo aprobó por primera vez en 2002. Desde el lanzamiento de Humira, también había aumentado su precio un 470%, hasta aproximadamente 77.000 dólares por un año de suministro. Muchos de estos aumentos se produjeron durante los siete años adicionales de monopolio en el mercado tras la expiración de su patente principal.


Lo que Gonzales no reveló en la audiencia del Senado ese día fue cómo AbbVie había creado las innovaciones y las 136 patentes que le habían permitido extender su monopolio y bloquear a la competencia. Dos años después de la audiencia del Senado, el Comité de Supervisión y Reforma de la Cámara de Representantes publicó un informe sobre AbbVie como parte de una investigación más amplia sobre precios de medicamentos que estaba llevando a cabo en varias empresas. Durante la investigación, obtuvo documentación y una serie de diapositivas de PowerPoint de la consultora McKinsey

asesorando a AbbVie sobre cómo bloquear la competencia contra Humira. El Comité de Supervisión también había abierto una investigación aparte sobre McKinsey por su papel en el asesoramiento a empresas sobre cómo impulsar las ventas de analgésicos opioides adictivos.

Según la documentación recuperada, la investigación reveló los numerosos planes que AbbVie había ideado para contrarrestar la competencia. El eje central del plan era encontrar maneras de desarrollar extensiones de producto, lo que se denominó "diferenciación del producto". Esto incluía identificar diferentes afecciones para tratar con el fármaco; modificar su formulación o dosis; desarrollar nuevos procesos de fabricación; y, posteriormente, obtener patentes para estos "nuevos productos" o innovaciones.

Mediante este enfoque, AbbVie descubrió que podía bloquear el desarrollo de sus competidores, al tiempo que permitía el uso de las patentes a través de litigios agresivos para mantener a sus rivales detenidos en procedimientos legales durante al menos cinco años. Seis años antes de que expirara su patente principal, Abbott Laboratories, la antigua empresa matriz de AbbVie, puso en marcha el plan maestro de McKinsey para bloquear la competencia. Se celebraron sesiones de lluvia de ideas para generar nuevas patentes y ampliar su ámbito de propiedad intelectual. Una diapositiva destacaba con orgullo que, en una iniciativa inicial, Abbott había generado más de 200 ideas para nuevos tipos de patentes y propiedad intelectual. Para incentivar estas nuevas ideas para patentes y propiedad intelectual, Abbott ofrecía tres niveles de premios. Los participantes recibirían un iPhone o iPod Touch por generar una nueva idea de patente, un iPad por presentar una solicitud de patente y un ordenador Apple si se les concedía una patente.

La ironía de todo esto radica en que ni Abbott ni AbbVie inventaron la tecnología subyacente que permite la generación de proteínas de anticuerpos totalmente humanos



“El sistema de patentes actual se ha convertido más en un sistema de exclusividad para la inversión financiera que en un sistema de invención, tal y como se concibió inicialmente”

mediante fagos de fusión. Fue el científico británico y ganador del Premio Nobel de 2018, Gregory Winter, junto con los bioquímicos George Smith y Frances Arnold, quienes lograron el avance en el desarrollo de anticuerpos terapéuticos. Winter fue el principal responsable de perfeccionar la tecnología junto con la empresa alemana BASF, lo que facilitaría el desarrollo posterior de numerosos fármacos biológicos que la utilizan, como Herceptin (trastuzumab) para el cáncer de mama y Avastin (bevacizumab) para ciertos tipos de cáncer y la degeneración macular asociada a la edad.

En 2002, Abbott adquirió Knoll Pharmaceutical, una división de BASF, junto con la tecnología que daría lugar a Humira. Posteriormente, Abbott invirtió en la comercialización del fármaco, incluyendo ensayos clínicos y pruebas, y luego patentó todas las variantes imaginables bajo el pretexto de la innovación. Cuando el representante demócrata Rohit Khanna de California le preguntó a González durante una audiencia del Comité de Supervisión y Reforma de 2021 sobre los precios de los medicamentos, quién inventó el fármaco que se convirtió en Humira,

González afirmó no saberlo. Dijo que estaban más centrados en crear innovaciones que ayudaran a los pacientes, a lo que Khanna respondió: "En realidad, lo que usted hace es negocios".

Si bien Humira se ha convertido en el ejemplo paradigmático del abuso de patentes, este proceso no es exclusivo de AbbVie. El modelo de negocio que utiliza las patentes y el lenguaje de la innovación para justificar monopolios prolongados que mantienen el conocimiento privatizado más tiempo del necesario es endémico en la industria farmacéutica.

Esto se observa especialmente en muchos de los medicamentos más vendidos del mercado. Mi organización (la de Tahir), I-MAK, ha dedicado los últimos ocho años a investigar la magnitud del patentamiento de algunos de los fármacos más vendidos en Estados Unidos. En promedio, se concedieron 74 patentes para cada uno de los 10 medicamentos más vendidos en Estados Unidos en 2021. Las empresas presentaron, en promedio, más de 140 solicitudes de patente por medicamento, y el 66 % de estas solicitudes se presentaron después de que la FDA ya hubiera aprobado la comercialización del producto.

Muchas de estas patentes derivadas se solicitan durante un período posterior a la patente inicial de la invención original, la cual ya ofrece a las empresas 20 años de protección como incentivo para invertir en I+D.

La industria farmacéutica argumenta que las patentes derivadas se otorgan para innovaciones que mejoran un medicamento existente. Si bien esto puede ser cierto, estas innovaciones que pretenden mejorar un medicamento existente no aumentan la eficacia terapéutica y, a menudo, se basan en técnicas científicas de uso común que, técnicamente, no constituyen invenciones. Sin embargo, las políticas de patentes actuales permiten su concesión para incentivar la

inversión y, de paso, posibilitan que las empresas extiendan la protección de patentes el mayor tiempo posible para maximizar sus ingresos y beneficios. Esto se suma a las exclusividades de comercialización que otorgan organismos como la FDA. En el caso de los fármacos biológicos, las empresas obtienen 12 años de exclusividad de comercialización en Estados Unidos, además de la protección de patentes. Esto significa que ya tienen garantizados 12 años de control adicional monopólico absoluto del mercado para obtener un retorno de su inversión y maximizar sus beneficios antes de que surjan las dificultades relacionadas con las patentes.

Lo que refleja el caso de Humira y los datos de patentes de muchos de los fármacos más vendidos es lo que comúnmente se conoce en el ámbito empresarial como gestión del ciclo de vida. La gestión del ciclo de vida ha evolucionado junto con las políticas de innovación que han cobrado protagonismo con el auge del neoliberalismo y el emprendimiento corporativo. En ningún otro sector se utiliza esta práctica con tanta intensidad como en el farmacéutico. Tanto es así que se han escrito libros enteros sobre el tema y existen bufetes de abogados o departamentos jurídicos en las empresas con personal dedicado a esta labor. En su libro «Gestión del ciclo de vida farmacéutico: Cómo sacar el máximo provecho de cada marca», Tony Ellery y Neal Hansen describen esta práctica como la utilización de todas las medidas disponibles para mantener la exclusividad de la marca durante el mayor tiempo legalmente posible. En sus propias palabras: «Se aprovechará cualquier resquicio legal en la legislación pertinente, dado el enorme beneficio económico que supone bloquear la entrada de genéricos». Muy pocos sistemas legales ofrecen más resquicios legales que el sistema de patentes actual, debido a las políticas de innovación que lo definen y a los estándares que aplica.

En las últimas tres décadas, estas prácticas han dado origen a nuevos términos como «innovación incremental» dentro de la

industria farmacéutica, como si la innovación por sí sola no fuera un requisito lo suficientemente bajo como para privatizar aún más el conocimiento colectivo a través del sistema de patentes. Las compañías farmacéuticas justifican la necesidad de patentes para innovaciones e innovaciones incrementales argumentando que reducir la capacidad de la industria para generar ingresos mediante dichas prácticas implicaría una menor inversión en I+D.

En otras palabras, las patentes para innovaciones e innovaciones incrementales proporcionan los ingresos que ayudarán a financiar el desarrollo de inventos verdaderamente revolucionarios, suponiendo que ahí es donde se destinan las ganancias. Esta lógica industrial implica que el público debe seguir pagando más por las innovaciones patentadas que AbbVie describe como «productos diferenciados», en lugar de tener acceso anticipado a versiones genéricas o biosimilares asequibles.

Estas justificaciones y decisiones políticas son la causa principal de que los precios de los medicamentos alcancen niveles insostenibles, y muchos estadounidenses y personas de todo el mundo se ven obligados a elegir entre alimentar a sus familias o comprar medicamentos recetados. Si bien es innegable que la inversión es fundamental para convertir las tecnologías en productos comerciales, el uso del sistema de patentes como motor se ha transformado en un juego de suma cero, una carrera hacia el abismo. Aunque la innovación pueda traducirse en productos más novedosos, no implica necesariamente nuevos conocimientos ni progreso. El mero hecho de que una empresa invierta no significa que haya inventado algo novedoso. En este sentido, el sistema de patentes actual se ha convertido más en un sistema de exclusividad para la inversión financiera que en un sistema de invención, tal como se concibió originalmente.

Pero estas ya no son las preocupaciones de la política industrial de innovación ni del sistema de patentes.

OTRAS FUENTES

Colombia obtiene fallo favorable en el Tribunal Andino por la licencia obligatoria del dolutegravir - pero la batalla jurídica interna continua

GH Corp Medicinas para la gente Latinoamérica. Acción internacional para la salud (AIS Perú).

Public Citizen, 06-05-2025.

<https://www.citizen.org/article/colombia-obtiene-fallo-favorable-en-el-tribunal-andino-por-la-licencia-obligatoria-del-dolutegravir-pero-la-batalla-juridica-interna-continua/>

Este artículo destaca una decisión crucial para Latinoamérica del Tribunal de Justicia de la Comunidad Andina. El fallo del Tribunal en contra de la demanda de dos multinacionales farmacéuticas para anular la licencia obligatoria de un medicamento para el VIH. Sin duda, una resolución positiva que continúa una larga lucha para conseguir el acceso a medicamentos imprescindibles para los y las ciudadanas, de los países de bajos y medianos ingresos.

Bogotá, Colombia — En una decisión de trascendencia regional, el Tribunal de Justicia de la Comunidad Andina falló a favor de Colombia el 27 de abril de 2026, declarando infundada la demanda presentada por las compañías ViiV Healthcare y Shionogi & Co., que alegaban un incumplimiento por parte del país ante la declaratoria de interés público del medicamento dolutegravir.

El fallo establece precedentes claros y concretos para la región latinoamericana:

1. Las flexibilidades del ADPIC son defendibles. Los gobiernos que usen licencias obligatorias para proteger la salud pública cuentan ahora con un respaldo jurisprudencial supranacional sólido frente a posibles litigios de la industria farmacéutica.

2. Los derechos de patente tienen límites frente a la salud pública. El fallo confirma que ninguna patente **es absoluta cuando está en juego el acceso a tratamientos esenciales para poblaciones vulnerables-**

3. El uso gubernamental no comercial es una modalidad válida. La licencia

colombiana fue otorgada exclusivamente para uso del Estado, lo que el Tribunal validó como una herramienta proporcionada y legítima.

4. La temporalidad de una licencia debe estar condicionada a la realidad epidemiológica. No es necesario fijar una fecha rígida si las razones de salud pública persisten — una interpretación que abre espacio para políticas de salud más flexibles y adaptadas a contextos cambiantes.

El Tribunal concluyó que Colombia no incumplió la Normativa Andina ni las obligaciones derivadas de la Comunidad Andina, al considerar que la licencia obligatoria se ajustó a las reglas vigentes. Señaló además que el país había incorporado tanto las condiciones como los límites de vigencia de la medida, incluyendo un plazo determinado, y que los argumentos de las farmacéuticas no desvirtuaban la legalidad del proceso.

Una licencia obligatoria, el origen de la disputa

Una licencia obligatoria permite a un gobierno autorizar la producción o

importación de versiones genéricas de un medicamento patentado, sin el consentimiento del titular de la patente, por razones de interés público. Esta herramienta está reconocida en el derecho internacional y forma parte de las flexibilidades del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) de la Organización Mundial del Comercio. Su uso permite reducir significativamente los costos de los medicamentos y ampliar el acceso a las poblaciones que más los necesitan.

En octubre de 2023, el gobierno colombiano inició el proceso de declaratoria de interés público sobre el dolutegarvir un fármaco de primera línea para el tratamiento del VIH, recomendado por la Organización Mundial de la Salud por su eficacia y menor tasa de efectos secundarios. Esta medida permite al Estado autorizar la compra o producción de versiones genéricas sin exclusividad del titular, reduciendo así los costos del medicamento.

En abril de 2024, la Superintendencia de Industria y Comercio otorgó la primera licencia obligatoria sobre el medicamento, y en junio ratificó esa medida al resolver los recursos presentados por ViiV Healthcare y Shionogi & Co., confirmando que el Estado puede autorizar la producción o importación de versiones genéricas aun cuando existe una patente vigente. Posteriormente se llevó a cabo el proceso de implementación de dicha licencia.

Antes de llegar al Tribunal, la Secretaría General de la Comunidad Andina ya había emitido en octubre de 2024 el Dictamen N° 004-2024, concluyendo que Colombia no había violado la normativa andina. Las farmacéuticas insistieron y escalaron el caso ante el Tribunal de Justicia de la Comunidad Andina en enero de 2025, cuestionando la legalidad de la licencia. Entre sus argumentos señalaron que la medida no definía con claridad su duración, que se otorgó sin criterios suficientes de temporalidad y que desdibujaba el carácter excepcional de este tipo de licencias. Colombia argumentó que la

licencia obligatoria se ajusta a la normativa andina y que su duración puede depender de las condiciones que dieron origen a la declaratoria de interés público, sosteniendo que se trata de una herramienta legítima de salud orientada a garantizar el acceso a tratamientos esenciales.

La batalla jurídica interna continúa:

No obstante la relevancia de este fallo, es importante precisar que la victoria ante el Tribunal Andino no cierra el expediente jurídico en su totalidad, siguen activos tres procesos judiciales ante tribunales colombianos:

1. En el **Consejo de Estado**, bajo el radicado 11001032400020240006100, cursa una demanda de nulidad contra las resoluciones No. 1579 del 2 de octubre de 2023 y No. 2024 de 2023 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. El proceso se encuentra en el despacho

2. En el **Tribunal Administrativo de Bogotá**, radicado 25000234100020240123400, cursa una demanda de nulidad y restablecimiento del derecho contra esas mismas resoluciones ministeriales. El proceso también se encuentra en el despacho.

3. Un tercer proceso, radicado 25000234100020250015900, cuestiona ante el **Tribunal Administrativo de Bogotá** las resoluciones No. 20049 del 23 de abril de 2024 y No. 34716 de 2024, emanadas de la Superintendencia de Industria y Comercio. En los tres procesos, diversas organizaciones de la sociedad civil, entre ellas PMA LAC y GHP Corp., intervienen como coadyuvantes en la defensa de la licencia.

Las actuaciones judiciales actualmente en trámite representan una oportunidad para que las autoridades nacionales continúen consolidando el marco institucional que respalda esta política pública. La decisión que se adopte contribuirá a fortalecer la seguridad jurídica, la coherencia entre instancias y la confianza en los mecanismos previstos por el ordenamiento jurídico.

Una resolución oportuna permitirá reafirmar el compromiso del Estado con la protección del derecho a la salud y con la implementación responsable de las herramientas disponibles en el derecho internacional para promover el acceso equitativo a medicamentos esenciales.

Si bien la patente del principio activo dolutegravir relacionada con la licencia obligatoria acaba de expirar (abril 28 de 2026), en otros países de la región y en Colombia continúan vigentes otras patentes relacionadas con este medicamento, particularmente en combinaciones

terapéuticas utilizadas en los programas de VIH. Por tanto, este asunto no se cierra con el vencimiento de la patente base. El precedente fijado por el Tribunal Andino es relevante y debe servir como guía para Colombia y para otros países de la región al momento de evaluar el uso de las flexibilidades del ADPIC cuando persistan barreras derivadas de derechos exclusivos. La decisión reafirma que, ante tensiones entre intereses comerciales y la protección de la salud pública, los Estados conservan la facultad —y la responsabilidad— de priorizar el acceso oportuno y asequible a medicamentos esenciales.



Colombia obtiene fallo favorable en el Tribunal Andino por la licencia obligatoria del dolutegravir...

OTRAS FUENTES

Big Pharma está chantajeando al NHS

- ***Las compañías farmacéuticas estadounidenses están retirando sus inversiones del Reino Unido en un intento de aumentar los precios del NHS (Servicio Nacional de Salud británico), lo que demuestra por qué la medicina es demasiado importante como para dejarla en manos de las grandes empresas que buscan lucrarse.***

Nick Dearden.

Tribune, 27 Abril 2026.

<https://tribunemag.co.uk/2026/04/big-pharma-is-blackmailing-the-nhs>

Nick Dearden analiza de forma rigurosa los orígenes y las consecuencias del Acuerdo firmado entre el gobierno Trump y el Gobierno británico de Starmer. Destaca como el pacto fue el resultado final de una campaña bien organizada desde la industria farmacéutica para obligar al R.U. a aceptar las condiciones de un supuesto Acuerdo al R.U. en realidad una rendición ante las amenazas arancelarias de EEUU, que ocasiona serios problemas para el futuro del NHS y de la salud del pueblo británico.

El párrafo final es notable y más aún la última frase: “Lo que se necesita es un sistema de medicamentos que responda a las necesidades humanas en lugar de a la avaricia corporativa: un sistema controlado por el pueblo británico, no por las grandes farmacéuticas ni por la Casa Blanca.” Sin duda, las palabras de Nick Dearden para el pueblo británico, deberían ser las que guiaran también a los pueblos de la Unión Europea

Más de doce meses de huelga han tenido un impacto devastador en el NHS (Servicio Nacional de Salud británico). No me refiero a las huelgas de médicos o enfermeras, sino a la huelga de capitales sostenida por algunas de las mayores corporaciones farmacéuticas del mundo. Respaldadas por el presidente de Estados Unidos, estas empresas han dedicado el último año a intentar eliminar los controles que permiten al sistema de salud británico controlar el precio que paga por los nuevos medicamentos. Y ahora parece que lo han logrado.

El conflicto comenzó en enero pasado, cuando la multinacional británica AstraZeneca canceló un plan para ampliar una planta de vacunas en Merseyside, alegando falta de apoyo gubernamental. En septiembre, tras más cierres y exclusiones de la bolsa, las farmacéuticas paralizaron por completo su actividad. AstraZeneca, Eli Lilly

y Merck anunciaron públicamente la suspensión de sus inversiones en el Reino Unido, y se dijo que Sanofi y Novartis harían lo mismo. Bristol Myers Squibb amenazó con retener un medicamento al NHS.

A finales de 2025, las corporaciones habían recaudado 2.000 millones de libras en lo que parecía una campaña claramente orquestada, que un funcionario estatal calificó de «siniestra».

Las farmacéuticas insistían en que Gran Bretaña ya no era «competitiva». Con ello, querían decir que no podían obtener los beneficios que creían merecer, simplemente porque controlamos el gasto del NHS en nuevos medicamentos. A través del organismo de salud pública NICE, Gran Bretaña negocia los precios con las farmacéuticas, comprando solo nuevos fármacos cuando ofrecen una buena relación calidad-precio. También puede recuperar los beneficios

excesivos mediante un mecanismo complementario llamado VPAG.

Por supuesto, los nuevos medicamentos siguen siendo muy caros: hasta cientos de miles de libras por paciente. El NHS de Inglaterra gastó casi 20.000 millones de libras en medicamentos y dispositivos médicos el año pasado.

Los estudios demuestran que los medicamentos de marca siguen siendo demasiado caros para los beneficios que aportan. Esto es consecuencia del modelo de negocio monopolístico y financiero de las grandes farmacéuticas. Si bien se utilizan fondos públicos para la investigación de fármacos —sobre todo en su fase inicial, la más arriesgada—, el producto es posteriormente adquirido y patentado por empresas privadas, que lo venden al precio más alto posible. De esta forma, la industria convierte medicamentos esenciales para la población en enormes beneficios para los inversores.

A principios de 2025, los especuladores vieron una oportunidad de oro en la figura de Donald Trump. Trump señaló que los estadounidenses pagaban cuatro veces más por los medicamentos que los europeos y prometió reequilibrar la balanza. Pero en lugar de controlar los intereses privados, su solución fue atacar a los llamados "aprovechados" en el extranjero, amenazando con aranceles para obligar a otros países a gastar más en medicamentos y forzar a las farmacéuticas a invertir más en Estados Unidos. El pacto comercial firmado por Keir Starmer y Trump en mayo establecía que Gran Bretaña se esforzaría por mejorar el entorno general para las compañías farmacéuticas.

Las grandes farmacéuticas olieron la oportunidad y se pusieron manos a la obra para hacer realidad la promesa de Starmer. Al retirar sus inversiones, comenzaron a intentar chantajear al gobierno británico para que redujera sus mecanismos de control de precios. La táctica dio resultado. En

diciembre, el gobierno firmó un acuerdo con Trump por el cual aceptaba aumentar el tope de precio de los nuevos medicamentos en un 25%. Esto no significa necesariamente que obtengamos más medicamentos, pero sin duda implica que pagaremos más por ellos. Gran Bretaña también ha acordado reducir drásticamente la cantidad de reembolsos que el gobierno puede reclamar a la industria y aumentar la proporción del presupuesto del NHS destinada a medicamentos y duplicar la proporción del PIB invertida en nuevos fármacos.

Aclamado por gran parte de los principales medios de comunicación como una jugada maestra que permitió al gobierno evitar los aranceles, el acuerdo, de hecho, llevará los presupuestos del NHS al límite. Los expertos advierten que para 2035 estaremos entregando 9 mil millones de libras esterlinas adicionales al año a las grandes farmacéuticas, sin nueva financiación pública para compensar las pérdidas. El economista de la salud Karl Claxton calcula que esto provocará decenas de miles de muertes más, prediciendo que, para 2033, «el exceso de muertes derivado de este acuerdo será mayor que el de la COVID-19».

El pacto es menos un «acuerdo comercial» y más un acuerdo para rendir tributo. Ahora un presidente extranjero puede exigir cuánto gasta el NHS en medicamentos. Resulta aún más sorprendente que los diputados no hayan tenido voz ni voto en este acuerdo; el texto se filtró a escondidas un jueves por la noche, justo antes del fin de semana de Pascua, cuando los parlamentarios estaban de receso. Incluso la evaluación de impacto se mantiene en estricto secreto.

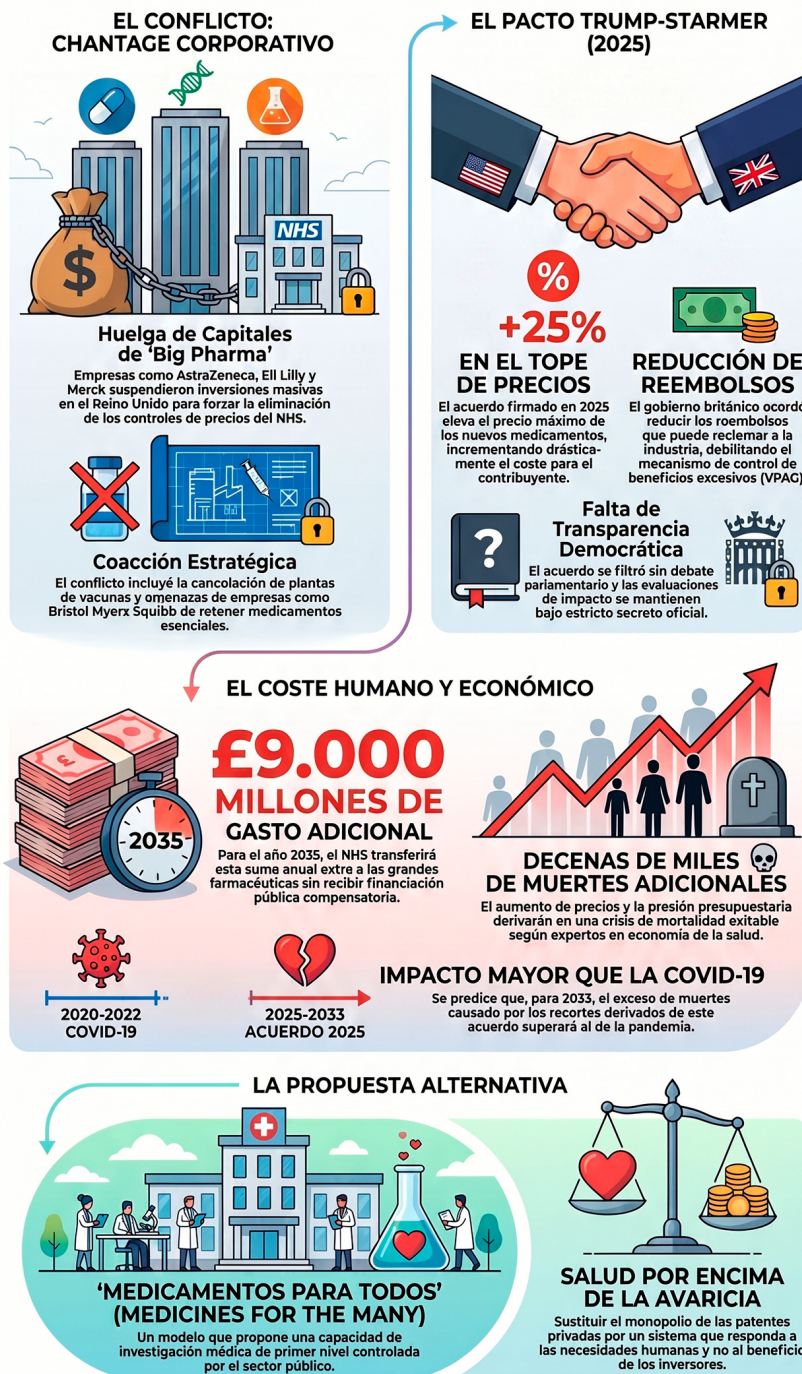
El exministro de Hacienda en la sombra, John McDonnell, ha presentado una declaración formal expresando su oposición al chantaje, que los diputados tienen poco más de una semana para firmar. A largo plazo, sin embargo, este episodio deja claro que necesitamos reducir nuestra dependencia tanto de las grandes corporaciones

farmacéuticas como de unos Estados Unidos cada vez más depredadores.

No tenemos por qué producir medicamentos de esta manera irracional. En 2019, colaboré con el Partido Laborista en una política innovadora llamada «Medicamentos para todos». Ofrecía un modelo para desarrollar una capacidad de investigación médica de

primer nivel, controlada por el sector público. Costaría dinero, pero también lo cuestan los medicamentos con precios desorbitados. Lo que se necesita es un sistema de medicamentos que responda a las necesidades humanas en lugar de a la avaricia corporativa: un sistema controlado por el pueblo británico, no por las grandes farmacéuticas ni por la Casa Blanca.

El Chantaje de las Farmacéuticas: El Futuro del NHS en Peligro



OTRAS FUENTES

Salud por Derecho considera insuficiente el nuevo Real Decreto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Salud por Derecho

6-05-2026. <https://saludporderecho.org/salud-por-derecho-considera-insuficiente-el-nuevo-real-decreto-de-evaluacion-de-tecnologias-sanitarias/>

En el Boletín oficial del Estado se ha publicado el día 29 de mayo el Real Decreto 415/2026, de 27 de mayo, por el que se regula la evaluación de tecnologías sanitarias {texto disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2026/05/29/pdfs/BOE-A-2026-11587.pdf> }

En este artículo Salud Por derecho analiza el planteamiento del RD en específica referencia a la necesidad de incluir en el texto, de forma detallada, las subvenciones públicas, tanto nacionales como internacionales, los incentivos fiscales recibidos a lo largo del proceso de investigación, así como la necesidad de conocer los costes en cada fase de desarrollo de la investigación. Por estas consideraciones Salud Por derecho concluye que el planteamiento del RD es insuficiente.

El texto por ejemplo señala de forma relevante, como "según datos de la OCDE, la proporción de incentivos fiscales en relación con las asignaciones presupuestarias públicas globales para I+D en todos los sectores puede ascender a más del 30% en algunos países de la UE"

Otro elemento de singular valor del artículo es su reclamación para que los informes de evaluación incluyan también los datos sobre los periodos de exclusividad de mercado bajo patentes o mediante los medios adicionales de exclusividad del mercado, certificados de protección, etc. Este texto de Salud por Derecho merece ser leído con atención y debía ser considerado y valorado por la claridad y la solidez de su argumentación por el MS en una rectificación oportuna del texto de RD publicado.

El Consejo de Ministros ha aprobado el nuevo Real Decreto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS), una norma que regulará cómo se evalúan medicamentos, productos sanitarios y otras tecnologías antes de su incorporación, financiación o reembolso en el Sistema Nacional de Salud. El decreto adapta el marco español al Reglamento Europeo de ETS y establece una metodología común para informar las decisiones públicas sobre precio y financiación.

Desde Salud por Derecho valoramos positivamente que el texto final del Real Decreto mantenga, [como se ha anunciado](#), la obligación de que los desarrolladores aporten información sobre fuentes de financiación, así

como sobre los costes de producción y desarrollo necesarios para los análisis económicos. Valoramos que esta cláusula se haya conservado, ya que fue una demanda que defendimos durante la elaboración del borrador y consideramos imprescindible para contar con una imagen real del escenario sobre el que se toman las decisiones de precio y financiación.

Sin embargo, a falta de conocer el texto final, consideramos que el planteamiento es insuficiente, [como venimos alertando](#) desde el inicio de su redacción. Por ello, reiteramos nuestra demanda de un desarrollo exhaustivo que obligue a detallar, de forma clara y verificable, los incentivos fiscales recibidos, las

subvenciones públicas de origen nacional e internacional, y un desglose de costes por cada fase del desarrollo, desde la investigación básica hasta los estudios post comercialización.

La realidad de la inversión pública en I+D en Europa muestra que el apoyo financiero indirecto, en particular los incentivos fiscales y los periodos de exclusividad, son una de las principales políticas para fomentar la inversión en I+D.

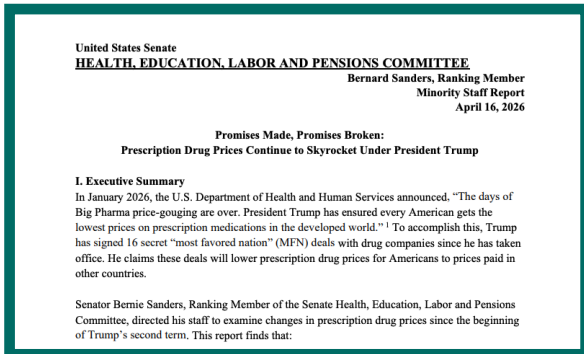
Según datos de la OCDE, la proporción de incentivos fiscales en relación con las asignaciones presupuestarias públicas globales para I+D en todos los sectores puede ascender a más del 30% en algunos países de la UE. La información, además, debe desglosarse por fase para comprender las actuales cadenas de innovaciones y su dinamicidad, en los que las distintas fases tienen costes y riesgos diferentes, estando el sector público más presente en las fases de mayor riesgo.

Finalmente, reclamamos que los informes de evaluación incluyan información sobre los periodos de exclusividad de mercado, como patentes o protección de datos, dado que estos influyen directamente en la fijación de precios. Saber el periodo efectivo de monopolio (definido como la suma de todo el tiempo de protección de la propiedad intelectual que otorgan tanto el sistema actual de patentes como los certificados de protección complementarios, más la suma de todos los tiempos de protección regulatoria relacionados con la protección de datos o de mercado), es necesario para hacer una evaluación del impacto económico y su proyección para los próximos años.

“Es un paso en la dirección correcta, pero insuficiente. Sin conocer la financiación indirecta, incluidos los beneficios fiscales, así como la duración efectiva de los periodos de monopolio, la transparencia que promete el decreto queda a medias y seguiremos negociando sin datos que son esenciales”, asegura Jaime Manzano, responsable de Incidencia Política de Salud por Derecho.



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



Promesas hechas, promesas rotas: Los precios de los medicamentos recetados continúan disparándose bajo el presidente Trump

***Bernard Sanders**, Ranking Member Minority Staff Report. April 16, 2026.*

https://www.help.senate.gov/imo/media/doc/help_minority_drug_pricing_report.pdf

Informe de Bernie Sanders, miembro del Comité de Salud, Educación, Trabajo y Pensiones del Senado en el que se examinan los precios de los medicamentos desde el inicio del segundo mandato de Trump. En su análisis destaca como los precios de los medicamentos han subido y precisamente en aquellas empresas que firmaron acuerdos de MFN.

El precio promedio de los nuevos medicamentos alcanzó los 353.000 \$ al año y al mismo tiempo, aumentaron los precios de cientos de medicamentos.

El informe propone la aplicación de la Ley de Alivio del Precio de los Medicamentos Recetados (PDRA), de Sanders y otros siete senadores adicionales. En ella se requiere a las compañías farmacéuticas para establecer el precio de sus fármacos al precio medio de los productos en cinco países pares (Canadá, Francia, Alemania, Japón y el Reino Unido).

Así, por ejemplo, según señala el documento, en la aplicación del proyecto de ley, el medicamento autoinmune de AbbVie, Skyrizi, pasaría de 153.000 dólares al año a,21.200 dólares al año. El medicamento autoinmune de Sanofi, Dupixent, caería de 53.000 dólares al año a,16.000 dólares al año. El medicamento contra el cáncer de Merck, Keytruda, bajaría de 210.000 dólares al año a,88.000 dólares al año, Y añade una consideración clave: "El gobierno estaría obligado a aprobar una alternativa genérica de bajo costo al medicamento de marca, independientemente de las protecciones de patentes."



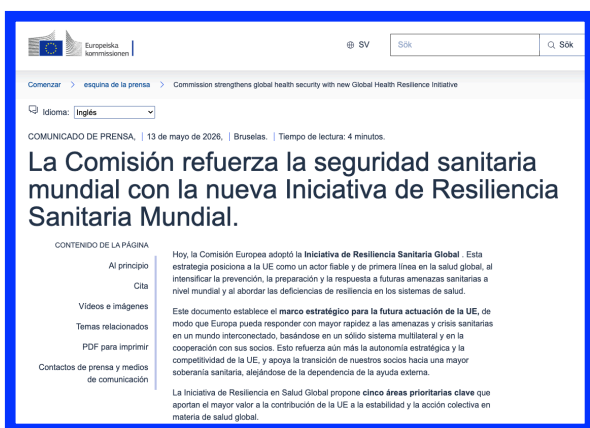
Cumplir con el objetivo de 2030 sobre la reducción de la carga global de AMR: Caminos para el Fortalecimiento y aprovechamiento de la vigilancia en los países en desarrollo

***Prateek Sharma and Viviana Muñoz Tellez**. Policy Brief 161, South Centre. 26 de mayo de 2026. <https://www.southcentre.int/policy-brief-161-22-may-2026/>*

Un nuevo trabajo de Viviana Muñoz donde se aborda la amenaza creciente para la salud que representa la resistencia a los antimicrobianos (RAM). Esta situación es más grave aún en los países de bajos y medianos

ingresos. (LMIC) que tienen que enfrentarse a situaciones muy difíciles

El objetivo mundial es reducir las muertes provocadas por la RAM en un 10 % hasta el 2030, aumentando la vigilancia el Sistema Mundial de Vigilancia de Resistencia y Uso Antimicrobiano (GLASS) de su papel como instrumento indispensable para conseguir una atención sanitaria para todos y todas las ciudadanas de este país.



La Comisión refuerza la seguridad sanitaria mundial con la nueva Iniciativa de Resiliencia Sanitaria Mundial

13 de mayo de 2026 Bruselas. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/sv/ip_26_1074

Documento de la Comisión Europea donde se recoge la Iniciativa de Resiliencia Sanitaria Global. Esta estrategia, en los términos de la propuesta: “posiciona a la UE como un actor fiable y de primera línea en materia de salud mundial al ampliar la prevención global, la preparación y la respuesta a futuras amenazas para la salud y abordar las brechas de resiliencia en los sistemas de salud.



Informe de medicamentos innovadores en España

Ministerio de Sanidad. Febrero 2026.

https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/publicaciones/docs/Informe_acceso_innovadores_feb_26.pdf

Incluimos este documento como referencia para los lectores y lectoras. El Ministerio de Sanidad, ya en mayo 2025, había realizado el primer informe sobre financiación de medicamentos innovadores en España.

Su intención era responder al debate sobre los tiempos de acceso y los procesos de evaluación desde la autorización y registro en España hasta la decisión de financiación. En ese sentido desde la Secretaría de Estado se viene informando periódicamente de los tiempos de diferentes medicamentos innovadores desde su presentación hasta la decisión. Es un intento de respuesta a la presión que la industria farmacéutica viene realizando a través de los medios de comunicación sobre supuestas demoras en medicamentos nuevos para determinadas enfermedades.

Por otro lado, el informe WAIT 2024 ha presentado unos datos que confirman una evolución positiva en el acceso a medicamentos en España, una disminución de los tiempos de decisión para la financiación de fármacos innovadores, al mismo tiempo que se detecta un aumento en el número de productos financiados. Estos datos han sido publicados por los medios habituales de expresión de la industria farmacéutica como favorables, aunque al mismo tiempo siguen de forma periódica, destacando demoras que consideran inaceptable



Protegiendo a la población vulnerable durante la pandemia, la demanda al Comité Europeo de Derechos Sociales

25 de mayo de 2026. <https://accesojustomedicamento.org/>

En una videoconferencia organizada por la AAJM se presentó la “Reclamación Colectiva ante el Comité Europeo de Derechos Sociales: Más de 30.000 personas dependientes discriminadas”.

El documento recoge los trabajos realizados por la Conferencia Estatal “Más de 30.000 pacientes personas dependientes discriminadas” que inició sus trabajos el 19 de octubre de 2024. Su labor a través de encuentros y reuniones finalizó con un extenso y riguroso documento que fue presentado ante el Comité Europeo de

Derechos Sociales. La demanda fue admitida a trámite y el 12 de mayo. La presidencia del comité comunicó que el Gobierno de España había solicitado una prórroga del plazo para presentar alegaciones a la admisión.

El objetivo de esta demanda es conseguir un cambio radical en la dependencia en cada una de las CC.AA. para que se considere el cuidado como un derecho universal, garantizando el derecho a ser cuidado, a cuidar y al autocuidado, poniendo la dignidad de las personas, la equidad y la solidaridad en el centro de las políticas públicas.

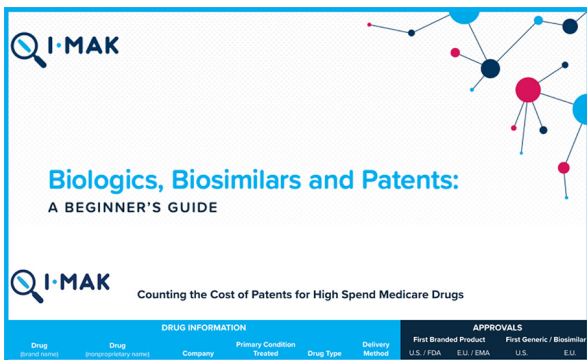
Esta demanda es un esfuerzo colectivo, que sin duda debe ser reconocido por su importancia para la dignidad y los derechos de las personas

Además, en la sesión Victoria Zunzunegui presentó un excelente trabajo que por la importancia de los datos que aporta y por lo que supone para sentar las bases de un abordaje eficaz de los riesgos de una futura pandemia en España, debe ser leído con la mayor atención.

Las conclusiones del trabajo expuesto son extraordinariamente relevantes. Se expone como, durante el año 2020, España fue uno de los países de la Unión Europea que peor protegió a la población mayor y a los mayores que vivían en residencias, precisamente el grupo de población con mayor riesgo de infección y riesgo de morir en caso de ser infectado. Los impactantes datos demuestran la heterogeneidad: el riesgo de morir: el exceso de mortalidad, la disminución de años de vida y de años de vida potencialmente perdidos, dependiendo de la comunidad autónoma y del lugar donde residían las personas mayores. Se demuestran grandes y sensibles diferencias entre comunidades motivadas por sus decisiones, y prácticas en salud pública para el control de brotes epidémicos.

En algunas CC.AA. hubo desprotección de la población mayor y discriminación en el acceso hospitalario basada en la edad, lugar de residencia y dependencia.

La Comunidad de Madrid, destaca especialmente en la población mayor. Sin duda, el estudio presentado por Victoria Zunzunegui tiene un valor extraordinario para comprender la heterogeneidad de los resultados de la pandemia por COVID, pero sobre todo señala los caminos que es necesario recorrer para evitar en una futura pandemia, errores profundos con consecuencias fatales para la salud.



Biológicos, Biosimilars and Patents. A Beginners Guide / Counting the Cost of Patents for High Spend Medicare Drugs. I-Mak

[https://www.i-mak.org/wp-content/uploads/2024/05/Biologics-Biosimilars-Guide IMAK.pdf](https://www.i-mak.org/wp-content/uploads/2024/05/Biologics-Biosimilars-Guide_IMAK.pdf)

<https://www.i-mak.org/wp-content/uploads/2026/03/i-mak-counting-the-cost-of-patents-for-high-spend-medicare-drugs-20260325.pdf>

El primer enlace corresponde con una guía útil de 2024 para quien quiera iniciarse de forma amena el campo de biológicos y bio similares.

En el enlace siguiente, los lectores interesados pueden encontrar cuatro cuadros donde se expone de forma completa los datos sobre medicamentos nuevos con nombre de droga, composición química, diagnóstico primario de tratamiento, compañía, tipo de preparación, fecha de aprobación en FDA y EMA, aparición del primer genérico y biosimilar En el último cuadro se puede observar el gasto total del año 2024 para cada uno de los medicamentos analizados.



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

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

***Desde el Festival de
Cannes 2026 en
homenaje a Federico
García Lorca***

**Antonio Machado, Rafael Alberti,
Miguel Hernández.
Recuperación de los “Javis”**



[Javier Ambrossi](#) y [Javier Calvo](#) (los Javis) han presentado en el gran teatro Lumière, del Festival de Cannes, ***La bola negra*** una película inspirada en la obra inacabada del mismo nombre de [Federico García Lorca](#) y en la pieza teatral *La piedra oscura* de [Alberto Conejero](#). De forma inmediata en los medios de comunicación de la extrema derecha y derecha golpista se produjo un ataque, no solamente a la película, sino incluso a la propia figura de García Lorca. No han tenido límite en sus afirmaciones falsas y sin respeto alguno por la verdadera historia, cuestionando, incluso la propia muerte de Federico.

Ian Gibson el excelente hispanista y profundo conocedor de la vida y obra de Federico García Lorca señala en su último libro “No me encontraron” que su figura representa a todos los desaparecidos en la guerra civil desencadenada por el golpe militar fascista. Esa es posiblemente la explicación para su furia implacable: su condición de símbolo de lo que la derecha niega, el asesinato y la muerte de miles y miles de ciudadanos españoles.

A continuación las palabras llenas de dolor y emoción de Antonio Machado, Rafael Alberti y Miguel Hernández.

«El Crimen fue en Granada»

1. El crimen

Se le vio, caminando entre fusiles,
por una calle larga,
salir al campo frío,
aún con estrellas de la madrugada.
Mataron a Federico
cuando la luz asomaba.
El pelotón de verdugos
no osó mirarle la cara.
Todos cerraron los ojos;
rezaron: ¡ni Dios te salva!
Muerto cayó Federico
—sangre en la frente y plomo
en las entrañas—
... Que fue en Granada el crimen
sabed —¡pobre Granada!—, en
su Granada.

2. El poeta y la muerte

Se le vio caminar solo con Ella,
sin miedo a su guadaña.
—Ya el sol en torre y torre, los
martillos
en yunque— yunque y yunque
de las fraguas.
Hablaban Federico,
requerando a la muerte. Ella
escuchaba.
«Porque ayer en mi verso,
compañera,

sonaba el golpe de tus secas
palmas,
y diste el hielo a mi cantar, y el
filo
a mi tragedia de tu hoz de plata,
te cantaré la carne que no
tienes,
los ojos que te faltan,
tus cabellos que el viento
sacudía,
los rojos labios donde te
besaban...
Hoy como ayer, gitana, muerte
mía,
qué bien contigo a solas,
por estos aires de Granada, ¡mi
Granada!»

3.

Se le vio caminar...
Labrad, amigos,
de piedra y sueño en el
Alhambra,
un túmulo al poeta,
sobre una fuente donde llore el
agua,
y eternamente diga:
el crimen fue en Granada, ¡en
su Granada!

Antonio Machado

Poesías de la guerra, 1936-1937

A Federico García Lorca»

Sal tú, bebiendo campos y ciudades,
En largo ciervo de agua convertido,
Hacia el mar de las albas claridades,
Del martín pescador mecido nido;
Que yo saldré a esperarte, amortecido,
Hecho junco, a las altas soledades,
Herido por el aire y requerido
Por tu voz, sola entre las tempestades.
Deja que escriba, débil junco frío,
Mi nombre en esas aguas corredoras,
Que el viento llama, solitario, río.
Disuelto ya en tu nieve el nombre mío,
Vuélvete a tus montañas trepadoras,
Ciervo de espuma, rey del monterío.

Rafael Alberti

Poema dedicado por el poeta gaditano tras el asesinato del que fuera su amigo Federico García Lorca, ocurrido la madrugada del 18 de agosto de 1936 en aquel camino oscuro entre Vizana y Alfacar, junto a un olivo de la hermosa Vega de Granada. De : Rafael Alberti – Obras Completas. Poesía, IEditorial: Seix Barral 2003© ISBN: 978-84-322-4060-7



FEDERICO GARCÍA LORCA Y RAFAEL ALBERTI
(Madrid, 1930.)

Elegía primera»

(A Federico García Lorca, poeta)

Atraviesa la muerte con herrumbrosas lanzas,
y en traje de cañón, las parameras
donde cultiva el hombre raíces y esperanzas,
y llueve sal, y esparce calaveras.
Verdura de las eras,
¿qué tiempo prevalece la alegría?
El sol pudre la sangre, la cubre de asechanzas
y hace brotar la sombra más sombría.
El dolor y su manto
vienen una vez más a nuestro encuentro.
Y una vez más al callejón del llanto
lluviosamente entro.
Siempre me veo dentro
de esta sombra de acíbar revocada,
amasado con ojos y bordones,
que un candil de agonía tiene puesto a la entrada
y un rabioso collar de corazones.
Llorar dentro de un pozo,
en la misma raíz desconsolada
del agua, del sollozo,
del corazón quisiera:
donde nadie me viera la voz ni la mirada,
ni restos de mis lágrimas me viera.
Entro despacio, se me cae la frente
despacio, el corazón se me desgarra
despacio, y despaciosa y negramente
vuelvo a llorar al pie de una guitarra.
Entre todos los muertos de elegía,
sin olvidar el eco de ninguno,
por haber resonado más en el alma mía,
la mano de mi llanto escoge uno.
Federico García
hasta ayer se llamó: polvo se llama.

Ayer tuvo un espacio bajo el día
que hoy el hoyo le da bajo la grama.
¡Tanto fue! ¡Tanto fuiste y ya no eres!
Tu agitada alegría,
que agitaba columnas y alfileres,
de tus dientes arrancas y sacudes,
y ya te pones triste, y sólo quieres
ya el paraíso de los ataúdes.
Vestido de esqueleto,
durmiéndote de plomo,
de indiferencia armado y de respeto,
te veo entre tus cejas si me asomo.
Se ha llevado tu vida de palomo,
que ceñía de espuma
y de arrullos el cielo y las ventanas,
como un raudal de pluma
el viento que se lleva las semanas.
Primo de las manzanas,
no podrá con tu savia la carcoma,
no podrá con tu muerte la lengua del gusano,
y para dar salud fiera a su poma
elegirá tus huesos el manzano.
Cegado el manantial de tu saliva,
hijo de la paloma,
nieto del ruiñón y de la oliva:
serás, mientras la tierra vaya y vuelva,
esposo siempre de la siempreviva,
estiércol padre de la madre selva.
¡Qué sencilla es la muerte: qué sencilla,
pero qué injustamente arrebatada!
No sabe andar despacio, y acuchilla
cuando menos se espera su turbia cuchillada.
Tú, el más firme edificio, destruido,
tú, el gabilán más alto, desplomado,
tú, el más grande rugido,
callado, y más callado, y más callado.
Caiga tu alegre sangre de granado,
como un derrumbamiento de martillos feroces,

sobre quien te detuvo mortalmente.
Salivazos y hoces
caigan sobre la mancha de su frente.
Muere un poeta y la creación se siente
herida y moribunda en las entrañas.
Un cósmico temblor de escalofríos
mueve temiblemente las montañas,
un resplandor de muerte la matriz de los ríos.
Oigo pueblos de ayes y valles de lamentos,
veo un bosque de ojos nunca enjutos,
avenidas de lágrimas y mantos:
y en torbellino de hojas y de vientos,
lutos tras otros lutos y otros lutos,
llantos tras otros llantos y otros llantos.
No aventarán, no arrastrarán tus huesos,
volcán de arroyo, trueno de panales,
poeta entretejido, dulce, amargo,
que al calor de los besos
sentiste, entre dos largas hileras de puñales,
largo amor, muerte larga, fuego largo.
Por hacer a tu muerte compañía,
vienen poblando todos los rincones
del cielo y de la tierra bandadas de armonía,
relámpagos de azules vibraciones.
Crótalos granizados a montones,
batallones de flautas, panderos y gitanos,
ráfagas de abejorros y violines,
tormentas de guitarras y pianos,
irrupciones de trompas y clarines.
Pero el silencio puede más que tanto instrumento.
Silencioso, desierto, polvoriento
en la muerte desierta,
parece que tu lengua, que tu aliento,
los ha cerrado el golpe de una puerta.
Como si pasara con tu sombra,
paseo con la mía
por una tierra que el silencio alfombra,
que el ciprés apetece más sombría.

Rodea mi garganta tu agonía
como un hierro de horca
y pruebo una bebida funeraria.
Tú sabes, Federico García Lorca,
que soy de los que gozan una muerte diaria.

Miguel Hernández

De: Viento del Pueblo – 193. Miguel Hernández – Obra Completa I. Ed. Espasa – Clásicos . ISBN: 978-84-670-3294 (tomo I)



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