Nº. 50
SEPTIEMBRE
2026
@AsocAJM
@AjmRevi

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

ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO

REVISTA AAJM

http://accesojustomedicamento.org

ISSN 2697-1712

Cincuenta clamores por el medicamento como derecho humano



SUMARIO

EDITORIALES

- (3) El Acceso Justo al Medicamento en España y en el mundo es una exigencia moral y un derecho humano. Fernando Lamata.
- (6) Número 50. Comisión de Redacción.
- (8) Cincuenta números, una convicción. Soledad Cabezón.

CINCUENTA NÚMEROS de la REVISTA

- (10) Joan Ramon Laporte. (11) Ángel María Martín. (13) Abel Novoa. (14) Luis Montiel. (15) José Luis Pedreira. (16) Ana Isabel Rigueira. (17) Antonio Pujol de Castro.

ORIGINALES

- (19) Precios de medicamentos, soberanía bajo amenaza corporativa. Jaume Vidal.
- (21) ¿Quién se beneficia de los altos precios de los medicamentos? Núria Homedes y Antonio Ugalde.
- (25) El derecho a saber de la ciudadanía exige transparencia en la gestión de la sanidad pública. Juan Luis Beltrán.
- (27) La epidemia de muertes por caídas en España y la prescripción farmacéutica. María Victoria y Alicia Zunzunegui.
- (33) La vacunación no es una estrategia de prevención cardiovascular. Juan Gérvas.

OTRAS FUENTES

- (36) Sophia Samantaroy. (40) Health Policy. (42) British Medical Journal. (47) Doménico Chiappe. (49) Endpoints News. (52) Caroline Hug y Louis Westendarp.

INFORMES Y DOCUMENTOS

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

MALDIGO LA POESÍA…

- (59) España en el corazón, himno a las glorias de un pueblo en la guerra. Pablo Neruda.

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.

Nº 50. SEPTIEMBRE 2026. Histórico de revistas.

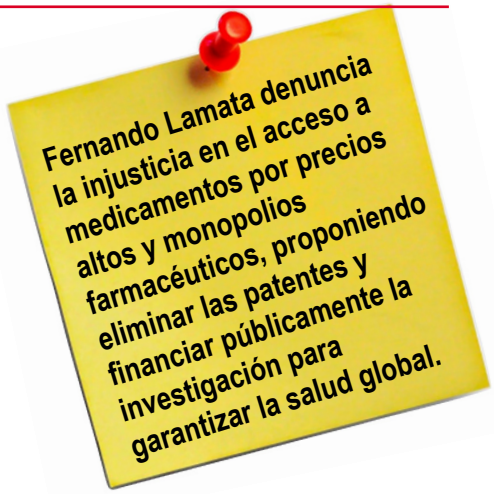
Índice alfabético de autores de originales Índice alfabético de autores de otras fuentes

Web amigas: NO ES SANO, SALUD POR DERECHO, NO PROFIT ON PANDEMIC.EU, THE PEOPLE'S VACCINE, OMC, SALUD Y FÁRMACOS



EDITORIAL

El Acceso Justo al Medicamento en España y en el mundo es una exigencia moral y un derecho humano



Fernando Lamata Cotanda.

Presidente de la Comisión Editorial de la rAJM.

A la vista del número 50 de la Revista Acceso Justo al Medicamento lo primero que viene a mi mente es el sentimiento de gratitud a las personas que han hecho posible esta obra durante los últimos 5 años. Especialmente al Comité de Redacción y a su coordinador Ramón Gálvez. Los artículos y materiales incluidos en la revista han servido y sirven para la reflexión y el debate sobre esta importante cuestión que, lamentablemente, sigue vigente y sigue necesitando respuestas políticas, profesionales y sociales, en España y en el mundo.

1.-Por ejemplo, a la pregunta de si en España hay un acceso justo al medicamento no sería exagerado responder que no. Así, la primera oleada del Barómetro Sanitario de 2026 nos muestra que un 6,1% de los encuestados dejaron de tomar en los últimos doce meses, "por motivos económicos", algún medicamento que les habían recetado en la sanidad pública [1]. El hecho de que en el último año alrededor de tres millones de personas en España no pudieran pagar los medicamentos que les habían recetado puede considerarse sin duda muy injusto. No hay derecho, cuando en nuestro país existe un Sistema Nacional de Salud que debería ofrecer una atención sanitaria pública completa y de calidad a todas las personas que la necesiten.

Preocupa que la cifra reseñada haya venido aumentando progresivamente desde 2018 cuando se situaba en un 3%. ¿Acaso es inevitable esta injusticia? Entiendo que no. Sería posible eliminar los copagos, que constituyen la barrera de acceso para millones de personas, y esas cantidades se podrían financiar con una parte del dinero que el Sistema Sanitario Público gasta en exceso por los altos precios de los nuevos medicamentos y por la prescripción innecesaria.

2.-Porque en España gastamos demasiado en medicamentos, en detrimento de otros gastos de salud. Y la tendencia creciente continúa. En 2025 la sanidad pública pagó 26.154,5 millones de euros, un 5,3% más que el año anterior. Y en 2026, hasta el mes de mayo, hemos pagado 11.130 millones de euros, 524,6 millones de euros más que en el mismo período en 2025 [2]. Si pagáramos precios de genéricos y financiáramos directamente los gastos de toda la I+D que las empresas dicen realizar, podríamos ahorrar más de 10.000 millones de euros al año de dinero público (equivalente a la contratación de más de 100.000 profesionales sanitarios). Y si redujéramos la presión de marketing y lobby que pagan las empresas con ese exceso de beneficios, y fomentáramos la formación independiente de los profesionales sanitarios, reduciríamos

la prescripción y consumo de medicamentos innecesarios (en torno a un 30%), evitando perjuicios para la salud y logrando un ahorro todavía mayor, que podría destinarse a otras necesidades sanitarias.

3.-Conviene insistir: la estrategia para lograr un acceso justo al medicamento es posible, y debe diseñarse e implementarse en el ámbito nacional, por el Gobierno de España, pero también es preciso impulsar, al mismo tiempo, una estrategia similar en el ámbito de la Unión Europea y en el ámbito mundial, donde el acceso a los medicamentos necesarios es un problema mucho más grave. Se necesita cambiar legislaciones nacionales y europeas, así como acuerdos internacionales, como los acuerdos sobre los derechos de propiedad intelectual de los medicamentos. Es preciso eliminar los monopolios en el ámbito de los medicamentos, cambiando la manera de financiar la I+D y evitando que las empresas puedan exigir precios abusivos, diez o cien veces por encima de los costes de fabricación e investigación. El asunto no es baladí, y debería ocupar a los gobiernos para buscar una solución eficaz, poniendo por delante de los intereses pecuniarios de la industria farmacéutica el derecho a la salud de todas las personas y el acceso justo a los medicamentos. Es una exigencia moral y un derecho humano.

4.-Cuando hace 5 años, en marzo de 2021, salía a la luz el primer número de la revista Acceso Justo al Medicamento, la pandemia de COVID-19, iniciada en Wuhan (China), había puesto sobre la mesa, de forma dramática, el debate sobre el acceso equitativo a las vacunas, diagnósticos y tratamientos en todo el mundo. Entonces, los gobiernos de los países ricos (Unión Europea, EEUU, etc.) cedieron ante las empresas farmacéuticas manteniendo los monopolios sobre los nuevos productos. De esta forma las empresas decidieron cuánto fabricaban, dónde fabricaban, a quién vendían y a qué precio. A pesar de que la mayor parte de la financiación de la I+D había sido pública, y a pesar de tratarse de una emergencia de salud mundial, las empresas fijaron precios 1.500% por encima de costes. Esto les permitió obtener en dos años beneficios de más de 90.000 millones de dólares [3]. Pero fue a costa de que la vacuna y otros medios diagnósticos y terapéuticos se destinaran a los países ricos, que podían pagar, dejando a millones de personas en el mundo sin acceso.

En aquellos momentos muchos dirigentes, incluyendo al director general de la Organización Mundial de la Salud, afirmaron que esta "catástrofe moral de la humanidad" no debería volver a ocurrir. Y la OMS decidió iniciar la negociación de un Tratado de Pandemias. Sin embargo, hubo que esperar hasta mayo de 2025 para que la Asamblea Mundial de la Salud aprobara un texto de Tratado, claramente insuficiente, y condicionado, además, para su entrada en vigor, a que se acordara el Anexo sobre el sistema de acceso a patógenos y acceso a tratamientos (PABS en inglés).

Llegamos así a la reciente Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2026 sin alcanzar todavía un acuerdo sobre el Anexo. A lo largo del mes de julio se han mantenido nuevas reuniones del Grupo de Trabajo Inter Gubernamental de la OMS, pero tampoco se ha logrado el consenso [4; 5]. Está prevista otra reunión los días 14 a 18 de septiembre. Los países ricos, bajo la presión de las grandes compañías, siguen defendiendo los derechos de propiedad intelectual y sus consiguientes monopolios en medicamentos, es decir, los beneficios abusivos de las empresas farmacéuticas. No es de extrañar que la presión de las empresas sea muy alta, si tenemos en cuenta los enormes beneficios que obtuvieron y obtienen con este modelo. Por su parte, los países de bajos ingresos defienden un sistema que exija la distribución automática de cualquier vacuna, tratamiento o diagnóstico, desde el primer momento, a precios de coste, y que, además, garantice la transferencia de tecnología para que ellos puedan fabricar estos productos en sus países.

5.-En realidad, este debate debería plantearse no solamente para responder a las pandemias, sino para todos los medicamentos y enfermedades (cáncer, cardiovasculares, endocrinas, neurológicas, poco frecuentes, etc.), y en todo momento [6]. Ciertamente, si queremos lograr un Acceso Justo al Medicamento, para todas las personas, en todo el mundo, es precisa una discusión de alto nivel en Naciones Unidas para impulsar una Convención Internacional que suprima las patentes y derechos de propiedad intelectual en medicamentos, y acabe con los monopolios que permiten fijar precios abusivos [7]. El derecho humano al acceso justo al medicamento necesario, en España y en el mundo, sigue reclamando respuestas, y desde esta modesta publicación seguiremos planteando iniciativas y propuestas para garantizar ese derecho.

Referencias

1. Ministerio de Sanidad. Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro Sanitario 2026. Primera Oleada. Pregunta 15. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm

2. Ministerio de Hacienda. Indicadores sobre gasto farmacéutico y sanitario. 2026. https://www.hacienda.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/EstabilidadPresupuestaria/InformacionAAPPs/Indicadores-sobre-Gasto-Farmacéutico-y-Sanitario.aspx

3. De Haan, E. Big Pharma raked in USD 90 billion in profits with COVID-19 vaccines. SOMO. 27/2/2023. https://www.somo.nl/big-pharma-raked-in-usd-90-billion-in-profits-with-covid-19-vaccines/

4. World Health Organization. WHO Member States continue negotiations on the Pathogen Access and Benefit Sharing Annex. julio 2026.https://www.who.int/news/item/20-07-2026-who-member-states-continue-negotiations-on-the-pathogen-access-and-benefit-sharing-annex

5. Kerry Cullinan. Pandemic talks: What are the two models for sharing pathogens? Health Policy Watch. 20/7/2026. https://healthpolicy-watch.news/pandemic-talks-what-are-the-two-models-for-sharing-pathogens/

6. Lexchin J. Profits First, Health Second: The Pharmaceutical Industry and the Global South. Int J Health Policy Manag. 2024 May 18;13:8471 https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11270595/

7. United Nations Secretary General's. High Level Panel on Access to Medicines. Final Report: Promoting innovation and access to health technologies. September 14, 2016http://www.unsgaccessmeds.org/final-report



EDITORIAL

Número 50



CC BY NC ND

Comisión de Redacción.

Este ejemplar de la revista es el número 50. Un número que, en la mitología griega, provoca sugerentes relatos que podemos releer en ejemplos como las 50 Danaides, las 50 Nereidas, etc. Mitos estos últimos al parecer relacionados con los barcos de 50 remos -"pentecontoros"- de la civilización arcaica griega.

En el mito de las Danaides, el castigo que éstas reciben por el asesinato de sus esposos en la noche de bodas estimula la imaginación. Efectivamente, las Danaides, en el inframundo, debían llenar eternamente con agua un recipiente agujereado. En ocasiones, una duda puede quebrar nuestra intención y ánimo al considerar que una revista como rAJM, destinada a proporcionar información, análisis y crítica de la BigPharma, se enfrenta a la misma imposible tarea que las Danaides.

Pero no es así, pues a lo largo de este tiempo hemos logrado consolidar una comunidad de lectores, autores y colaboradores que son, sin duda, nuestro mayor logro.

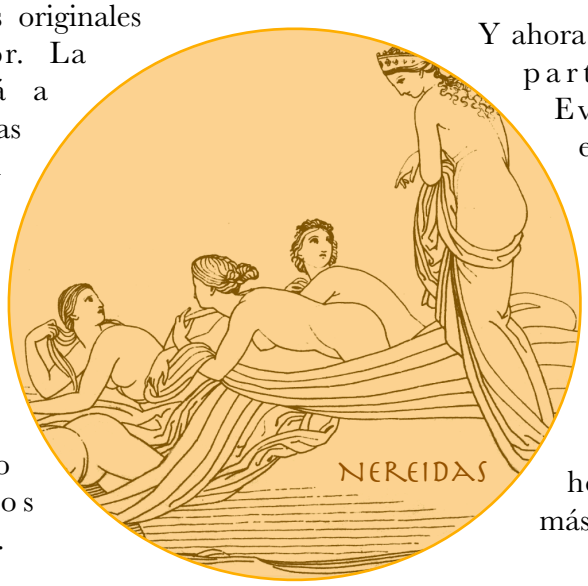
Cuando la AAJM inició su camino el objetivo era claro y meridiano. Era necesario abordar un grave problema que apenas aparecía como tal en los planteamientos relacionados con la atención sanitaria y, desde luego, ignorado en la práctica clínica; y ello pese al enorme tamaño de un iceberg construido sobre el beneficio económico de las grandes empresas farmacéuticas que amenaza a la salud mundial. Efectivamente, el elevado precio de los nuevos fármacos fijados por la industria farmacéutica era entonces, y es hoy, un enorme obstáculo que impide garantizar un acceso justo a los medicamentos y vacunas en el mundo y constituye un peligro y riesgo creciente para los sistemas públicos de salud en los países desarrollados.

La decisión de creación de la revista rAJM tenía como meta crear un espacio común de lectores, autores y colaboradores, donde exponer de forma clara y nítida los rasgos y características de esta situación inaceptable. La falta de medios similares en castellano hacía más imprescindible aún intentar crear un lugar de encuentro donde expresar la inquietud y desvelar la estrategia de las grandes empresas farmacéuticas para lograr enormes beneficios. Al mismo tiempo, recoger y poner de relieve los excelentes documentos, informes y artículos que se producen fundamentalmente en el ámbito anglosajón y cuya difusión y recepción en España es muy escasa. Unos textos de singular importancia donde los diferentes autores analizan de forma crítica la situación actual provocada por el sistema de patentes y precios, causante de un gravísimo problema para la salud de la población. Un ejemplo manifiesto fue la pandemia de COVID-19 durante la cual, cómo ha escrito una y otra vez Fernando Lamata en las páginas de la

rAJM, se produjeron millones de muertes injustificables provocadas por la inequidad en el acceso en los países de bajos y medianos ingresos.

Sin embargo, es posible una situación muy diferente como proponen diferentes autores mediante el desarrollo de alternativas viables y equitativas al actual sistema de propiedad intelectual de medicamentos.

En este camino hemos encontrado el apoyo, la colaboración y la ayuda de un número considerable de profesionales de diferentes ámbitos que nos han proporcionado de forma generosa artículos originales de considerable valor. La relación, que está a disposición de los y las lectoras, es sin duda un listado de una muy notable calidad, conocimiento profundo y compromiso. Nuestro mayor agradecimiento a todos y todas como Comisión de Redacción, pero sobre todo como lectores que hemos aprendido de sus trabajos.



También hemos dispuesto, a través de la búsqueda sistemática de artículos, informes y documentos, de una gran variedad de autores, de diferentes medios y revistas internacionales, además de organizaciones civiles. A todos ellos, sin duda también, les dedicamos nuestro reconocimiento.

En esta tarea, hemos dispuesto también del apoyo de la Comisión Editorial de la revista, que ha desempeñado un papel clave como estímulo crítico para el desarrollo de nuevas líneas de trabajo y en el análisis y evaluación del impacto y resultados.

La Comisión de Reducción ha sido la estructura responsable que, mes a mes, ha ido, con sus aciertos y errores, realizando la edición de cada ejemplar. Es necesario destacar aquí el enorme esfuerzo de Pablo Martínez Segura, en la difícil tarea de composición. También, dentro de la CR, la labor de investigación desarrollada por Ángel María Martin, que consiguió realizar un trabajo de excepcional valor ampliamente reconocido.

Pero este escenario no hubiera sido posible sin el papel de las y los lectores que, directamente a través de la suscripción o de las redes, con su lectura atenta han conseguido que el objetivo principal que nos planteamos al inicio de la revista haya sido posible.

Y ahora la pregunta: ¿qué hacer a partir del número 50? Evidentemente, con la experiencia acumulada y disponiendo de vuestro apoyo, abrazamos una nueva etapa de libertad crítica en la que responder a nuestro objetivo de un Acceso Justo al Medicamento que se dibuja en el horizonte inmediato aún más difícil y complicado.

La amenaza de una subida de precios de los medicamentos nuevos en Europa, impulsada por la estrategia de “nación más favorecida” aplicada por la administración Trump, está siendo una realidad inmediata hostil, agresiva e inquietante para la ciudadanía y los sistemas públicos de salud de la UE. Pero ahí estaremos en nuestra labor de suma del potencial ilimitado de nuestros colaboradores exponiendo la crítica imprescindible.

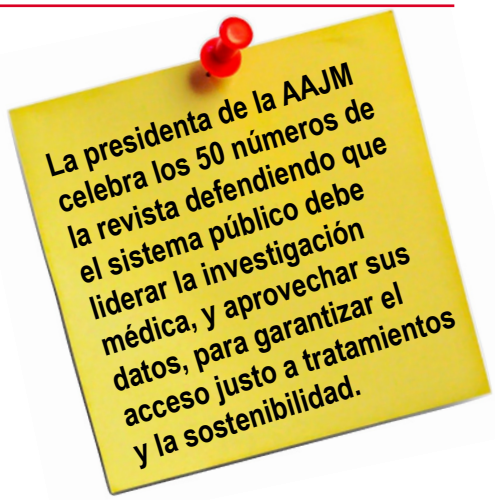
Finalmente, reiteraros nuestro agradecimiento por vuestra colaboración y ayuda, que, sin duda, hace posible que, al contrario del ejemplo de las Danaides, el conocimiento y la información veraz y crítica se difunda.

Esa es nuestra esperanza y nuestro compromiso.

Comisión de Redacción

EDITORIAL

Cincuenta números, una convicción



Soledad Cabezón Ruiz.
Presidenta de la AAJM.

Con este ejemplar, la revista de la Asociación Acceso Justo al Medicamento llega a su número 50. En primer lugar, me parece un buen momento para dar las gracias a quienes la han hecho posible y para pensar en lo que hemos aprendido juntos.

Lo que nació para compartir las inquietudes y propuestas de la AAJM, con el tiempo, y esfuerzo desinteresado de personas comprometidas con el sistema sanitario público, se ha convertido en un lugar donde hacernos preguntas, reunir conocimientos y debatir cómo conseguir que los avances de la medicina lleguen a quienes los necesitan.

Como médica, he visto lo que puede cambiar la vida de una persona cuando surge un tratamiento para su enfermedad, pero también he visto la dificultad de ofrecerlo cuando su precio pone a prueba los recursos del sistema sanitario. Las decisiones sobre investigación, precios y financiación pueden parecer lejanas, pero terminan llegando a la consulta. Por eso existe la AAJM y por eso seguimos necesitando esta revista.

En sus páginas hemos hablado de patentes, de transparencia, de financiación pública de la investigación y de acceso a los medicamentos. Al hacerlo, hemos ido constatando los límites de un modelo farmacéutico concebido en el siglo XX. La reciente revisión de la legislación farmacéutica europea o las reformas planteadas en España han supuesto cambios que, a mi juicio, dejan abiertas preguntas esenciales: ¿quién investiga las enfermedades que reciben menos atención?, ¿cómo se establece un precio justo a los tratamientos?, ¿qué capacidad tienen los sistemas públicos para decidir qué problemas de salud deben investigarse? y, sobre todo, ¿cómo asegurar su sostenibilidad?

Estas preguntas necesitan espacios donde puedan discutirse con tiempo, rigor y libertad. Sin embargo, no abundan las publicaciones que, como la revista AAJM hacen esta tarea y sostienen de forma continuada un debate sobre el modelo farmacéutico desde la perspectiva del acceso. Haber llegado al número 50 demuestra la necesidad de mantenerlo vivo.

A lo largo de los diferentes números hemos aprendido que los sistemas públicos pueden hacer mucho más que financiar medicamentos una vez desarrollados. Nuestros hospitales conocen de cerca las necesidades de los pacientes; las universidades y los centros de investigación cuentan con profesionales capaces de buscar y dar respuestas; de hecho, hoy en día, en la UE, más del 50% de la financiación de la investigación farmacéutica procede del sector público. Reforzar su capacidad para investigar y llevar los resultados hasta la práctica clínica permitiría atender problemas hoy desatendidos, disponer de más opciones para garantizar el acceso, al mismo tiempo

que garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público.

Además, la oportunidad que se abre con el uso de los datos sanitarios generados en la atención pública abre nuevas posibilidades a las que el sistema público no puede ni debe renunciar. No basta con facilitar el uso de los datos, sino reforzar la capacidad del propio sistema público para investigar con ellos y para que los conocimientos obtenidos reviertan en la atención a los pacientes directamente.

En una sociedad que envejece y las necesidades en salud crecen, exige decisiones políticas innovadoras desde la convicción de que la sostenibilidad del sistema sanitario es necesario, posible y urgente.

Quiero terminar dando las gracias a quienes han escrito, revisado y editado estos cincuenta números, y a quienes los leen y participan en la conversación que generan. Presidir la AAJM me ha permitido aprender de personas con experiencias muy distintas y una convicción compartida: el progreso científico debe traducirse en una mejora real de la salud de todos. Con esa convicción celebramos este número y seguiremos trabajando en los próximos.



Soledad Cabezón Ruiz

CINCUENTA NÚMEROS de la REVISTA

Un espacio de libertad

Joan Ramon Laporte
Catedrático emérito de Farmacología de la Universidad de Barcelona.



En 2021 la AAJM tuvo la osadía de promover la rAJM. El momento no fue casual: las patentes de las vacunas contra la covid-19, la negociación opaca de las condiciones de su compra y la inequidad planetaria en el acceso eran (y siguen siendo) objeto de escándalo y debate. El contenido de los 50 números publicados en cinco años ha sido una inusitada contribución para definir, sustentar y promover una reflexión sobre la situación actual del consumo de medicamentos, en beneficio de la salud de las personas y del sistema sanitario público.

Los artículos de investigación y las reflexiones, comentarios y propuestas publicados en la rAJM no se encuentran en la "prensa médica" promovida y sustentada por la industria farmacéutica y de productos sanitarios. Ni en las revistas médicas más respetables, abducidas por el pensamiento dominante. Como dijo José Ramón Rebollada, la rAJM ocupa "ese espacio independiente que os permite llamar a las cosas por su nombre, algo muy necesario… vuestras denuncias nos ayudan a comprender y evaluar la verdad del complejo mundo de los fármacos." Y como escribió Fernando Lamata cuando se publicó el número 25 de la revista, este pequeño espacio de reflexión puede sembrar movimientos de cambio, decisiones políticas, posturas comprometidas de organizaciones profesionales, acciones de protesta en la ciudadanía.

El valor clínico de un fármaco depende de cómo es prescrito (a quién, cuándo, en qué dosis, durante cuánto tiempo, etc.) y de cómo es consumido. Prescribir adecuadamente un medicamento requiere unos conocimientos básicos, los cuales deben estar basados en información veraz. Por eso, para garantizar un acceso justo a los medicamentos es imprescindible un acceso justo al conocimiento sobre ellos. Sin embargo, la información sobre medicamentos es escandalosamente sesgada, cuando no directamente falsa.

Dejar que los mercaderes monopolicen la información y la formación continuada, emponzoñen las sociedades médicas y asociaciones de pacientes y dicten la mayoría de las guías de práctica clínica a su conveniencia, es una grave irresponsabilidad. En España el gasto farmacéutico supone más de una cuarta parte del gasto total del sistema sanitario. La polimedicación aumenta sin cesar: un tercio de los mayores de 65 años consume cinco o más medicamentos simultáneamente de manera continuada. Más de la mitad de los medicamentos son prescritos sin ser necesarios, en indicaciones no autorizadas, a dosis demasiado altas o durante períodos demasiado largos, cuando no están directamente contraindicados.

Este consumo caótico tiene graves consecuencias sobre la salud de la población. Una de cada siete visitas a servicios de urgencias y entre uno y dos de cada 10 ingresos en hospital son atribuibles a efectos adversos de medicamentos, lo que en España supone más de medio millón de ingresos al año. Los efectos adversos de los

medicamentos constituyen una causa creciente de enfermedad, incapacidad y muerte. Se evitaría por lo menos la mitad de estos casos si se evitara la mitad de las prescripciones innecesarias.

El mercado presiona para que las personas sanas sean consideradas (investigadas, etiquetadas) como enfermas. De ahí que el acceso justo deba comprender el acceso a una información sin sesgo comercial y a la formación de un conocimiento destinado a mejorar la salud de la ciudadanía. No necesitamos más medicina, sino una medicina de mayor valor.

La cultura médica dominante en la actualidad es de orientación industrial. La crisis de la covid-19 mostró cómo el pensamiento único silencia las opiniones críticas y anatemiza las contrarias. En este contexto, la rAJM ha sido un espacio de encuentro y deliberación. Un espacio de libertad. Por eso, quiero expresar mi calurosa enhorabuena a la AAJM y al Dr. Ramón Gálvez y demás integrantes de la comisión de redacción por este recorrido de cinco años, y mi deseo de que cumplan muchos más.

Misiles a la deriva contra el SNS: el RD de Precio y Financiación y la Ley de los Medicamentos

Ángel Mª Martín Fernández-Gallardo
Inspector farmacéutico del SNS jubilado. Vicepresidente de la AAJM. Exjefe de Área de Farmacia del SESCAM.



La revista de la Asociación Acceso Justo al Medicamento llega a su número 50. Una publicación única en el ámbito sanitario por su defensa sin ataduras del derecho de todos los ciudadanos a los medicamentos que salvan vidas, por su condena de las patentes en los medicamentos, origen del monopolio que protege los precios de extorsión que imponen las multinacionales farmacéuticas y que causan más de 10 millones de muertos anuales entre la población más necesitada que no puede pagarlos, un genocidio legal que permiten los estados que deberían detenerlo. Pero también por su denuncia de la sumisión de los Estados y Gobiernos a los intereses de la industria farmacéutica, de los vasos comunicantes y puertas giratorias por las que transitan sus peones y de las redes de intereses con las que colonizan los centros de decisión del ecosistema sanitario.

Es una publicación cuyo principal activo son sus autores, casi un centenar de profesionales, sanitarios y no sanitarios sin cuya desinteresada colaboración no habría sido posible llegar hasta aquí y con los que también queremos compartir este éxito, porque es su éxito. Y con quienes compartimos, además, la defensa de un Sistema Sanitario Público y de calidad, en el que el medicamento sea una herramienta al servicio de la salud de los ciudadanos y no de su medicalización, y cuyo precio derive de sus costes reales y no de la especulación, que se introduce disfrazada de valor, que detrae anualmente miles de millones de euros al SNS y que hoy día es su principal amenaza económica.

Y es también una publicación cuyos contenidos, desde que nació, hemos mantenido estrechamente alineados con los

principales temas de actualidad relacionados con nuestros objetivos.

El azar ha querido que esta celebración coincida también con el anticipo de las elecciones generales en España, que ha cogido con el paso cambiado a las reformas farmacéuticas con las que la industria farmacéutica está colando a granel sus intereses en la legislación sanitaria, con la ayuda imprescindible del mutante Secretario de Estado de Sanidad que las lidera, que en cuanto tomó posesión del cargo pasó de defender una industria farmacéutica pública a liderar la elaboración de una triaca legislativa farmacéutica tóxica para el SNS de la que por citar sólo algunos de sus componentes, incluye, la aniquilación de Revalmed y sus IPTs, la fijación del precio de los medicamentos por valor y no por su coste, la declaración del secreto del precio de los medicamentos que paga el Estado a la industria farmacéutica, un sistema de precios dinámicos de exposición, modelo Cacharel edición limitada, la reconversión de los medicamentos genéricos en medicamentos competidores, pero para que puedan competir en precios al alza o un sistema de precios notificados, que condenan al paciente a pagar más por lo mismo.

Estos días podemos leer en la prensa del sector lamentos, que se mezclan con ensoñaciones, sobre las posibilidades de que, pese al cambio de escenario, continuasen vivas las iniciativas pendientes de la triaca, el proyecto de RD de Precio y Financiación que nuestra Asociación rechazó por ser lesivo para los intereses del SNS y de los ciudadanos, y el no menos rechazable proyecto de Ley de los Medicamentos, cuyo trámite había acelerado recientemente el Sr. Padilla al máximo, por el escenario de incertidumbre que sobrevolaba la política nacional.

Para el primer misil contra el SNS, el RD de Precio y Financiación cuya fase de audiencia pública finalizó el 21 de julio pasado, especulan con la posibilidad de que se apruebe en 4 meses, antes de la disolución de las Cortes, o incluso después con el gobierno en funciones, alegando situaciones de urgencia o razones de interés general debidamente justificadas. Por poner en contexto estos plazos, recordemos que el Real Decreto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, que se publicó en mayo de 2026, había finalizado su fase de audiencia pública 18 meses antes, en septiembre de 2024. Pero de igual manera que vimos como la Industria Farmacéutica, de la mano del Secretario de Estado de Sanidad, consiguió el milagro del único acuerdo parlamentario de esta legislatura entre PSOE, SUMAR y PP para aprobar, por vía urgente, la Ley que blindó el secreto del precio de los medicamentos que paga el Estado a los laboratorios farmacéuticos, no es descartable que consiga este no menos asombroso acelerón de trámites, que le gane la carrera al calendario electoral y veamos el misil impactar de lleno en la línea de flotación del SNS, con su publicación en el BOE antes de la toma de posesión de un nuevo gobierno.

Para el segundo misil, la Ley de los Medicamentos, como la disolución de las Cortes impide su tramitación parlamentaria, la situación en la que queda la llaman “freno a su recorrido parlamentario” y la reconvierten en una iniciativa legislativa pendiente de que tenga que volver a ponerse en marcha en la próxima legislatura si el futuro Ejecutivo quiere recuperarla. Desde luego que si el mutante vuelve al Ministerio lo hará. Y si es el PP, la industria farmacéutica exigirá más y utilizará el documento del mutante como documento de mínimos para conseguir más privilegios a costa del SNS y de los ciudadanos.

Que negros nubarrones en materia farmacéutica ha dejado este Ministerio, que fue de la ilusión para muchos y desde luego para muchos de esta Asociación y que a mi me trae a la memoria aquel lamento de Violeta Parra en forma de canción:

Miren como nos hablan del paraíso
Cuando nos llueven balas como granizo
Miren el entusiasmo con la sentencia
Sabiendo que mataban a la inocencia

Cincuenta años después de Némesis médica: ¿qué diría Illich de nuestros medicamentos?

Abel Novoa Jurado
Médico de familia, doctor en Medicina y magister en Bioética. Expresidente de NoGracias, miembro del Grupo de Bioética de la SEMFYC y presidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de la Región de Murcia.



Este número 50 de la revista de la Asociación por un Acceso Justo al Medicamento coincide con una efeméride que invita a mirar hacia atrás para pensar el presente. En 2026 se cumplen cien años del nacimiento de Ivan Illich y algo más de medio siglo de la publicación de Némesis médica. Pocos libros han formulado una crítica tan radical de la medicina contemporánea y, al mismo tiempo, han sido tan incómodamente proféticos.

Illich no negaba los extraordinarios logros de la medicina. Su tesis era más perturbadora: una institución creada para proteger la salud podía, superado cierto umbral, comenzar a producir lo contrario de aquello que pretendía conseguir. A este fenómeno lo denominó "contraproductividad". En medicina distinguió tres dimensiones de la iatrogenia: la clínica, provocada directamente por las intervenciones sanitarias; la social, derivada de la expansión de la medicina sobre ámbitos cada vez mayores de la vida; y la cultural, cuando las personas y las comunidades pierden progresivamente su capacidad para afrontar autónomamente el dolor, la enfermedad, el envejecimiento y la muerte.

Medio siglo después, el medicamento constituye probablemente uno de los mejores lugares desde los que releer a Illich. Nunca hemos dispuesto de tantos fármacos eficaces ni de una capacidad tecnológica semejante para modificar el curso de las enfermedades. Pero nunca habíamos tenido tampoco poblaciones tan ampliamente expuestas a tratamientos farmacológicos, durante periodos tan prolongados y, con frecuencia, de manera simultánea.

El problema no reside simplemente en que existan demasiados medicamentos. Está en cómo se producen las necesidades, cómo se genera el conocimiento que justifica su utilización y cómo ese conocimiento termina convirtiéndose en decisiones sobre personas concretas.

Illich cuestionó especialmente la pretensión de convertir el conocimiento estadístico sobre poblaciones en una predicción segura sobre individuos. La medicina contemporánea ha perfeccionado extraordinariamente su capacidad para estimar probabilidades: riesgos relativos, reducciones absolutas del riesgo, números necesarios a tratar, curvas de supervivencia. Todo ello constituye conocimiento imprescindible. Pero el efecto medio observado en una población no equivale al beneficio que obtendrá una persona concreta. El problema no está en la estadística, sino en confundir una probabilidad poblacional con una certeza individual.

Esta distinción resulta particularmente relevante en la medicina preventiva y en el tratamiento farmacológico de factores de riesgo. Una intervención puede demostrar eficacia en un ensayo clínico y, sin embargo, proporcionar un beneficio individual muy pequeño a muchas de las personas que la reciben. Cuando desaparecen de la

conversación clínica el riesgo basal, la magnitud absoluta del beneficio, los efectos adversos, las preferencias del paciente y sus circunstancias particulares, la evidencia deja de informar una decisión para convertirse en una prescripción casi automática.

A ello se añade un problema que Illich apenas pudo contemplar en la magnitud actual: la industrialización de la producción del conocimiento médico. Buena parte de la investigación que determina qué medicamentos utilizamos, las guías que orientan su prescripción y la formación mediante la que los profesionales actualizan sus conocimientos se desarrolla en un ecosistema en el que la industria farmacéutica posee una enorme capacidad de influencia. Los conflictos de interés, el sesgo de publicación, la elección de comparadores o variables favorables, la ampliación de categorías diagnósticas y la influencia sobre sociedades científicas pueden desplazar progresivamente los límites de aquello que consideramos susceptible de tratamiento.

Desde esta perspectiva, la cuestión del acceso justo a los medicamentos adquiere una dimensión más amplia. La injusticia no consiste únicamente en que un paciente no pueda acceder a un medicamento eficaz por su precio. También existe injusticia cuando los recursos colectivos se destinan a intervenciones de escaso valor, cuando la innovación se remunera muy por encima de su aportación terapéutica, cuando se medicalizan problemas cuya causa fundamental es social o cuando pacientes suficientemente informados habrían decidido no recibir determinados tratamientos.

Defender el acceso justo exige, por tanto, defender simultáneamente el acceso y la prudencia. Garantizar que toda persona pueda recibir los medicamentos que realmente necesita, pero también protegerla frente a tratamientos innecesarios, expectativas exageradas y decisiones clínicas condicionadas por intereses comerciales.

Probablemente Illich seguiría resultando incómodo hoy. Nos recordaría que una medicina más tecnológica no es necesariamente una medicina mejor y que incrementar indefinidamente el consumo sanitario no equivale a incrementar indefinidamente la salud. Pero quizá también nos obligaría a formular de otra manera uno de los objetivos de la AAJM. El acceso justo a los medicamentos debería significar que nadie deje de recibir el medicamento que necesita por razones económicas, pero también que nadie acabe dependiendo del medicamento que no necesita.

La palabra pronunciada en el mundo queda

Luis Montiel
Catedrático jubilado de Historia de la Ciencia

Cincuenta números de esta revista: cincuenta mochilas de supervivencia cargadas de análisis de situación, de desvelamientos, de llamadas de alerta, de debate, de combate, de responsabilidad, de solidaridad, de antídotos contra el silencio ignorante o culposo, o -lo que es peor- ignorante y culposo; cincuenta pequeños, pero



dignísimos fragmentos de historia del presente en los que he tenido la fortuna, el honor y la alegría de participar en la medida en que he sido capaz. Estamos -yo también- de celebración.
Honderos, como poéticamente dice nuestro Fernando Lamata, convencidos de la necesidad de manejar nuestras anticuadas armas

frente a misiles hipersónicos, porque lo que de nada sirve es bajar los brazos. Cada artículo de AJM, además de un recurso para la supervivencia propia y ajena, es un pequeño proyectil de honda, semejante a esos que pueden verse en algunos museos, con vocación no de muerte, sino de acertar en el punto ciego de la armadura por el que pueda llegar a bloquearse la poderosa máquina de destrucción que nos enfrenta, a la que nos enfrentamos. Vana esperanza, según muchos. ¿Para qué poetas en tiempos de miseria?, se preguntaba Hölderlin, a medias retórica, a medias melancólicamente, pues tenía su respuesta, aunque sabía que pocos estaban dispuestos a aceptarla.

Pero fue poeta, y quienes orbitamos en torno a la Asociación por el Acceso Justo al Medicamento, los honderos, no vamos a dejar de ser lo que pensamos que nos corresponde, que "nos toca", en más de un sentido. Los plomos lanzados por estas hondas alcanzarán o no su objetivo, pero habrán sido lanzados porque así había de ser. Los de antaño, aquellos que el tiempo ha preservado y pueden contemplarse en los museos, dan testimonio de la parte de la historia en la que desempeñaron un papel. Con las palabras ocurre algo parecido, pero su alcance es aún mayor. No escribimos ni hablamos para que nuestras palabras nos permitan pasar a la historia, ni siquiera para que queden como mero documento de lo que hicimos o pretendimos hacer. Claro que darán testimonio de cómo fue, en el mundo de la atención a la salud, el tiempo en que fueron escritas o pronunciadas, lo que seguramente ya es algo. En su magnífica novela La muerte de Virgilio Hermann Broch hace decir a su protagonista: "la palabra pronunciada en el mundo queda". Pero nuestra aspiración va más lejos, como el proyectil lanzado por la honda, que no se conforma con viajar hacia el futuro para ser visto como mera reliquia (re-linquere: dejar atrás): las palabras circulan, y lo hacen a través de los seres humanos que las pronuncian o que leyéndolas las comparten. ¿Serán, más bien, como el agua que circula por los cauces de la tierra desgastando, sin violencia, las aristas de las rocas hasta dotarlas de apacibles formas redondeadas?

No me permitiré demasiado optimismo. El mismo Broch, su mismo Virgilio, sabían también que la lucha de la palabra creadora podía sucumbir en medio de "la selva de las voces". Pero, como dictaminó Camus en La peste - ¡este Montiel, siempre mezclando con todo la literatura! - "ese no es motivo para dejar de luchar".

¡Felices cincuenta números, AJM!

Aquí seguimos

José Luis Pedreira Massa

Psiquiatra y Psicoterapeuta infancia y adolescencia. Prof. Psicopatología, Grado Criminología (jubilado). Prof. Salud Pública, Grado Trabajo Social (jubilado). UNED.

Desde la coordinación de la Revista me solicitan un folio en conmemoración del número 50. Dos consideraciones previas: la primera es que decir un folio es muy fácil, pero escribir un folio en ocasiones es más difícil que solicitar 10 folios, así que se intentará. Lo segundo es reconocer



que llegar al número 50 es toda una odisea y un compromiso, nuestro país es el líder en números 0/1 de multitud de publicaciones, tanto más si son temas muy específicos y con compromiso social, por eso es para dar los parabienes a los editores de la revista que nos ocupa.

En estos años nos hemos concienciado de dos situaciones aparentemente contradictorias: el incremento de nuevos fármacos con nuevas perspectivas y fundamentos científico-técnicos y, como consecuencia de ello, el incremento de los precios de los medicamentos que aumentan de forma exponencial sin justificar, de forma suficientemente consistente, dichos costes para la población.

Exigir que las grandes internacionales farmacéuticas justifiquen de forma específica los costes reales incluyendo los estudios de mercado de los futuros fármacos y que, al menos anualmente, se publique la evolución de ventas y ganancias con los productos comercializados previamente.
Los nuevos tratamientos individualizados, con bases genéticas o inmunológicas, han sido la excusa para incrementar, de forma exponencial, los precios y pretender justificarlo que, previo a la comercialización, ha existido una investigación costosa y prolongada en el tiempo.

El Sistema Nacional de Salud dedica una partida presupuestaria, creciente y permanente, para subvenir los costes de los tratamientos farmacológicos y esa partida va en claro detrimento de las inversiones en otras partidas de mayor trascendencia para la salud de la población. Pero este simple hecho, tan racional y consistente, debe ser explicado de forma clara y comprensible al conjunto de la población y a los colectivos de pacientes afectados.

Larga vida a la Revista por el precio justo del medicamento.

Un lustro después: entre la (r)evolución y la vulnerabilidad sanitaria

Ana Isabel Rigueira García
Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria. Adjunta Hospital Universitario San Agustín.
Máster en RGPD (UNED- AEPD)



Han pasado cinco años desde que la rAJM inició su andadura, y el entorno sanitario ha cambiado más de lo que esa brevedad hace pensar. La pandemia normalizó la teleconsulta y la receta electrónica; después llegó la inteligencia artificial generativa, instalada en la vida cotidiana desde 2022 con una rapidez que ninguna institución sanitaria puede igualar. Ahí está la primera paradoja del lustro: no son los sistemas de diagnóstico asistido ni los algoritmos de descubrimiento de fármacos los que más van a condicionar a corto plazo la relación entre paciente, médico e industria, porque esos siguen un camino largo de validación clínica y regulatoria. Lo que ya está aquí, sin filtro alguno, es la IA aplicada a la promoción comercial, que puede desplegarse de inmediato porque no necesita superar ningún control sanitario.

El terreno estaba abonado desde antes. Ya sabíamos que la promoción dirigida a los médicos altera el volumen de prescripción y que la publicidad al consumidor moviliza al paciente hacia el tratamiento que pide en consulta. Lo que aporta la IA no es un mecanismo nuevo, sino una eficiencia y una capacidad de personalización que antes no existían, y sobre todo una cualidad inquietante: la de volverse invisible. Un mensaje comercial generado para un único

destinatario, que nadie archiva porque no puede archivarse, deja de ser supervisable por definición. El sistema de control construido durante décadas (revisión previa, archivo de materiales, número finito de piezas promocionales) presuponía precisamente lo que la generación automática de contenido ha hecho desaparecer: que las piezas se puedan contar.

A ese problema se suma otro, más personal y menos discutido. Quien conversa con un asistente de IA no habla con un profesional sujeto a secreto, ni deja una historia clínica con las garantías legales que la acompañan; deja, sin saberlo, un relato completo de su enfermedad, su medicación, sus miedos y su situación económica, en un entorno sin trazabilidad y a menudo fuera del marco europeo de protección de datos. Lo hace, además, con una desinhibición que no tendría en la consulta, porque el chat no juzga, no cobra por el tiempo y transmite una sensación de intimidad que la publicidad clásica nunca logró. Esa misma sensación es la que hace tan eficaz, y tan difícil de detectar, un mensaje comercial disfrazado de respuesta asistencial: el usuario le atribuye una neutralidad clínica que no tiene.

Europa dispone ya de un marco normativo denso: el reglamento de protección de datos, el de inteligencia artificial, el del espacio europeo de datos de salud, y una jurisprudencia que amplía el concepto de publicidad a la incitación al consumo de medicamentos indeterminados. El problema no es de definición sino de aplicación: sin obligación de registro de las comunicaciones promocionales individualizadas, ninguna autoridad puede fiscalizar lo que ya ocurre. Y mientras la exigibilidad plena de esas normas se aplaza hasta 2027 y 2028, la vulnerabilidad del paciente ante un mensaje comercial, a diferencia de la vulnerabilidad por edad o discapacidad, ni siquiera está expresamente reconocida.

Frente a todo esto, no basta con reforzar el consentimiento individual: nadie lee ni entiende realmente lo que firma. La protección de los datos de salud tiene un componente de interés público que no debería depender de esa diligencia; hacen falta prohibiciones objetivas y obligaciones de registro que devuelvan a las autoridades la capacidad de fiscalizar. Mientras tanto, cada profesional puede hacer algo hoy mismo: preguntar de dónde viene la información que trae el paciente, exigir fuente a todo material promocional personalizado y no dar por perdida una señal de efecto adverso solo porque llegó primero a un chat. Un lustro después, el reto no es la falta de normas, sino la distancia entre su vigencia formal y su aplicación real.

La cantera

Antonio Pujol de Castro
Médico Titular del Estado, Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias.
Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Doctorando por la UAM.



Con motivo de la edición número 50 de la Revista AAJM, me propusieron que colaborase haciendo una pequeña reseña. Para mi es todo un honor poder escribir estas líneas y que compartan edición con las escritas por profesionales y referentes en el ámbito del activismo sanitario con mucho más renombre y recorrido. No obstante, precisamente por encontrarme en los primeros años de mi carrera profesional, creo que puedo aportar una mirada diferente: la de una generación que ha recibido un legado de derechos y conocimientos, pero que también se enfrenta a unas condiciones

materiales y sociales distintas.

Cada generación tiene sus retos, pero actualmente asistimos a varios procesos simultáneos con una característica común: desplazan los costes hacia la sociedad mientras reducen nuestra capacidad colectiva para intervenir sobre sus causas.

1. La colectivización de los riesgos pero privatización de los beneficios. Las empresas, con el beneplácito de los gobiernos, desarrollan y continúan con formas de producción que les generan grandes ingresos, a costa de un riesgo para la humanidad (emisiones de CO_2, inteligencias artificiales, armas nucleares, etc.).

2. La individualización de problemas colectivos. ¿Sientes malestar? Tal vez sea por tus condiciones laborales precarias, tu relación de pareja abusiva, tu inseguridad habitacional, los discursos de odio y violencias que sufres por tu condición vital, etc. Sean cuales sean las causas, la única puerta que a pesar de los recortes sigue abierta, es la de los servicios sanitarios, donde todos estos malestares se van a individualizar mediante etiquetas diagnósticas, y van a ser abordados con medidas farmacológicas, obviando todos los determinantes sociales previamente descritos, cuyos abordajes son complejos y requieren de una reflexión y acción colectiva.

3. La gobernanza de la élite. Las decisiones importantes se toman en despachos a puerta cerrada. Las negociaciones son opacas. Como ciudadanos hemos de confiar en que las personas que nos gobiernan son las más preparadas para ello, que son sujetos racionales que mediante ciencia y objetividad buscan el beneficio de la colectividad.

Estos procesos no son ajenos al ámbito del medicamento. La industria farmacéutica es la más rentable gracias a su éxito en la captura corporativa de las políticas públicas. Mediante la compra de legisladores, científicos, prescriptores y la sociedad civil, han conseguido blindar internacionalmente su monopolio. Todo esto genera de manera efectiva un negocio que supone un obstáculo para el acceso al medicamento.

La juventud juega un doble papel en esta situación:

- Por una parte, es la que más tiene que perder. Las generaciones anteriores han luchado por conseguir los derechos con los que hoy contamos. Con toda una vida por delante, tenemos tanto una mayor probabilidad de que estos derechos se pierdan, como de sufrir las consecuencias de las tendencias que hoy están en marcha.

- Por otra parte, es a la que le toca activarse. Las generaciones más veteranas han sido y están al pie del cañón, pero ¿durante cuánto tiempo?

Las decisiones que hoy tomemos sobre propiedad intelectual, financiación, investigación, regulación o acceso determinarán las condiciones en las que nuestra generación, y las que vengan después, podrá ejercer su derecho a la salud. Cada vez vemos más colectivos de juventud movilizándose por la lucha contra el cambio climático y por la democracia. Pero, ¿estamos sabiendo transmitir la importancia de la reivindicación en el ámbito del acceso al medicamento?

Desde mi punto de vista, no basta con tener buenos argumentos: tenemos que ser capaces de transmitirlos, organizarnos y, sobre todo, incorporar a quienes todavía no forman parte de esta conversación. La cantera no solo somos quienes estamos empezando ahora. Son también quienes todavía no saben que esta lucha les afecta. Nuestra tarea es encontrarlos, escucharlos y construir con ellos.

ORIGINAL

Precios de medicamentos, soberanía bajo amenaza corporativa

- ***Los retos y realidades de la política estadounide de Most Favoured Nation (MFN) en los mercado europeos***



Jaume Vidal
Consultor independiente en temas de salud y políticas públicas

El precio de un medicamento es, a menudo, el mayor obstáculo para su acceso. Sin embargo, el monte final depende en el ámbito de la Union Europea de múltiples variables que incluyen, una vez el producto ha conseguido la autorización para ser comercializado, desde los resultados de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias a la decisión de reembolso por parte del Estado pasando por la negociación entre el titular de la autorización comercial y el ente público para fijar el precio de compra.

Se trata de un proceso complejo y muy poco transparente con la intervención de diversos actores en cada una de sus etapas y enormes incentivos (de diferente naturaleza) para las partes concernidas para lograr un acuerdo en el menor tiempo posible. Para las compañías farmacéuticas se trata de poder poner en venta el producto mientras dure el periodo de monopolio otorgado por la patente, para el Estado (y, por extensión, los y las pacientes) el objetivo es poder garantizar el acceso a un producto sin dilaciones ni retraso. En la gran mayoría de casos, en ocasiones tras muy publicas disputas, se logra un acuerdo donde se anuncia un precio. No obstante, en repetidas ocasiones, y en gran medida a la referida opacidad tal precio no es real ya que se logran rebajas y descuentos sustantivos a cambio de compromisos sobre volumen de compra o tipo de contrato.

Se trata de una situación que desde diversos sectores de la sociedad civil organizada, academia y algunas instituciones se venía denunciando. La aprobación de la resolución AMS72.8 de 2019 sobre la transparencia de los mercados farmacéuticos parecía un paso en la dirección correcta reclamando que los Gobiernos publicaran los precios reales de los medicamentos como un paso indispensable para una mejor gobernanza de los sistemas de salud. Sin embargo, el temor a perder aquellos acuerdos conseguidos en base al secreto y la opacidad han hecho que ningún gobierno haya, de manera efectiva, hecho público el cuanto y por qué se ha pagado. Se perdió una oportunidad de poner la voluntad política (basada en evidencia empírica) por encima de los intereses del sector industrial farmacéutico y sus aliados.

Cuando a finales de 2025 el gobierno de Estados Unidos, con el objetivo de lograr precios más competitivos para sus programas públicos de asistencia sanitaria y de atención al personal militar, impulsa la cláusula de la Most Favoured Nation (MFN) o Nación Mas Favorecida, lanza un órdago a las compañías farmacéuticas, basadas o operando en Estados Unidos: el precio pagado por las agencias gubernamentales debe ser el más

bajo que estas compañías piden por un determinado producto. Tomando en consideración el tamaño del mercado estadounidense y el nivel de imbricación que las compañías mantienen con el sistema estadounidense de investigación biomédica (con un importante componente público) la decisión de la mayoría de compañías de referencia de colaborar con los planes del ejecutivo estadounidense no fue inesperada.

Sin embargo, el impacto (y algunos dicen uno de sus objetivos secundarios) de la medida no se limitó al mercado estadounidense, caracterizado por muy elevados precios presuntamente para cubrir muy altas y riesgosas inversiones en Investigación y Desarrollo (I+D). Muy pronto gobiernos y autoridades reguladoras empezaron a notar la presión doble de por un lado, una administración estadounidense que de manera continuada acusa a los miembros de la UE pagar menos por unos medicamentos cuya I+D fue sufragada por los ciudadanos estadounidenses y, por el otro, de una industria que desde hace ya algunos años se opone a medidas tales licencias obligatorias, control de precios y otros elementos de regulación como amenazas a la innovación.

En el nuevo panorama, mientras la administración estadounidense a través de la oficina del representante estadounidense para el comercio abre investigaciones (previa sanción) sobre el sistema de precios y reembolso de un titán como Alemania, las compañías farmacéuticas se permiten no tan veladas amenazas de no introducir nuevos medicamentos en territorio europeo si no hay un aumento de la inversión y los precios. Ya no se trata de rumores o infundados temores, la nueva realidad se impone: las decisiones de los gobiernos ya no se justifican ante la sociedad y sus ciudadanos, sino también, y sobre todo, el mercado y sus acólitos políticos.

La respuesta de la Unión Europea ha sido un reflejo de las contradicciones que la caracterizan. Tras la capitulación del Reino Unido, aceptando elevar el nivel de gasto del sistema sanitario y obviando algunos de los requerimientos de coste/efectividad, otros países como Francia e Italia han intentado acomodar las demandas de mayor gasto con promesas tributarias mientras que España ha adoptado una posición pragmática de priorizar algunos de los puntos más valorados de la nueva ley del medicamento (no relacionados con transparencia) a cambio de transigir en otros. El mayor problema radica, sin embargo, en el silencio ambivalente de la Comisión Europea cuya inacción en un dosier estratégico como el sector (producción, comercio y suministro) farmacéutico contradice las ambiciones de potencia global y los sonoros discursos en foros y conferencias.



"La respuesta de la Unión Europea ha sido un reflejo de las contradicciones que la caracterizan. Tras la capitulación del Reino Unido, aceptando elevar el nivel de gasto del sistema sanitario y obviando algunos de los requerimientos de coste / efectividad, otros países como Francia e Italia han intentado acomodar las demandas de mayor gasto con promesas tributarias"

ORIGINAL

¿Quién se beneficia de los altos precios de los medicamentos?

Núria Homedes y Antonio Ugalde denuncian que los altos precios de medicamentos enriquecen a farmacéuticas, ejecutivos, accionistas, médicos y políticos. Exigen regular los conflictos de interés para garantizar fármacos asequibles.

Núria Homedes – Antonio Ugalde
Respectivamente, directora general y presidente de Salud y Fármacos.

Cuando leemos que los medicamentos que la industria ha estado vendiendo por US$84.000, y ahora cuestan US$57 [1], o que lo que se vende por US$28.000 podría costar US$40 [2], nos queda claro que los precios que impone la industria farmacéutica a los medicamentos protegidos por patente no guardan relación con su costo de producción. Hace poco el titular de una noticia publicada en el New York Times decía que el precio de los anti-cancerígenos nuevos se ha normalizado a alrededor de US$400.000 al año [3] y durante el 2025 la inflación de precios de los medicamentos fue del 12,7% [4].



Un informe del senador de EE.UU., Bernie Sanders, recopila los datos económicos de las primeras 16 empresas que llegaron a acuerdos para el control de los precios de los medicamentos con el presidente de EE.UU. [5] y podemos ver en el Cuadro 1 que los ingresos de la industria farmacéutica siguen aumentando, así como sus márgenes de ganancias, que representaron el 21% y el 13,7% de los ingresos, en 2025 y 2024, respectivamente.

Cuadro 1: Ganancias e ingresos de 16 empresas farmacéuticas en 2024 y 2025 [20] (en millones de US$)

Empresa	Ingresos en 2025	Ingresos en 2024	Ganancias en 2025	Ganancias en 2024
Johnson & Johnson	94.190	88.820	26.800	14.070
Eli Lilly	65.180	45.040	20.640	10.590
Merck	65.010	64.170	18.250	17.120
Genentech (Roche)	74.070	68.680	16.620	10.430
Novo Nordisk	46.730	42.110	15.490	14.650
Novartis	54.530	50.320	13.970	11.940
AstraZeneca	58.740	54.070	10.230	7.040
Sanofi	49.320	44.450	8.880	6.080
Gilead Sciences	29.440	28.750	8.510	480
GSK	41.750	41.390	8.040	3.890
Pfizer	62.580	63.630	7.770	8.030
Amgen	36.750	33.420	7.710	4.090
EMD Serono	23.860	22.890	2.960	3.010
Bristol Myers Squibb	48.190	48.300	7.060	-8.930
AbbVie	61.160	56.330	4.230	4.290
Boehringer Ingelheim	31.380	28.990	n/a	n/a
Total	**842.890**	**781.380**	**177.150**	**106.770**



ID 328149339 © Thanarat Boonmee | Dreamstime.com

A partir de esta realidad, nos podemos preguntar quién ha otorgado tanto poder a la industria para imponer precios que amenazan los servicios de salud, tanto públicos como privados, no solo en EE.UU., sino en todo el mundo. No daremos respuesta a esa pregunta, pero sí podemos presentar datos sobre otros actores que directa o indirectamente, a sabiendas o sin saberlo, se benefician de los precios que impone la industria. El mismo informe de senador [5] ofrece un panorama de cómo las empresas compensan a sus accionistas y directores ejecutivos (Ver Cuadro 2).

Cuadro 2: Recompra de acciones y dividendos de 15 empresas farmacéuticas en 2025 (en millones de US$)

Empresa	Dividendos en 2025	Recompra de acciones en 2025	Pago a los directores ejecutivos en 2025
Johnson & Johnson	12.380	5.950	32.758,11
AbbVie	11.660	610	32.530,98
Genentech (Roche)	10.100	n/a	12.310,63
Pfizer	9.770	n/a	27.585,30
Merck	8.180	5.100	20.797,84
Novo Nordisk	7.830	n/a	3.129,87 +9.843,20
Novartis	7.820	8.900	29.948,05
Eli Lilly	5.380	4.110	36.698,34
Sanofi	5.380	5.670	12.423,59
Amgen	5.100	n/a	24.693,12
AstraZeneca	4.850	n/a	23.314.89
Gilead Sciences	400	1.920	28.437.20
GSK	3.280	1.760	20.660,08
Bristol Myers Squibb	1.280	n/a	21.879,92
EMD Serono	320	n/a	9.420,16
Total	**97.320**	**34.020**	**346.431,29**

Novo Nordisk tuvo dos directores ejecutivos
En referencia a los ingresos de los CEO, teniendo en cuenta las ganancias reales procedentes de los regalos de acciones, es probable que los paquetes de compensación en 2025 fueran significativamente más elevados.

Además, según la base de datos Open Payments, en el 2025, la industria repartió US$2.624.554.749,77 en 10.129.623 pagos a profesionales de la salud, una media de US$3.936,35 por profesional (con una mediana de US$179,3). Múltiples estudios han demostrado que los profesionales que reciben financiación de la industria, independientemente de la cantidad, tienden a recetar más medicamentos de marca y más medicamentos que aquellos que no lo hacen.

En EE.UU., el Congreso ha sido muy reticente a enfrentarse con la industria y controlar sus ganancias. Según Open Secrets, el sector salud figura entre los que más invierte en cabildear a los legisladores federales, y en el 2025 solo la industria farmacéutica invirtió US$188,95 millones (sin incluir a los legisladores estatales), y en 2024 emplearon a 746 cabilderos [6]. La industria también contribuye a las campañas electorales. Un análisis de STAT de 2020 reveló que más de dos tercios de los miembros del Congreso habían recibido pagos de empresas farmacéuticas ese año [7]. Datos más recientes de Open Secrets para 2023-2024 confirman asimismo que una gran mayoría de los líderes del Congreso y del Senado de EE.UU. reciben importantes contribuciones de empresas farmacéuticas o de productos para la salud, con un promedio de US$46.744 y US$52.331 para los republicanos (n=210) y demócratas (n=211) de la Cámara de Representantes, respectivamente, y de US$54.080, US$84.527 y US$42.714 para los republicanos (n=50), demócratas (n= 45) e independientes (n=4) del Senado [8].

Esta relación no es exhaustiva, pues hay una lista interminable de otros actores que también se benefician, incluyendo los que participan en la cadena de suministro farmacéutico; los hospitales que administran los medicamentos; los que elaboran publicidad de medicamentos; las asociaciones profesionales, editores y revistas médicas; los académicos y universidades que colaboran con las empresas, ya sea en investigación básica o clínica, o simplemente analizando sus datos, etc.

En nuestra opinión, es importante ir desvelando y tomando las medidas pertinentes para limitar los conflictos de interés que los pagos de la industria generan en los inversionistas, legisladores, académicos, asociaciones y profesionales de la salud, para maximizar el apoyo de dichos grupos a las políticas farmacéuticas que faciliten el acceso a medicamentos asequibles.

Referencias

1. Clinton Health Access Initiative. From US$84,000 to US$57: Why affordable hep C treatment still isn't reaching millions. Clinton Health Access Initiative, 2 de julio de 2026. https://www.clintonhealthaccess.org/report/2026-hepatitis-c-treatment-market-memo/

2. Médicos Sin Fronteras pide que el revolucionario fármaco contra el VIH esté disponible a US$40 en todo el mundo MSF, 17 de junio de 2026.

3. A US$480.000 a year pill reflects a new normal for cancer drugs. NYT, 31 de agosto de 2026. https://www.nytimes.com/2026/08/31/business/pancreatic-cancer-drug-prices.html?utm_source=substack&utm_medium=email

4. American Society of Health Systems Pharmacy. U.S. Prescription Drug Spending Poised to Cross $1 Trillion, With Weight Loss Drugs Driving Historic Growth in 2025. ASHP, 30 de abril de 2026. https://news.ashp.org/news/ashp-news/2026/04/30/us-prescription-drug-spending-poised-to-cross-1-trillion-with-weight-loss-drugs

5. Sanders, Bernard. Promises Made, Promises Broken: Prescription Drug Prices Continue to Skyrocket Under President Trump. Senate Committee on Health, Education, Labor and Pensions, 16 de abril de 2026. https://www.help.senate.gov/imo/media/doc/help_minority_drug_pricing_report.pdf

6. https://www.opensecrets.org/industries/lobbying?ind=H4300&gad_source=1&gad_campaignid=22158757849&gbraid=0AAAAAB1mwfoWMowVrBDbIaReh8Am9JqbY&gclid=Cj0KCQjw--7UBhCpARIsAGJBpth34irNfgKDPbwing770v3yX2LzeyvoqwW5mdRbUyD6y0JH1VH3UDQaAoTVEALw_wcB

7. Facher Lev. More than two-thirds of Congress cashed a pharma campaign check in 2020, new STAT analysis shows. Statnews, 9 de junio de 2021 https://www.statnews.com/feature/prescription-politics/federal-full-data-set/

8. Open Secrets. Pharmaceuticals/ Health Products recipients. https://www.opensecrets.org/industries/summary?code=H04&cycle=2024&ind=H04&mem=N&recipdetail=A&sortor

ORIGINAL

El derecho a saber de la ciudadanía exige transparencia en la gestión de la sanidad pública



Juan Luis Beltrán Aguirre
Presidente del Consejo de Transparencia de Navarra.

Parafraseando a Norberto Bobbio, la democracia no es otra cosa que la gestión de lo público en público. Y, en efecto, solo cuando la actuación de los responsables y gestores públicos se sujeta a una supervisión de la sociedad a la que sirve, rindiendo cuentas de su actuación, es cuando se puede hablar de democracia avanzada y participativa.

Sin embargo, para hacer realidad una democracia avanzada y participativa no basta con la existencia de leyes de transparencia y de buen gobierno, pues las leyes por sí solas no tienen efectos taumatúrgicos; no son una varita mágica que, con su mera promulgación, haga que las Administraciones y Entidades públicas se vuelvan transparentes y sus mandatarios observen los principios de ética y reglas de conducta propios de un buen gobierno. Con la promulgación de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de Transparencia, la transparencia en la gestión pública se puso de moda en todos los foros, pero la palabra "transparencia", tras haber sido invocada en exceso, pero sin resultados efectivos, hoy está en gran medida devaluada en su significado político-administrativo y, por ende, ha perdido parte del atractivo que suscito en 2013 la promulgación de la ley.

Además de una buena legislación que la sustente, es imperioso educar y sensibilizar a los políticos y altos cargos de la Administración en el valor de la transparencia, y también a la ciudadanía para que con una actitud proactiva ejerza su derecho constitucional a saber visitando habitualmente los portales de transparencia de las entidades y organismos públicos y solicitando el acceso a aquella información o documentos públicos sobre programas, medidas y actuaciones que afecten a su vida cotidiana, como en el ámbito de la salud es el caso de la gestión de la salud pública, de la asistencia sanitaria o del acceso a los medicamentos, a fin de colaborar con los gobernantes y gestores públicos para procurar que las decisiones que adopten sean acordes con los intereses generales.

Empero, todavía se observa en nuestros políticos una falta de motivación entendida como la ausencia de una convicción profunda sobre la importancia de la transparencia en un sistema democrático avanzado. A los políticos y altos cargos de la Administración la transparencia les incomoda. Consideran la información como algo propio -la información es poder- y se resisten a facilitarla. Les preocupa parecer transparentes, no serlo realmente. Son frecuentes declaraciones públicas o notas de prensa que ofrecen una información insuficiente o manipulada, En el ámbito de la sanidad buenos ejemplos son el maquillaje de las listas de espera, la gestión de la pandemia del Covid-16 o la reciente crisis sanitaria de la ciudad de Ceuta. Ha primado

la voluntad de aparentar, nada más. Se desenvuelven más cómodos en la opacidad.

Después de trece años de vigencia de la citada Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de Transparencia, su aplicación durante estos años no ha dado todos los frutos que cabía esperar, en buena medida debido a las propias carencias de la ley y a la poca voluntad de aplicarla. Indudablemente, en estos años se ha avanzado bastante en transparencia, pero, con todo, no es exagerado afirmar que la situación actual de la transparencia de la gestión pública en nuestro país es todavía mediocre. Ha habido avances, como, por ejemplo, dotarse las Administraciones y Entidades de portales de transparencia, aunque, en general, sin abrir al público las bases de datos internas, pero también retrocesos como, por ejemplo, establecer este año por ley el secreto del precio de los medicamentos de financiación pública.

Conseguir que los políticos y altos cargos de las Administraciones sanitarias sean transparentes en sus decisiones y actuaciones pasa necesariamente por que la opacidad tenga un coste electoral en los políticos y un coste profesional en los altos cargos, y sufrir ese precio pasa por que la ciudadanía penalice la opacidad, pero solo la penalizará cuando esté comprometida y sensibilizada, que hoy no lo está, al menos suficientemente.

Queda, pues, bastante camino por recorrer. La labor que en esta ruta están haciendo los órganos garantes de la transparencia instituidos como Administraciones independientes, el estatal y los creados en las Comunidades Autónomas, está siendo muy importante. Animo a que prosigan sin desmayo en esa labor de concienciación.



ORIGINAL

La epidemia de muertes por caídas en España y la prescripción farmacéutica

Las autoras Zunzunegui denuncian que la mortalidad por caídas en mayores españoles se duplicó en 20 años, probablemente debido al incremento de la polifarmacia y fármacos psicotrópos, urgiendo a la deprescripción desde la atención primaria.

María Victoria Zunzunegui y Alicia Zunzunegui
Respectivamente, investigadora en epidemiología del envejecimiento y médica especialista Medicina Familiar y comunitaria.

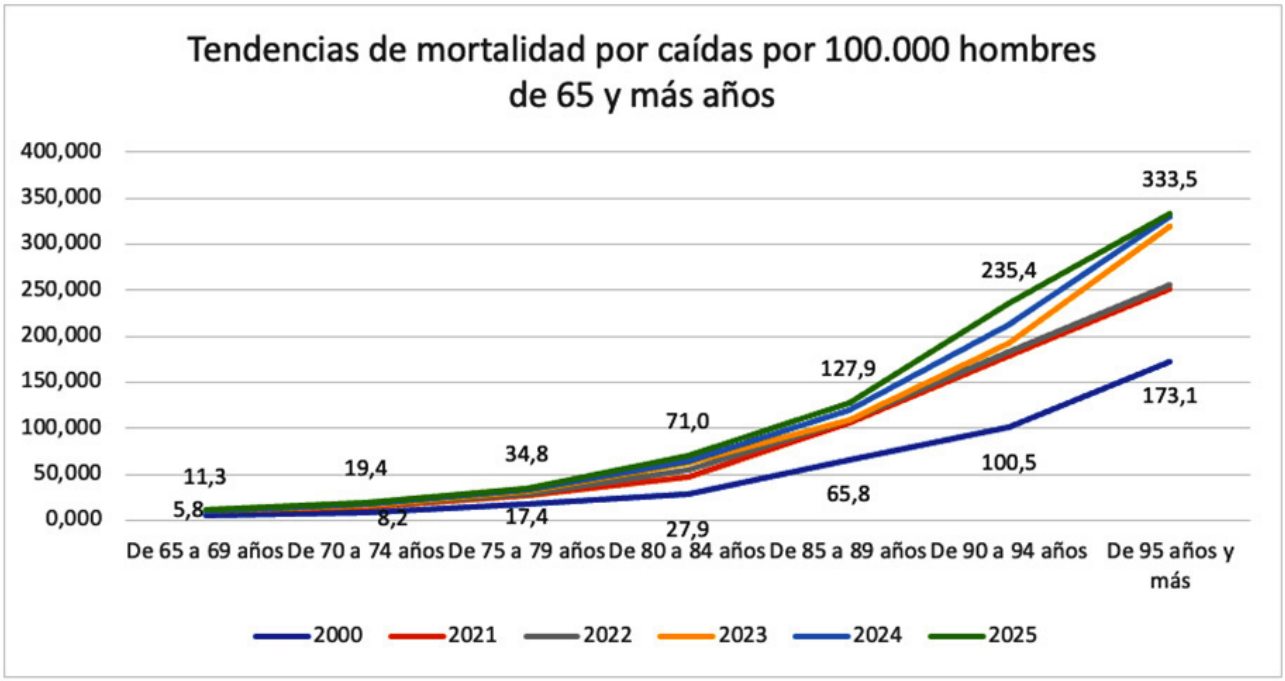
Introducción

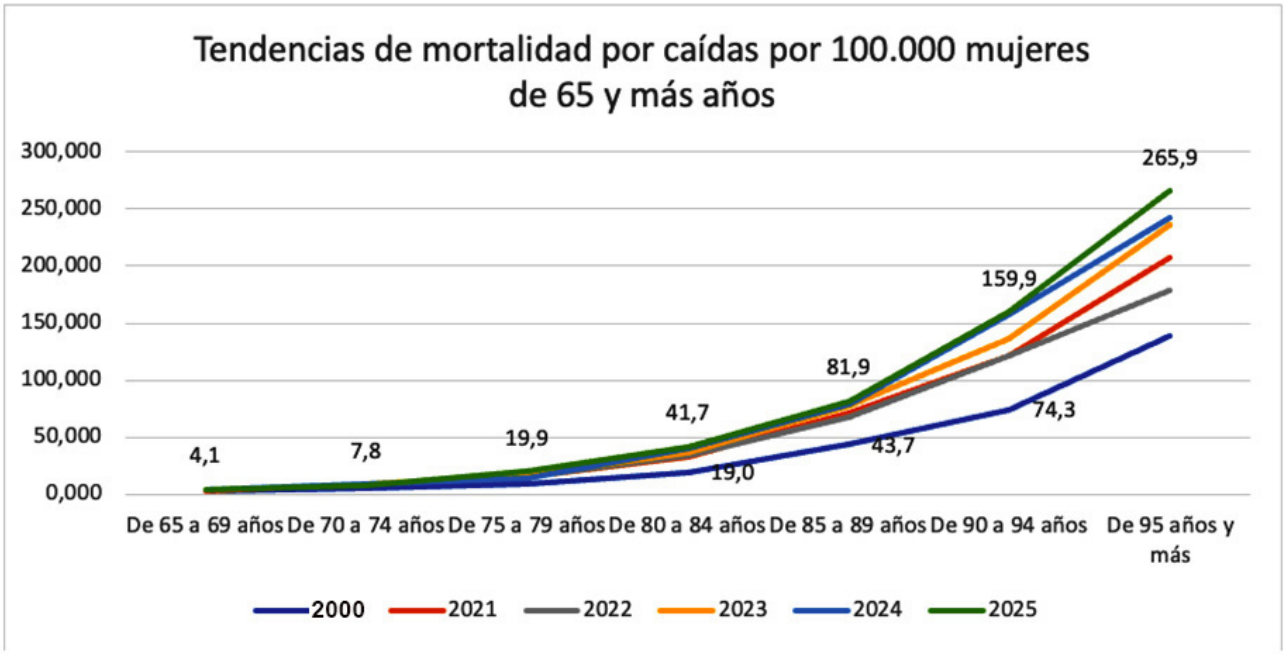
La lectura de un reciente artículo sobre la tendencia creciente de la mortalidad por caídas en personas mayores en Estados Unidos [1], nos ha llevado a examinar las estadísticas de mortalidad por caídas en España. Según el Instituto Nacional de Estadística, se puede constatar que en 2025 hubo 4172 defunciones por caídas accidentales en mayores de 65 años y además la mortalidad por caídas ha crecido en los últimos 25 años, duplicándose en todos los grupos de edad, tanto en hombres como en mujeres (figura).



Las personas mayores que mueren por una caída accidental han sido frecuentemente hospitalizadas. En un estudio reciente en Lituania, el 61% de ellas habían sido hospitalizadas en el año previo a su muerte al menos una vez y 38% dos o más veces. Estos resultados indican que se deberían de adoptar "estrategias integradas de prevención de caídas, un mejor seguimiento tras el alta y una atención coordinada entre los servicios de urgencias, hospitalarios, de atención primaria y comunitarios para reducir la mortalidad por caídas entre las personas mayores" [2].

Siguiendo el razonamiento de Farley [1], no hay motivos para suponer que las personas mayores de hoy estén en peor estado de salud o tengan peores hábitos de vida o peor situación económica que las de hace 25 años. De hecho, en España el aumento de la esperanza de vida en buena salud a los 65 años sugiere que actualmente los mayores, tanto hombres como mujeres, tienen mejor salud y capacidad funcional que en el año 2000. Por el contrario, hay razones para suponer que el aumento en la mortalidad por caídas se debe al enorme aumento en el uso de algunos fármacos, algo que se podría modificar con cambios en la prescripción médica.





Fuente: Estadísticas de defunciones por causa de muerte, 2000, 2021-2025. Instituto Nacional de Estadística

Polifarmacia, fármacos que aumentan el riesgo de caídas, y riesgo de caídas

En personas mayores de Estados Unidos se observa un aumento de la polifarmacia, presente en más de un tercio de mayores de 65 años en 2021-2023. Y, aunque hubo disminución del uso de benzodiacepinas y analgésicos opioides, aumentó el uso de relajantes musculares y antidepresivos [3].

La polifarmacia, definida como el uso concurrente de cinco o más medicamentos, afecta al 40% de las personas mayores de 65 años europeas según una revisión sistemática [4]. La polifarmacia aumenta el riesgo de hospitalización por caídas accidentales, de forma independiente al número de trastornos crónicos, hábitos de vida y medicamentos asociados al riesgo de caídas. En una clara relación de dosis respuesta, el

riesgo de caer aumenta a medida que aumenta el número de medicamentos utilizados [5].

La polifarmacia es más frecuente en personas con bajos ingresos, algo confirmado en un estudio realizado en La Rioja donde se observó la fuerte asociación entre bajos ingresos y mayor carga farmacológica en personas con polifarmacia [6]. Además, las personas con bajos ingresos son las que menor probabilidad tienen de recuperar su movilidad en el barrio donde viven después de recibir el alta hospitalaria por un evento agudo, lo que les confiere un doble riesgo [7].

Varias publicaciones españolas han constatado el aumento en la utilización de los medicamentos psicótropos y en especial el aumento de la prescripción de antipsicóticos en personas mayores, particularmente en personas con demencia [8] y en la población que vive en residencias de personas mayores [9].

Un reciente trabajo realizado en un hospital de Sevilla llama la atención sobre el aumento de la prescripción de los antipsicóticos de larga duración de segunda generación por vía oral (second generation antipsychotic, SGA: quentapina, olanzapina, aripripazole y risperidona) sustituyendo casi completamente a los antipsicóticos de primera generación (First generation antipychotics, FGA: haloperidol, clodiapina y levopromacina). La sustitución se justifica porque los fármacos de segunda generación tienen menos efectos secundarios que los de primera generación y a pesar de que el precio es 13 veces mayor: con SGA el tratamiento por paciente cuesta 353 euros comparado con el coste equivalente de 27 euros para el tratamiento con FGA [10].

No solo ha aumentado el uso de antipsicóticos sino también el uso de otros fármacos que aumentan el riesgo de caídas (o medicamentos FRIDs por sus siglas en inglés: Fall risk increasing drugs). En la siguiente tabla se muestra la lista de fármacos incluidos como FRID:

C: Sistema cardiovascular
►► C01A: Glicosidos cardiacos
►► C01BA: Antiarritmicos Clase IA
►► C01D: Vasodilatores utilizados en enfermedades de corazón
►► C02: Antihipertensivos
►► C03: Diureticos
►► C07: Betabloqueantes
►► C08: Bloqueantes del canal de calcio
►► C09: Antagonistas de los receptores de la angiotensina

G: Sistema genitourinario y hormonas sexuales
►► G04CA: Antagonistas de los receptores alfa-adrenérgicos

N: Nervous system:
►► N02A: Opioides
►► N04: Antiparkinsonianos
►► N05: Psicolepticos
— N05A: Antipsicoticos (excepto lithium)
— N05B: Anxioliticos
— N05C: Hypnoticos
►► N06A: Antidepresivos:

Referencia: Beunza-Sola M, et al. Postgrad Med J 2017;0:1–5. doi:10.1136/postgradmedj-2017-135129

Beunza-Sola ha documentado el aumento de la utilización de medicamentos FRID un mes después de la hospitalización por fractura de cadera [11]. En 252 pacientes admitidos al hospital por fractura de cadera, 91% usaban algún medicamento FRID con una media de 3,1 medicamentos. Un mes después, la media aumento a 3,4 con aumentos significativos en hipnóticos y antidepresivos; la mayoría de las nuevas prescripciones se realizaron en el momento del alta hospitalaria y más de la mitad de ellas fueron realizadas por geriatras.

Esta falta de reducción de FRIDs, o incluso de su aumento, después de haber sufrido una lesión por caída y tras una consulta con un

profesional de la salud observada en España [11] ya se había reconocido en una revisión sistemática internacional [12] donde se informaba que entre el 65 y el 93% de los pacientes con caídas que requerían cuidados sanitarios utilizaban algún medicamento FRID en el momento de la caída y este consumo no se había reducido en un seguimiento después de la caída. También, otro estudio americano informa sobre el aumento de prescripción de medicamentos con efectos cognitivos (antipsicóticos, anticolinérgicos y benzodiacepinas) en entornos de atención aguda o post aguda (urgencias y hospitales): El 14,2 % de los pacientes sin deterioro cognitivo, el 17,2 % de los pacientes con deterioro cognitivo y el 21,9 % de los pacientes con demencia que iniciaron un nuevo fármaco con efectos sobre la función cognitiva recibieron la prescripción en un entorno de atención aguda o post aguda y estas prescripciones tienden a quedarse en la medicación del paciente [13] .

Los estudios longitudinales han demostrado el perjuicio de acumular exposición a psicótropos. Un estudio longitudinal de personas mayores seguidas durante 20 años en Holanda ha demostrado que la exposición acumulada durante largos periodos de tiempo a medicamentos anticolinérgicos y sedativos aumenta el riesgo de deterioro físico y cognitivo en la vejez [14]. En favor de la prevención, otros estudios han demostrado que los hábitos saludables están asociados a una reducción del uso de antidepresivos y ansiolíticos. Por ejemplo, un estudio longitudinal realizado en Barcelona muestra que la dieta mediterránea y la actividad física están asociadas a una reducción del uso de antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, hipnóticos y sedantes [15].

Conclusión y propuestas

La mortalidad por caídas en la población mayor puede ser una señal de alarma sobre las consecuencias letales del abuso de los medicamentos por la población mayor. Parece urgente tomar medidas.

Teniendo en cuenta la bibliografía se identifican varios factores que deberían ser objeto de vigilancia y posible intervención clínica, ya sea por la modificación de las pautas de tratamiento o por su deprescripción.

Estos factores son: la polimedicación y el uso de medicamentos inapropiados, el uso de algún medicamento de la lista FRID después de una hospitalización por caídas accidentales, el uso de antipsicóticos de segunda generación, en especial en personas con demencia, y el uso de antidepresivos.

Proponemos las siguientes intervenciones, algunas ya en marcha y otras quizás innovadoras:

1. Revisión anual de la medicación de las personas mayores de 75 años por un equipo interdisciplinar que incluya al médico y al farmacéutico en Atención Primaria. Ya hay iniciativas en esta dirección:

- La integración del Farmacéutico de Atención Primaria en el equipo asistencial promueve la realización de la revisión de la medicación centrada en la persona en pacientes mayores de 75 años. Esta iniciativa está en curso en algunas CCAA.

- En Navarra se ha utilizado el criterio STOPP para identificar medicación inapropiada y se ha evidenciado que un enfoque multidisciplinar en una clínica comunitaria reduce la medicación inapropiada y la polifarmacia y se ha propuesto la revisión de los medicamentos antes del alta hospitalaria en aquellas personas que han sido ingresadas en el hospital por una caída. La reducción de riesgo en aquellos hospita-lizados por fractura de cadera debe incluir la revisión y posible modificación de su medicación [16].

2) Establecer protocolos para la revisión de medicación de personas que fueron hospitalizadas por fractura de cadera y reducción del uso de medicamentos FRID.

3) Revisión de uso de medicación antipsicótica y anticolinérgica en personas con demencia.

4) Apoyo en Atención Primaria para la prescripción social de dieta mediterránea (nutricionista) y actividad física (profesionales de actividad física).

Estas líneas de actuación deberían ser apoyadas desde los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas: a) financiando la investigación que permita evaluar los resultados y b) financiando la formación continua de los profesionales sanitarios en especial de los equipos interdisciplinares de Atención Primaria que atienden a las personas mayores de más de 75 años.

Referencias

1. Farley, T. A. (2025). Risky Prescribing and the Epidemic of Deaths From Falls. In JAMA Health Forum (Vol. 6, Issue 8). American Medical Association. https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2025.3031

2. Bukova-Žideļūna, A., Strukčinskienė, B., & Villeruša, A. (2026). Fall-related deaths and acute healthcare utilisation in the last year of life among older adults in Latvia. Scientific Reports, 16(1). https://doi.org/10.1038/s41598-026-40328-6

3. Qato, D. M., Wilder, J., Ondanat Veetil, S. K., Li, Q. (Jessica), Sen, R., & Alexander, G. C. (2026). Polypharmacy and Drug-Drug Interactions Among Older Adults. JAMA. https://doi.org/10.1001/jama.2026.17268

4. Z. Wang, T. Liu, Q. Su, et al., "Prevalence of Polypharmacy in Elderly Population Worldwide: A Systematic Review and Meta-Analysis" Pharmacoepidemiology and Drug Safety 33 (2024): e5880, https://doi. org/10.1002/pds. 5880

5. Zaninotto, P., Huang, Y. T., di Gessa, G., Abell, J., Lassale, C., & Steptoe, A. (2020). Polypharmacy is a risk factor for hospital admission due to a fall: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. BMC Public Health, 20(1). https://doi.org/10.1186/s12889-020-09920-x

6. Aparicio-Rodriguez, G., Juárez-Vela, R., Larráyoz, I. M., Santos-Sánchez, J. Á., Rodriguez-Calvo, A., Navas-Echazarreta, N., Aguirre-Larracoechea, U., Gea-Caballero, V., & Sánchez-Conde, P. (2026). Polypharmacy, multimorbidity, and socioeconomic inequalities in a Spanish region: a population-based cross-sectional study. Frontiers in Public Health, 14, 1879178. https://doi.org/10.3389/fpubh.2026.1879178

7. Twardzik E, Guralnik J & Falvey JR. Community Mobility Among Older Adults Who Are Socioeconomically Disadvantaged: Addressing the Poverty Penalty. Physical Therapy & Rehabilitation Journal | Physical Therapy, 2024;104:pzad182 https://doi.org/10.1093/ptj/pzad182

8. Sánchez-Soblechero, A., Gil, M., Rojo, J. M., Muñiz, R., Hoyos-Alonso, M. C. de, & Olazarán, J. (2025). Trends of antipsychotic prescribing for people with dementia in Spain. Journal of Alzheimer's Disease, 107(1), 104–111. https://doi.org/10.1177/13872877251359682

9. Rigueira AI. (2023) Los antipsicóticos como contención farmacológica en residencias geriátricas: desde el despropósito legal hasta la ética necesaria. Revista Acceso Justo al Medicamento Nº 21, mayo 2023. https://accesojustomedicamento.org/antipsicoticos-como-contencion-farmacologica-en-residencias-geriatricas-desde-el-desproposito-legal-hasta-la-etica-necesaria/

10. Castillejo, R., Rueda Bermudez, LDL., Ramirez Soto, G., Rebollo Díaz, A., & López Díaz, A. (2023). 4CPS-198 Analysis of Antipsychotic Drug Use at a Spanish

Tertirary Hospital. Eur J Pharm 2023; 30 (Suppl):A1-A239, A89.1-A89. https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2023-eahp.188

11. Beunza-Sola, M., Hidalgo-Ovejero, Á. M., Martí-Ayerdi, J., Sánchez-Hernández, J. G., Menéndez-García, M., & García-Mata, S. (2018). Study of fall risk-increasing drugs in elderly patients before and after a bone fracture. Postgraduate Medical Journal, 94(1108), 76–80. https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2017-135129

12. Hart, L. A., Phelan, E. A., Yi, J. Y., Marcum, Z. A., & Gray, S. L. (2020). Use of Fall Risk–Increasing Drugs Around a Fall-Related Injury in Older Adults: A Systematic Review. In Journal of the American Geriatrics Society (Vol. 68, Issue 6, pp. 1334–1343). Blackwell Publishing Inc. https://doi.org/10.1111/jgs.16369

13. Ly DP, Yang AW, Leng M, Sarkisian C, Damberg CL, Mafi JN. Initiation setting and persistence of medications affecting cognition in older adults. JAMA Netw Open. 2026;9(4):e2610234. doi:10.1001/jamanetworkopen.2026.10234.

14. Wouters, H., Hilmer, S. N., Gnjidic, D., van Campen, J. P., Teichert, M., van der Meer, H. G., Schaap, L. A., Huisman, M., Comijs, H. C., Denig, P., Lamoth, C. J., & Taxis, K. (2020). Long-term exposure to anticholinergic and sedative medications and cognitive and physical function in later life. Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences, 75(2), 357–365. https://doi.org/10.1093/gerona/glz019

15. Hernandez, M. H., Fornara, E., Lassale, C., Castañer-Niño, O., Estruch, R., Ros, E., Martínez-González, M. Á., Corella, D., Babio, N., Lapetra, J., Gómez-Gracia, E., Arós, F., Fiol, M., Serra-Majem, L., Riera-Mestre, A., Gea, A., Ortega-Azorín, C., Díaz-López, A., Fitó, M., & Hernáez, Á. (2025). Adherence to a Mediterranean diet and leisure-time physical activity are associated with reduced initiation of antidepressant, anxiolytic, antipsychotic and antiseizure drug use in older adults: a cohort study. Age and Ageing, 54(4). https://doi.org/10.1093/ageing/afaf088

16. Roncal-Belzunce, V., Gutiérrez-Valencia, M., Cedeño-Veloz, B. A., San Miguel, R., Marín-Epelde, I., Galbete, A., Preciado Goldaracena, J., Ezpeleta, M. I., Garaioa-Aramburu, K., & Martínez-Velilla, N. (2025). Impact of a Multidisciplinary Approach to Polypharmacy Management in Community-Dwelling Older Adults: Insights From a Specialized Outpatient Clinic. Aging Medicine, 8(1). https://doi.org/10.1002/agm2.70001



ORIGINAL

La vacunación no es una estrategia de prevención cardiovascular

CC BY NC ND

Juan Gérvas denuncia que promover las vacunas como prevención cardiovascular responde al afán de lucro de la industria y sociedades médicas, desplazando la salud pública poblacional por intereses meramente comerciales.

Juan Gérvas
Médico rural jubilado, exprofesor de salud pública, Equipo CESCA, Madrid, España jjgervas@gmail.com @JuanGrvas @juangrvas.bsky.social

Las vacunas son un logro sanitario que ha ayudado a cambiar el perfil de morbilidad y mortalidad a lo largo de más de dos siglos. Junto al saneamiento de aguas (suministro y depuración), la vacunación constituye un avance clave en salud pública que se suma a las mejoras en la alimentación, el trabajo, la vivienda, la educación, la atención clínica y la justicia social (democracia y redistribución de la riqueza) para ayudar a incrementar la calidad y cantidad de vida a individuos y poblaciones.

Pero las vacunas han pasado de ser un bien colectivo, muy barato y efectivo, a ser un negocio; es decir, un bien para los que las producen, a veces con dudoso beneficio clínico y social. De facto, las vacunas están pasando de vacunas poblacionales a vacunas personales, lo que cambia el foco ético de "justicia" y "no maleficencia", a "beneficencia" y "autonomía" [1].

Las vacunas sistemáticas (polio, difteria, sarampión, rubeola, parotidits, tosferina, tétanos) son un tesoro y logran a muy bajo coste resultados espectaculares. Sin embargo, los fundamentos filosóficos y científicos de estas vacunas que protegen a la población se están utilizando para fomentar vacunas caras de dudosa eficacia en los individuos, y que dan grandes beneficios a las industrias.

Frente al negocio de las vacunas, con su agresividad en la promoción y venta, podemos decir que las vacunas han perdido su "inocencia", como bien se demuestra al recordar las necesarias presiones para conservar el abastecimiento de vacunas sistemáticas esenciales (por ejemplo, contra tétanos y polio) a lo largo del final del siglo XX y comienzos de XXI, dado su escaso margen de beneficio para los fabricantes.

El cambio también afecta a su investigación, que ha pasado mayoritariamente de las universidades (financiación pública, sin ánimo de lucro) a las industrias (financiación privada, con ánimo de lucro).

Como he comentado, las vacunas son medicamentos de salud pública, parte de la mejor respuesta frente a las enfermedades infecciosas. Ante las infecciones e infestaciones conviene el uso racional de los recursos (la gestión integrada) [2] y, por ello, habría que evitar el excesivo protagonismo de las asociaciones profesionales clínicas "científicas". Tales asociaciones convierten las vacunas en respuestas individuales, no poblacionales, que sirven a los intereses de la codicia ("afán de lucro") de los accionistas de las industrias farmacéuticas. Es decir, anteponen el lucro a la salud ("la bolsa por encima de la vida").

El desplazamiento del grueso de las vacunas de Salud Pública a Pediatría les ha dado un componente más biológico, más individual, menos solidario, más comercial, menos

científico, menos eficiente y más imperativo. Además, con la disminución de la población infantil, las industrias tienen cada vez mayor interés en otros sectores de población, como mujeres y ancianos, especialmente respecto a vacunas "débiles" que hay que inyectar anualmente, como las de la gripe y la COVID.

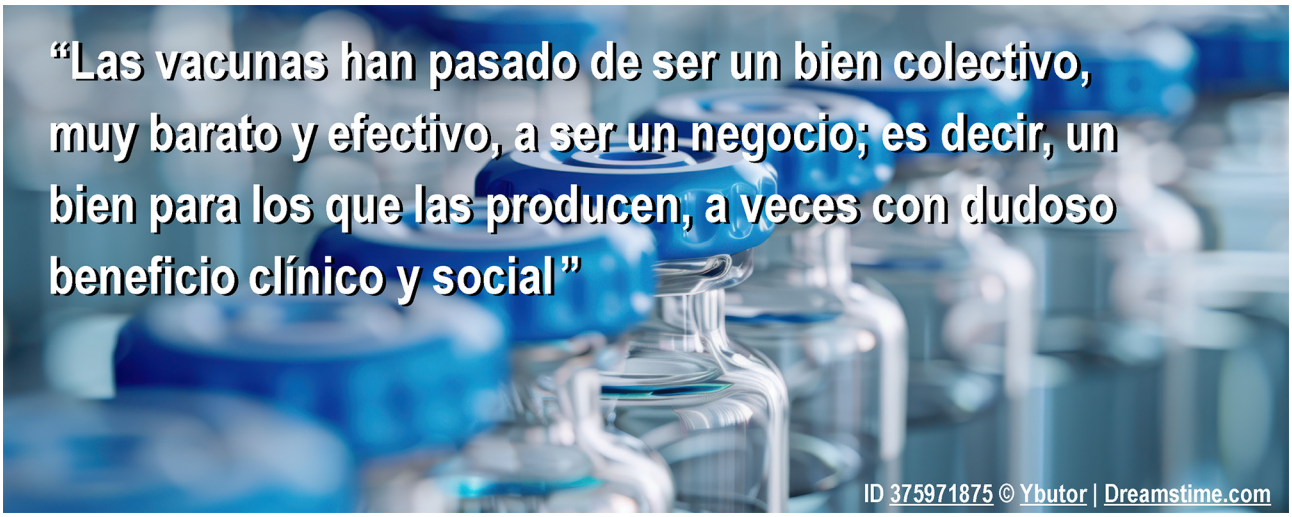
Al festín de las vacunas se han sumado otras especialidades, en la actualidad con especial fuerza la Cardiología, en alianza con la Gerontología y la Medicina General/de Familia.

En concreto, en Cardiología se añadió en 2025 la vacunación como cuarto pilar de la prevención médica del riesgo cardiovascular.

Literalmente [3]: "La evidencia de que las principales enfermedades transmisibles, como la gripe, la infección por neumococo y la COVID-19, pueden provocar enfermedades cardiovasculares ha llevado a la European Society of Cardiology (ESC) a emitir una declaración de consenso en la que se aboga por la vacunación sistemática como parte del control del riesgo cardiovascular. Además de prevenir las complicaciones de las enfermedades infecciosas en cuestión, las vacunas tienen profundos efectos sobre el riesgo cardiovascular y, como tales, deben considerarse el cuarto pilar de la prevención médica cardiovascular, además de los antihipertensivos, los hipolipemiantes y los tratamientos farmacológicos para la diabetes".

Ya en 2021, la sociedad publicó una guía para la insuficiencia cardiaca que recomendaba la vacunación antigripal y antineumocócica para prevenir las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca. Y en la guía de 2023 sobre síndrome coronario agudo de la American Heart Association (AHA) y el American College of Cardiology (ACC) se recomendó la vacunación anual contra la gripe para pacientes con una enfermedad coronaria crónica "para reducir la morbilidad cardiovascular, la muerte por causas cardiovasculares y la muerte por cualquier causa".

La moda ha llegado a España, y en 2026 se suma la Medicina General/de Familia, representada por SEMERGEN. Así [4], "un consenso de 15 expertos analiza la relación entre determinadas infecciones y el riesgo cardiovascular y plantea incorporar la vacunación al seguimiento de las personas mayores y los pacientes con enfermedad cardiovascular". La vacunación debe ganar protagonismo en la prevención cardiovascular, especialmente entre las personas mayores y quienes ya presentan enfermedad cardiovascular. Así lo plantea el documento de consenso de expertos 'Prevención cardiovascular integral: el papel de la vacunación en el adulto mayor



con enfermedad cardiovascular', publicado en la revista científica Medicina de Familia-SEMERGEN, que propone ir más allá del control de los factores de riesgo clásicos e incorporar la prevención de aquellas infecciones que pueden favorecer una descompensación cardiovascular. El consenso ha sido elaborado por un panel multidisciplinar de 15 expertos, entre ellos profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria, Cardiología y Vacunación. El trabajo revisa la evidencia disponible sobre la relación entre determinadas infecciones y la enfermedad cardiovascular, así como el potencial papel preventivo de la vacunación frente a la gripe, la enfermedad neumocócica, el virus respiratorio sincitial (VRS), la COVID-19 y el herpes zóster. El documento parte de una realidad cada vez mejor conocida: las infecciones respiratorias y sistémicas no afectan únicamente al aparato respiratorio o al estado general del paciente, sino que pueden incrementar el riesgo cardiovascular. La respuesta inflamatoria que desencadenan, junto con otros mecanismos como la inestabilidad de la placa aterosclerótica y el aumento del estado protrombótico, puede favorecer la aparición o descompensación de eventos cardiovasculares".

La realidad bien conocida es que se están promocionando indiscriminadamente vacunas de escasa, si alguna, utilidad, con importantes efectos adversos, y que se está "abonando" bien el campo profesional (con millones de euros), como se demuestra, por ejemplo, en el caso de la vacuna contra el virus sincitial respiratorio [5].

Puesto que son vacunas ineficaces, la estrategia de venta pasa a los "efectos no específicos" de las mismas, a ese impacto inesperado, abogado especialmente por estudios observacionales de baja calidad.

Al tiempo se difuminan y olvidan los condicionantes socioeconómicos de la salud cardiovascular, que se pretenden obviar con la vacunación.

En síntesis, a/ las vacunas se convierten en instrumentos caros de salud individual, b/ bajo el control de las propias industrias (que financian la investigación llegando a controlar los ensayos clínicos), c/ se implica a sociedades "científicas" médicas que se sustentan con el dinero de dichas industrias, d/ se amplía el campo a todas las edades y grupos poblacionales, e/ se funda sobre todo en vacunas "débiles" que requieren re-vacunación anual, f/ se insiste en efectos no específicos de las vacunas y g/ se soslayan los factores socioeconómicos del enfermar.

Bibliografía

1.- Eficacia, efectividad y seguridad de las vacunas. Aspectos clínicos, profesionales y sociales. https://equipocesca.org/resumen-del-seminario-sobre-eficacia-efectividad-y-seguridad-de-las-vacunas-aspectos-clinicos-profesionales-y-sociales/

2.- Ante las infecciones e infestaciones, uso racional de los recursos (gestión integrada). El caso de las vacunas. https://accesojustomedicamento.org/ante-las-infecciones-e-infestaciones-uso-racional-de-los-recursos-gestion-integrada-el-caso-de-las-vacunas/

3.- Los europeos añaden la vacunación como cuarto pilar de la prevención médica del riesgo cardiovascular. https://espanol.medscape.com/verarticulo/5914393?form=fpf

4.- Un consenso de expertos sitúa la vacunación como parte de la prevención cardiovascular en mayores. https://www.consalud.es/profesionales/un-consenso-de-expertos-situa-la-vacunacion-como-parte-de-la-prevencion-cardiovascular-en-mayores.html

5.- Vacuna contra el virus sincitial respiratorio en la ancianidad. Sin casos en Galicia, con muertos en Dinamarca. https://saludineroap.blogspot.com/2026/09/vacuna-contra-el-virus-sincitial.html

OTRAS FUENTES

Las políticas de precios de Medicare en EE. UU. podrían elevar los costos mundiales y obstaculizar el acceso a nivel global

Sophia Samantaroy

Health Policy Watch, 18-09-2026.
https://healthpolicy-watch.news/us-medicare-pricing-policies-could-drive-global-costs-and-hinder-access-worldwide/

Este artículo es enormemente útil para comprender la repercusión a nivel europeo y por lo tanto, en nuestro país de la política de nación más favorecida (MFN) de la administración Trump. Recomendamos su lectura, pues, los acuerdos farmacéuticos de financiación que se desarrollen en nuestro país para los nuevos medicamentos estarán sin duda dentro de este contexto .

Un nuevo estudio de modelización sugiere que las políticas de Medicare de EE. UU. basadas en el modelo de "nación más favorecida" (MFN) para los precios de los medicamentos reducirían el gasto de Medicare en fármacos de marca, pero podrían incentivar a las empresas a aumentar los precios o retrasar el lanzamiento de nuevos medicamentos en otros lugares.

Los esfuerzos por controlar el gasto público en medicamentos culminaron en la política de "nación más favorecida" (MFN), una iniciativa de la administración Trump que vincula lo que Medicare paga por los fármacos a los precios cobrados en otros países de ingresos altos.

Sin embargo, un nuevo análisis realizado por investigadores de la Universidad de Harvard, la London School of Economics y la Universidad de Zúrich expuso que, si bien la política reduciría los costos en EE. UU., los precios podrían dispararse en otras regiones.

En aproximadamente el 75 % de los medicamentos analizados, el ahorro resultante para Medicare equivaldría a casi cuatro veces los beneficios anuales obtenidos por las ventas del fármaco en el país utilizado como referencia para fijar el precio.

"Para evitar perder tal volumen de ingresos, los fabricantes tendrían un fuerte incentivo para aumentar los precios fuera de EE. UU. o retrasar los lanzamientos", señaló la revista *The Lancet* en un comunicado.

De hecho, estas políticas ya han ayudado a una compañía farmacéutica a conseguir precios más altos para un medicamento en Japón en marzo de 2026. Astellas Pharma, una empresa farmacéutica con sede en Tokio, argumentó que los costos internos de los medicamentos podrían influir en los precios de EE. UU. bajo la política MFN, lo que llevó a las autoridades japonesas a conceder al fabricante un precio superior al habitual.

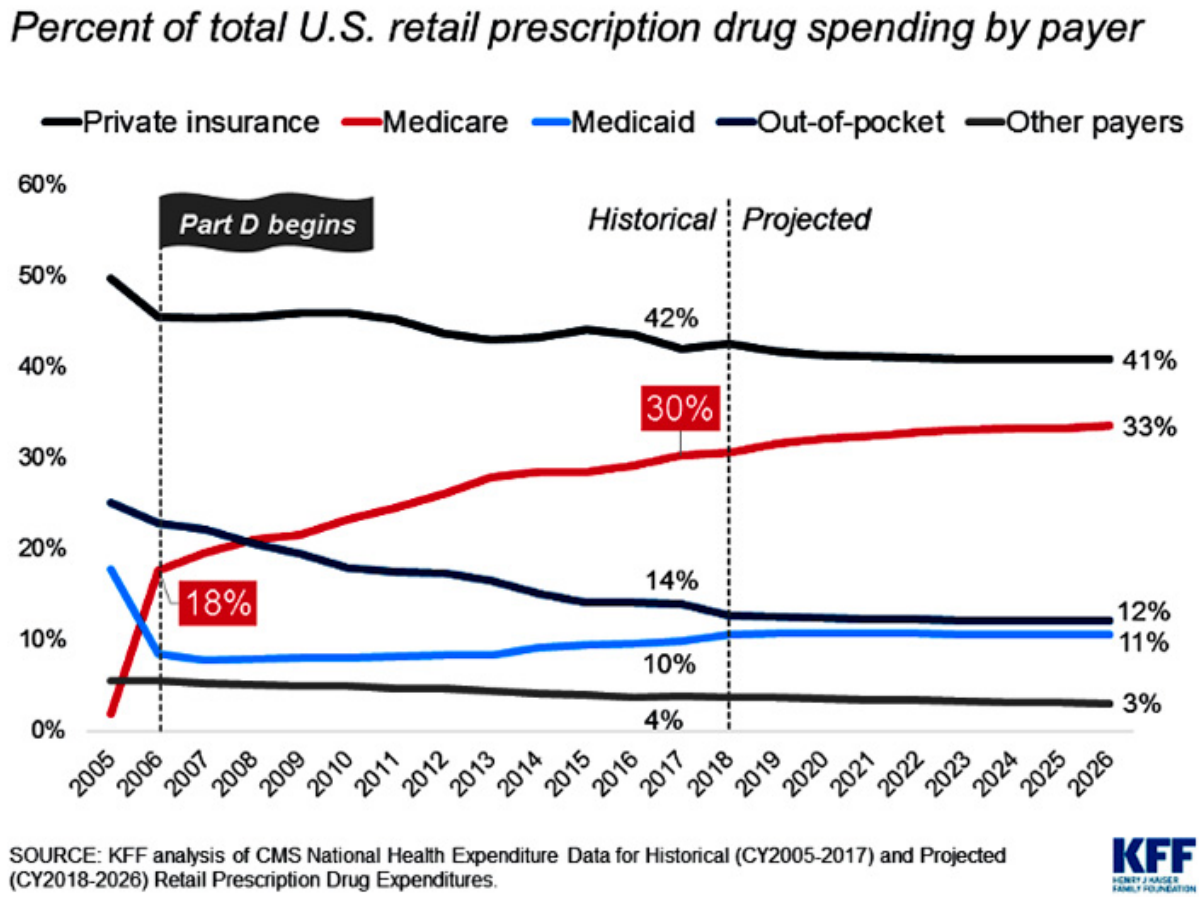
Los autores del estudio también señalaron casos como la retirada del mercado de un fármaco para el colesterol en Dinamarca, así como los acuerdos comerciales farmacéuticos entre EE. UU. y el Reino Unido y las alteraciones en el acceso y los precios derivadas de la amenaza de la administración Trump de imponer aranceles a empresas no estadounidenses.

«Los países mencionados —desde Alemania hasta Japón y Australia— se enfrentan a una presión considerable por parte de la administración y la industria estadouniden-

ses para aumentar los precios y el gasto en medicamentos», afirmó el Dr. Thomas Hwang, autor principal del estudio y profesor del Brigham and Women's Hospital y de la Facultad de Medicina de Harvard. «Sin embargo, esto choca con la realidad de que otros países tienen un margen presupuestario limitado para ceder».

«Desde hace mucho tiempo, los habitantes de Estados Unidos pagan más por los medicamentos que prácticamente en cualquier otra parte del mundo», afirmó el autor del estudio, el Dr. Aaron Kesselheim, investigador también del Brigham and Women's Hospital de Harvard.

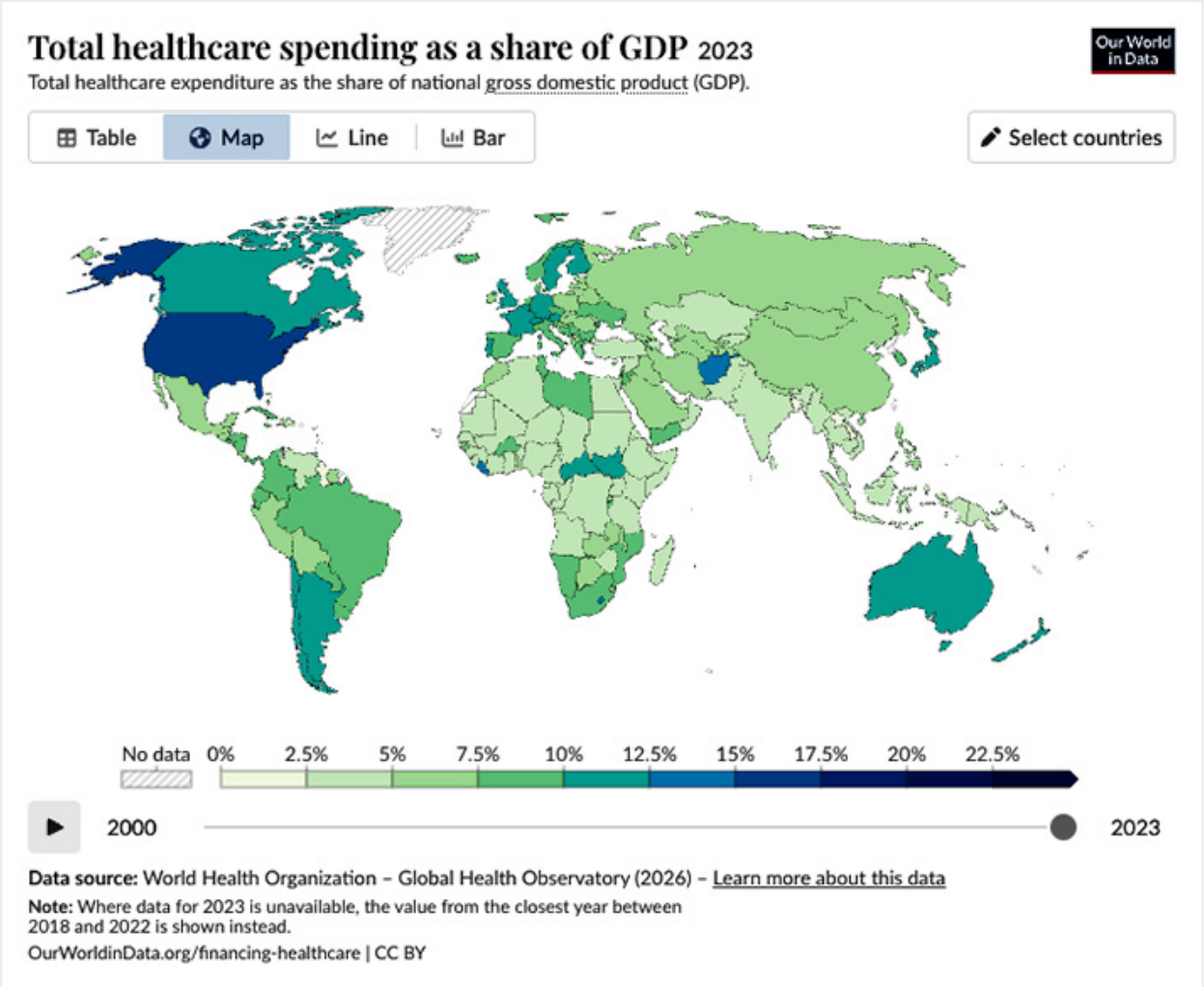
Para comprender cómo afectarían estas políticas a los precios en Estados Unidos y en otros lugares, los investigadores analizaron 195 medicamentos patentados que, en conjunto, representan 87.900 millones de dólares del gasto anual de Medicare a través de sus dos programas: GLOBE, que cubre los medicamentos administrados en hospitales y clínicas, y GUARD, que cubre los dispensados en farmacias. Ambos son modelos de fijación de precios basados en la cláusula de «nación más favorecida» (MFN), conforme a la orden ejecutiva de la administración Trump destinada a combatir los precios de los medicamentos en Medicare.



Un gráfico de KFF.org muestra cómo la proporción del gasto nacional de Medicare en medicamentos ha aumentado drásticamente en la última década, superando a cualquier otro país comparable.

Los investigadores estimaron los ahorros comparando el gasto actual de Medicare con los precios vigentes en los 19 países contemplados en la orden ejecutiva sobre la MFN. Posteriormente, modelaron dos escenarios: ampliar la MFN para incluir a todos los beneficiarios de Medicare —en lugar del 25 % actual— y excluir a los fabricantes que mantienen acuerdos confidenciales.

Preocupaciones por el mercado farmacéutico mundial



Sin aplicar exenciones, los investigadores estiman que Medicare podría ahorrar 5200 millones de dólares (16 %) con el modelo GLOBE y 6400 millones (18 %) con el modelo GUARD durante su fase inicial. Ampliar las normas para abarcar a todos los beneficiarios de Medicare podría elevar estas cifras de ahorro a 21 000 millones y 25 500 millones de dólares, respectivamente.

En el marco de estos modelos de pago, se constató que el precio más bajo utilizado como referencia internacional era un 71 % inferior a lo que paga Medicare; Corea del Sur, Noruega y Australia fueron los países más frecuentemente tomados como referencia por Medicare para fijar los precios.

«Los modelos de fijación de precios basados en la cláusula de "nación más favorecida" (MFN) se diseñaron para abordar esta brecha», señaló Kesselheim en referencia a la diferencia de precios que paga Estados Unidos por los medicamentos. «Sin embargo, su alcance se ve limitado por diversas exenciones y es probable que enfrenten desafíos legales», añadió. Es probable que estas exenciones —mediante las cuales las empresas cierran acuerdos paralelos con Medicare— reduzcan los ahorros que el gobierno obtendría con el modelo MFN.

El estudio estima que los acuerdos confidenciales reportados entre los fabricantes y la administración Trump podrían recortar el ahorro total que la política generaría para Medicare: para el grupo inicial de 17 fabricantes con acuerdos anunciados, el ahorro proyectado se reduciría en un 71 %.

«Los modelos de fijación de precios de "nación más favorecida" de la administración Trump tienen el potencial de generar ahorros reales para el gobierno federal de Estados Unidos y para los contribuyentes. Pero si los fabricantes logran eludir la participación en estos modelos mediante acuerdos paralelos, la mayor parte de esos ahorros...

La política de Nación Más Favorecida (MFN) vincula los pagos de Medicare a los precios cobrados en otros países de ingresos altos, lo que lleva a los investigadores a sostener que dicha política podría, involuntariamente, pro vocar un aumento de los precios fuera de Estados Unidos.

Esto se debe a que, para los 138 medicamentos analizados en el estudio, el ahorro estimado para Medicare es casi cuatro veces mayor que las ventas anuales totales de cada medicamento en el país utilizado como referencia de precios.

"Para la mayoría de estos medicamentos, mantener precios bajos en otros países supondría para los fabricantes una pérdida de ingresos en Medicare superior a las ganancias obtenidas por sus ventas en dichos países; esto crea un fuerte incentivo para subir los precios o evitar que sean visibles para Medicare a efectos de referencia", señaló *The Lancet* en un comunicado de prensa.

"Los fabricantes podrían intentar lograrlo desarrollando formulaciones diferentes, convirtiendo los descuentos actuales en reembolsos confidenciales o retrasando los lanzamientos".

La Dra. Kerstin Vokinger, de la ETH y la Universidad de Zúrich, señaló que "las políticas de EE. UU. pueden repercutir en el acceso a los medicamentos a escala mundial. Los responsables políticos deben garantizar que la disponibilidad de medicamentos importantes no se vea retrasada como consecuencia de ello", afirmó la autora del estudio.

Los acuerdos confidenciales podrían anular los ahorros de Medicare

Medicare cubre a unos 68 millones de estadounidenses mayores y discapacitados; históricamente, el programa tenía prohibido negociar directamente los precios de los medicamentos con los fabricantes, hasta que la Ley de Reducción de la Inflación de 2022, aprobada durante la administración Biden, le autorizó a negociar los precios de un número reducido de medicamentos costosos.

La política MFN de la administración Trump va más allá al equiparar lo que Medicare paga por los medicamentos de marca con los precios vigentes en países comparables de ingresos altos, tras realizar ajustes por paridad de poder adquisitivo. Según los modelos de precios GLOBE y GUARD, la medida abarcaría a un 25 % de los beneficiarios de Medicare, seleccionados al azar, durante un periodo de cinco años.

No obstante, los autores señalan que, aun con la reducción de costes del 16-18 % que supondría la política MFN, persiste la brecha de precios entre lo que paga EE. UU. y lo que pagan otros países.

Asimismo, indican que los acuerdos confidenciales entre fabricantes y Medicare también ponen en peligro los ahorros previstos. Estos acuerdos quedan excluidos de las normas MFN, por lo que es probable que el ahorro real sea menor: aproximadamente del 4 al 6 %.

Los autores reconocieron las limitaciones del estudio, incluida la dependencia de bases de datos públicas, las cuales podrían no reflejar los descuentos confidenciales aplicados en otros países. También se basaron en datos históricos, los cuales podrían no reflejar los medicamentos recién aprobados y no permitían prever cómo responderían finalmente los fabricantes o las aseguradoras a las normas de la nación más favorecida (MFN).

OTRAS FUENTES

Los legisladores británicos exigen una investigación sobre el costo del acuerdo de Trump con el NHS

Politico

HeaHealth Policy, 16-09-2026. *https://www.politico.eu/article/british-lawmakers-demand-probe-us-donald-trump-nhs-deal-cost/*

Hemos seleccionado este reciente artículo de *Politico* que incide en un tema, ya tratado en anteriores artículos recogidos en la revista, la necesidad de transparencia y evaluación en normas y acuerdos relacionados con la negociación de precios de las Administraciones Publicas y las grandes empresas farmacéuticas. Su importancia es, como se ha recogido en artículos publicados en AJM. Un elemento clave para el presente y futuro de la respuesta ciudadana a los precios excesivos y arbitrarios de los nuevos medicamentos y para exigir a los gobiernos una actitud clara y decidida de defensa del interés público.

Aún no recuperados del asombro producido por la introducción por el Ministerio de Sanidad de nuestro país de una norma para bloquear la transparencia

Hasta ahora, el gobierno del Reino Unido se ha negado a publicar cuánto costará en última instancia el acuerdo al Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña.

LONDRES — Legisladores británicos instaron al organismo de control del gasto del Reino Unido a investigar cuánto costará a los contribuyentes el acuerdo sobre precios de medicamentos entre el Reino Unido y Estados Unidos.

El miércoles, los presidentes de seis comisiones parlamentarias británicas enviaron una carta a la Oficina Nacional de Auditoría argumentando que existe un «interés público significativo en comprender sus implicaciones para el gasto público», después de que el gobierno del Reino Unido se negara a divulgar los detalles de los costos del acuerdo pactado con la administración Trump.

«Dadas las implicaciones financieras potencialmente significativas de este acuerdo... deseamos solicitar formalmente que la Oficina Nacional de Auditoría lleve a cabo una investigación rápida sobre los costos del convenio y evalúe si este representa una buena relación calidad-precio para el contribuyente», escribieron los legisladores.

En virtud del acuerdo —cerrado en diciembre del año pasado—, el Reino Unido se comprometió a aumentar el gasto en nuevos medicamentos a cambio de que Estados Unidos eliminara los aranceles a los productos farmacéuticos durante tres años.

El gobierno británico acordó duplicar su gasto farmacéutico hasta alcanzar el 0,6 % del PIB para el año 2035. Asimismo, presentó normativa secundaria para actualizar las normas que aplica el Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención (NICE, por sus siglas en inglés), permitiendo a dicho organismo elevar en un 25 % su umbral de rentabilidad (el punto en el que considera que un medicamento ofrece una relación valor-precio adecuada).

«Sin una evaluación de impacto exhaustiva que abarque los próximos años, el Parlamento y la ciudadanía no pueden comprender plenamente las repercusiones a



“Petición respaldada por seis presidentes de comisiones parlamentarias”

largo plazo del acuerdo para los presupuestos del NHS y para el gasto público general», señalaron los legisladores.

Hasta la fecha, el gobierno británico se ha negado a publicar el coste final que supondrá el acuerdo para el Servicio Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. En su lugar, ha estimado que el pacto costará aproximadamente 1000 millones de libras esterlinas durante el actual periodo de revisión del gasto.

A Sally Gainsbury, analista sénior de políticas del Nuffield Trust —un centro de estudios independiente especializado en salud—, se le denegó anteriormente el acceso a la evaluación de impacto del acuerdo realizada por el gobierno. La Oficina del Comisionado de Información (ICO) indicó que el Departamento de Salud y Asistencia Social argumentó que divulgar dicha información «perjudicaría el desarrollo de políticas en curso, las relaciones internacionales y los intereses comerciales».

El 17 de agosto, Gainsbury presentó un recurso ante el Tribunal de Información (Information Tribunal) contra la decisión del gobierno de no hacer pública la evaluación. Está previsto que el caso se examine entre diciembre y febrero.

Gainsbury señaló que el acuerdo comercial tendrá «un enorme impacto negativo en la capacidad del NHS para mejorar la salud de la población, ya que desviará recursos de formas de atención mucho más rentables hacia tratamientos mucho más costosos y, a menudo, de eficacia menos segura».

Y añadió: «El gobierno ha afirmado que el acuerdo es necesario para fomentar el crecimiento económico, pero no ha querido revelar los detalles de su evaluación al respecto. No deberíamos tener que recurrir a los tribunales para obtener transparencia sobre un asunto de tal trascendencia e impacto para los servicios de salud de nuestra nación, pero esa es la situación en la que nos encontramos. Esta petición, respaldada por nada menos que seis presidentes de comisiones parlamentarias, pone de manifiesto el gran interés público en la transparencia; esperamos que el gobierno esté escuchando».

Entre los firmantes de la carta figuran Layla Moran, presidenta de la Comisión de Salud y Asuntos Sociales; Chi Onwurah, presidenta de la Comisión de Ciencia, Innovación y Tecnología; Liam Byrne, presidente de la Comisión de Empresa y Comercio; Tonia Antoniazzi, presidenta de la Comisión de Asuntos de Irlanda del Norte; Patricia Ferguson, presidenta de la Comisión de Asuntos de Escocia; y Ruth Jones, presidenta de la Comisión de Asuntos de Gales.

OTRAS FUENTES

Un conflicto de intereses "monstruoso": Kim Fox, ivabradine y las directrices de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología

BMJ Investigation
BMJ 2026; 394, 26-08-2026 https://www.bmj.com/content/394/bmj-2026-100440

Este artículo recoge una noticia que ha provocado una conmoción importante en el ámbito de las especialidades médicas y no solamente ahí pues ha trascendido en informaciones de carácter general. Tan es así que publicaciones como British Medical Journal le dedican un espacio importante por la repercusión indudable que sobre el prestigio de supuestos líderes como Kim Fox y organizaciones como la Sociedad Europea de Cardiología tiene el comportamiento del anteriormente mencionado expresidente de la sociedad citada anteriormente. Es evidente, como se señala el artículo, que situaciones como la descrita afectan a la práctica clínica y a un elemento muy importante en su desarrollo, como son las guías clínicas.
En las páginas de nuestra revista hemos tenido la oportunidad de disponer de los excelentes trabajos de investigación de Ángel María Martín, donde de forma aguda y precisa se identifican en nuestro país situaciones, sin duda, en índole menor en cuanto a la cuantía económica, pero de la misma naturaleza e importancia (Los pagos a profesionales y organizaciones sanitarias: el mercado de pulgas de las multinacionales farmacéuticas) https://accesojustomedicamento.org/los-pagos-a-profesionales-y-organizaciones-sanitarias-el-mercado-de-pulgas-de-las-multinacionales-farmaceuticas/

Un caso histórico que involucra más de 50 millones de libras esterlinas pone de manifiesto lo que está en juego en el debate sobre la transparencia en las relaciones entre médicos e industria. Informa Laura Spinney.

Este artículo es actualmente objeto de una reclamación legal por parte del profesor Kim Fox.

La Sociedad Europea de Cardiología (ESC) determinó que un cardiólogo británico y expresidente de dicha organización había incurrido en una falta grave, tras la emisión de un documental de la televisión danesa que revelaba su participación en la elabo-ración de guías clínicas para el uso de la ivabradina (fármaco cardíaco comer-cializado como Corlanor y Procoralan) mientras obtenía beneficios de contratos lucrativos con el fabricante del medi-camento.

Entre 2006 y 2015, Kim Fox —profesor emérito de cardiología clínica en el Instituto Nacional del Corazón y el Pulmón del Imperial College de Londres— y su esposa Karen Summers —exdirectiva de la industria farmacéutica— percibieron más de 50 millones de libras esterlinas en su calidad de codirectores de Heart Research, una organización de investigación por contrato con sede en el Reino Unido. Esta empresa participó en la ejecución de al menos tres ensayos clínicos sobre la ivabradina —fármaco producido por la compañía farmacéutica francesa Servier— que se publicaron durante ese mismo periodo.

La mayor parte de los ingresos percibidos por Fox y Summers provino de dividendos y distribuciones abonados a ambos como únicos accionistas de Heart Research. La parte principal —más de 33 millones de libras, equivalentes a 47 millones actuales— correspondió a la distribución de capital retenido y beneficios tras la liquidación de la empresa en 2015.

La ivabradina, un inhibidor del nodo sinusal, actúa reduciendo la frecuencia cardíaca y fue aprobada inicialmente por la Agencia Europea de Medicamentos en 2005 para el tratamiento de la angina estable. En 2006, año en que asumió la presidencia de la ESC, Fox presidió un grupo de trabajo de la organización que publicó una guía recomendando la ivabradina como tratamiento alternativo para la angina en pacientes que no toleraban los betabloqueantes.2 Por aquel entonces, Heart Research ya participaba en el ensayo *Beautiful* —financiado por Servier— sobre el uso de ivabradina en pacientes con enfermedad arterial coronaria y disfunción sistólica del ventrículo izquierdo.3 La guía de la ESC indicaba que se había solicitado a los autores que declararan sus posibles conflictos de intereses; sin embargo, el documento no especificaba públicamente qué había declarado Fox, limitándose a señalar que los formularios correspondientes estaban disponibles previa «solicitud por escrito al presidente de la ESC». Cuando el mandato de Fox como presidente de la ESC concluyó en 2008, permaneció en la junta directiva durante dos años más en calidad de expresidente de la sociedad. Aunque la ivabradina no había logrado alcanzar el criterio de valoración principal del estudio BEAUTIFUL —una reducción significativa de la muerte cardiovascular o del ingreso hospitalario por infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca—, él la describió públicamente como el «estándar de oro para cualquier fármaco antianginoso o antiisquémico».

En declaraciones a *The BMJ*, Irène Frachon —neumóloga de Brest (Francia) que se enfrentó a Servier a causa de otro de sus fármacos (el benfluorex, comercializado con el nombre de Mediator) en un caso de gran repercusión mediática— calificó de «monstruosas» las sumas de dinero implicadas en el caso Fox. Afirmó que para Fox debería haber sido evidente que, dados sus vínculos con la empresa, tendría que haberse abstenido de participar en el grupo de trabajo encargado de las guías clínicas. «¡Esto huele mal!», declaró John Martin, profesor de ciencias cardiovasculares en el University College de Londres y exvicepresidente de la ESC. Por su parte, Rita Redberg, cardióloga de la Universidad de California en San Francisco y exeditora jefa de *JAMA Internal Medicine*, expresó a *The BMJ* su tristeza al conocer el caso: «Va totalmente en contra de los principios de la profesión».

Fox declinó una solicitud de entrevista, pero envió un comunicado y aceptó responder por escrito a las preguntas de *The BMJ*. Negó rotundamente la conclusión de la ESC sobre una falta grave a la ética profesional. Afirmó que «no infringió ninguna norma ni reglamento [de la ESC] vigente en aquel momento» y añadió que «la ESC estaba al tanto de sus intereses pertinentes —los cuales fueron declarados, transparentes y públicos — y no manifestó preocupación alguna en ese momento».

Persisten las dudas sobre la seguridad y eficacia de la ivabradina, aunque sigue siendo un tratamiento aprobado tanto para la angina de pecho como para la insuficiencia cardíaca en Europa, y para la insuficiencia cardíaca en Estados Unidos. Tras el ensayo clínico Signify de 2014 —en el que también participó Heart Research—, que reveló un mayor riesgo de infarto y muerte cardiovascular en un subgrupo significativo de pacientes, la Agencia Europea de Medicamentos revisó el fármaco y emitió advertencias sobre su uso en el tratamiento de la angina.

Después de la emisión del documental danés en septiembre de 2024, la ESC encargó una revisión interna de sus guías clínicas relativas a la ivabradina, incluida la guía de 2006 que Fox presidió. La revisión, a la que tuvo acceso *The BMJ*, concluyó que las recomendaciones eran «adecuadas» y señaló que «no había pruebas que sugirieran un sesgo a favor de la ivabradina».

Sin embargo, muchos cardiólogos consideran ahora la ivabradina, en el mejor de los casos, como un tratamiento de tercera

línea. La revista médica francesa independiente *Prescrire* aconseja a los médicos no utilizarla. Aroon Hingorani, especialista en farmacología clínica del University College de Londres (UCL) y exdirector del Instituto de Ciencias Cardiovasculares de dicha institución, analizó la evidencia para *The BMJ*. Concluyó que los riesgos superaban a los beneficios: «Realmente no veo que tenga cabida, ni para la angina ni para la insuficiencia cardíaca», afirmó.

Una cifra astronómica

Muchos médicos —y, en algunos contextos, la mayoría— mantienen algún tipo de vínculo económico con empresas farmacéuticas. Estas relaciones están intrínsecamente ligadas a los ensayos clínicos patrocinados por la industria; no obstante, el caso de Fox resulta llamativo tanto por las cifras astronómicas que maneja como por su prestigio: además de presidir una asociación médica de influencia mundial, se dice que ejerció como cardiólogo de la difunta monarca británica, la reina Isabel II. Estas revelaciones surgen en un momento en que diversos grupos europeos impulsan reformas para acabar con la declaración voluntaria de conflictos de intereses y consagrar una mayor transparencia por ley. El documental danés se emitió originalmente en el canal danés TV 2.1 El año pasado se retransmitió en Suiza, pero aún no se ha emitido en el mundo angloparlante. Aunque durante años se habían planteado dudas sobre la relación de la ESC con la industria —tanto por parte de sus miembros como de observadores externos—,89 fue necesario un reportaje de investigación danés para desencadenar una investigación interna sobre el caso de Fox.

No hay indicios de que Fox o su esposa infringieran ninguna ley; sin embargo, la ESC comunicó a *The BMJ* que, en marzo de 2025, su comité de ética determinó que Fox «había incumplido sus obligaciones éticas y consideró su comportamiento como una falta grave». Al preguntársele en qué consistían exactamente dichas obligaciones, un portavoz de la ESC respondió que el comité había concluido que Fox «no se había abstenido de participar a pesar de existir un conflicto de intereses significativo».

Tras conocerse las conclusiones del comité a principios del año pasado, Fox dimitió de la ESC, situándose así fuera del alcance de cualquier medida disciplinaria. No obstante, la sociedad declaró que Fox no podía volver a formar parte de ella ni ser invitado como ponente a ningún evento de la ESC, lo que supone «el nivel máximo de exclusión según las normas de la ESC». En mayo de 2025, la junta directiva le retiró la medalla de oro —la máxima distinción de la sociedad— que se le había concedido al finalizar su mandato como presidente de la ESC, y su nombre ya no figura en la lista de expresidentes del sitio web de la organización.10

La ESC no hizo públicas sus actuaciones, pero facilitó un comunicado sobre el caso a los periodistas que solicitaron información. Dicho comunicado afirma que los procedimientos mediante los cuales la sociedad elabora sus guías clínicas son sólidos y asegura que «este proceso es totalmente independiente de la influencia de la industria».

Según las normas de la ESC vigentes en 2006, Fox debía presentar a la sociedad una declaración de intereses en papel, pero no estaba obligado a especificar la cuantía de los pagos recibidos, y sus declaraciones no se hacían públicas. Un portavoz de la ESC declaró que la sociedad ya no conservaba los archivos de las declaraciones realizadas antes de 2011 —año en que el proceso pasó a realizarse por vía electrónica— y Fox no facilitó la suya a *The BMJ* cuando se le solicitó.

The BMJ examinó las publicaciones de las que Fox fue coautor durante la década iniciada en 2005 y constató que, en la mayoría de ellas, se declaraba su relación con Servier. Sin embargo, dado que las revistas no suelen exigir a los autores que

informen sobre la magnitud de sus vínculos económicos con la industria, el alcance de los suyos quedó oculto.

Fox rechazó las conclusiones del comité de ética. Declaró a *The BMJ* que siempre había comunicado cualquier conflicto de intereses y que había dimitido de la ESC porque «no estaba dispuesto a ser juzgado con arreglo a normas y reglamentos establecidos en 2024, aplicados con carácter retroactivo a actividades realizadas entre 2006 y 2008».

Un portavoz de la ESC reconoció ante *The BMJ* que el proceso de declaración era relativamente laxo a principios de la década de 2000, pero afirmó que desde entonces se había reforzado considerablemente. No obstante, Martin, exvicepresidente de la ESC, señaló que sus intentos de aportar mayor transparencia al proceso fueron rechazados por la junta directiva, de la que formaba parte Fox. Martin recordó haber planteado, durante una reunión de la junta en 2006 —cuando Fox era presidente electo —, la necesidad de hacer públicos los conflictos de intereses, y cómo su propuesta fue recibida con «frialdad».

El impacto de los conflictos de intereses en la objetividad de los médicos ya estaba bien documentado a principios de la década de 2000;11 asimismo, según las políticas de conducta ética tanto de la ESC como del Consejo Médico General del Reino Unido, se esperaba que Fox —que entonces ejercía la medicina— antepusiera los intereses de los pacientes y evitara exponerse a influencias indebidas, o dar la impresión de estar expuesto a ellas.12 «Sabemos que incluso pequeñas cantidades de dinero influyen en el comportamiento», afirmó Redberg.

Servier declaró a *The BMJ* que «cumple estrictamente» las directrices de transparencia establecidas por la Federación Europea de Asociaciones de la Industria Farmacéutica (EFPIA), una organización sectorial. En un comunicado enviado a TV 2 en 2024, un portavoz de Servier escribió: «Como cardiólogo y destacado experto en la materia, Kim Fox recibió honorarios de Servier por asesorar sobre el desarrollo clínico de la ivabradina y sus indicaciones, así como por aportar comentarios sobre los resultados de los estudios; todo ello constituye una práctica habitual en las colaboraciones científicas». No revelaron la cuantía de los pagos.

El expresidente inmediato de la ESC, Franz Weidinger, declinó ser entrevistado por TV 2, al igual que Roberto Ferrari, quien sucedió a Fox en la presidencia; por el contrario, Eva Prescott, presidenta del comité de guías de práctica clínica en aquel entonces, defendió el proceso de elaboración de las guías en el documental. En abril de 2026, el actual presidente, Thomas Lüscher, accedió a hablar con *The BMJ*.

Lüscher, que en su día trabajó junto a Fox en el Royal Brompton Hospital de Londres, expresó su sorpresa ante el caso, pero añadió: «Siempre hubo rumores». Según señaló, el hecho de que Fox fuera propietario de una organización de investigación por contrato no suponía un problema en sí mismo. «El problema radicaba en que, simultáneamente, ocupaba los cargos de secretario, presidente electo y presidente; y, lo que es peor, intervenía en simposios satélite [patrocinados por la industria] en calidad de presidente durante nuestros congresos. Hoy en día, esto resulta inconcebible».

Según la normativa actual de la ESC, percibir unos ingresos anuales de 10.000 euros o más procedentes de actividades relacionadas con la industria inhabilita a una persona para formar parte de un grupo de trabajo sobre guías clínicas. Este límite, que incluye los pagos realizados a cónyuges y parejas, se estableció en 2022. Desde 2026, las actividades anuales de los miembros de la junta directiva relacionadas con la industria se publican en el sitio web de la ESC, aunque no se especifican las cantidades económicas.

Al preguntársele si la ESC había dado seguimiento a la denuncia de TV 2 de que el caso de Fox no era un hecho aislado, Lüscher respondió que, al tratarse de una organización gestionada por voluntarios, carecía de los recursos necesarios para llevar a cabo las investigaciones pertinentes.

El Imperial College de Londres, en cuyo sitio web aún figuran la biografía y las publicaciones de Fox, declinó hacer comentarios sobre el caso; no obstante, un portavoz señaló que el título de «profesor emérito» es honorífico y no conlleva remuneración alguna, y que su actual política sobre conflictos de intereses se implementó en 2011. Lüscher afirmó haber informado a la dirección del Imperial sobre la situación.

El caso sigue sin trascender en la mayor parte de Europa y el resto del mundo, a pesar de la influencia global de las directrices de la ESC. Benoy Shah no tenía conocimiento del asunto en marzo de este año. Shah, cardiólogo del Hospital General de Southampton (Reino Unido), informó en 2021 —junto con dos de sus estudiantes— que al menos el 80 % de los autores de cuatro directrices clave de la ESC presentaban conflictos de intereses económicos relevantes.14 Shah comenta que el estudio surgió a raíz de una sesión a la que asistió en el congreso de la ESC de 2012; allí, unas diapositivas sobre conflictos de intereses mostradas fugazmente le transmitieron la impresión de que existía una cercanía poco saludable entre los ponentes que presentaban las directrices actualizadas y las compañías farmacéuticas cuyos productos aparecían en dichas guías. «Recuerdo salir de la sesión a mitad de su desarrollo pensando que todo aquello no era más que una farsa», declaró.

Llamamientos a la reforma

El caso Fox también pone de relieve el debate sobre si la transparencia en los pagos debe ser voluntaria u obligatoria, así como quién debería responsabilizarse de ella. Tanto en Estados Unidos como en Francia, las llamadas leyes de transparencia (*sunshine acts*) obligan a la industria a declarar públicamente las cantidades exactas abonadas a hospitales y profesionales sanitarios.15,16 En el Reino Unido, un informe dirigido por Julia Cumberlege recomendó adoptar un sistema obligatorio similar; sin embargo, la investigadora principal del estudio, Sonia Macleod (de la Universidad de Oxford), señaló que el gobierno se ha resistido hasta la fecha a implementarlo.17 «La tendencia actual en la estrategia de innovación es evitar cualquier medida que pueda percibirse como perjudicial para el crecimiento», afirmó. «Las industrias farmacéuticas °1° y de ciencias de la vida constituyen un elemento clave de la estrategia de crecimiento [del gobierno]». Esta resistencia parece extenderse también al colectivo de profesionales sanitarios. Piotr Ozieranski, sociólogo de la Universidad de Bath que ha estudiado el impacto de las leyes de transparencia sobre los vínculos con la industria (conocidas como *Sunshine Acts*), declaró a *The BMJ* que, si bien estas normas no parecían haber modificado el comportamiento de los médicos ni haber logrado excluir de la toma de decisiones a aquellos con conflictos de interés, sí habían permitido un mayor escrutinio de dichos vínculos por parte de periodistas y organismos de control de la transparencia, además de generar efectos indirectos en las asociaciones profesionales. Desde al menos 2021, la Asociación Americana del Corazón (AHA) y el Colegio Americano de Cardiología (ACC) —que elaboran conjuntamente guías clínicas— exigen a los miembros de los comités redactores que declaren el valor económico de sus relaciones con la industria. Según sus normas actuales, los pagos declarados se clasifican como «modestos» o «significativos» en función de si se sitúan por debajo o por encima del umbral de 10.000 dólares.

Algunas sociedades profesionales han optado por publicar las relaciones financieras de los autores, indicando las cantidades económicas mediante rangos. «En conjunto —señaló Ozieranski—, la autorregulación

de la industria arroja peores resultados que la divulgación obligatoria impuesta por las leyes de transparencia».

Redberg afirmó que el caso de Fox «podría ser solo la punta del iceberg». «Existe un gran potencial para que se produzcan este tipo de relaciones poco éticas y carentes de profesionalidad».

Por su parte, los cardiólogos europeos lamentan el daño sufrido por su credibilidad, ahora que se ha confirmado que los años de rumores y sospechas tenían fundamento. En opinión de Martin, la ESC no ha hecho lo suficiente para recuperar la confianza pública; las recientes revelaciones amenazan con perjudicar la relación médico-paciente y hacen que los voluntarios que gestionan la sociedad se sientan traicionados. Martin instó a tomar medidas: «La junta directiva de la ESC podría ser considerada cómplice tácita si no se lleva a cabo una investigación pública exhaustiva», declaró. «Quedan muchas preguntas sin respuesta».

· **Nota de la CR**: *En el artículo original de BMJ la lectora o lector interesado dispone de una interesante bibliografía.*

OTRAS FUENTES

Sancionan al expresidente de la Sociedad Europea de Cardiología por recibir 58 millones de una farmacéutica

Doménico Chiappe

El Correo, 27-08-2026. https://www.elcorreo.com/sociedad/sancionan-expresidente-sociedad-europea-cardiologia-recibir-millones-20260825000826-ntrc.html

Incluimos este excelente artículo realizado de una manera seria y rigurosa, publicado en El Correo, un medio informativo de carácter general, sobre el escándalo producido por la revelación de la percepción de 58 millones de dólares por el expresidente de la Sociedad Europea de Cardiología. (En las páginas inmediatamente anteriores hemos recogido el articulo de BMJ sobre el tema).

El cardiólogo de la reina Isabel II era responsable de elaborar las guías clínicas de un fármaco para el corazón, la ivabradina, mientras recibía 58 millones de euros en contratos del fabricante del medicamento. El escándalo de Kim Fox, que fuera presidente de la Sociedad Europea de Cardiología, se destapa en una investigación que se publica este jueves. A través de la empresa de su propiedad, Heart Research, hizo al menos tres ensayos clínicos del fármaco de la compañía Servier, entre 2006 y 2015. Cuando comenzó su colaboración con la farmacéutica, se colocó a la cabeza de un grupo de trabajo de los cardiólogos europeos que recomendó la ivabradina como tratamiento alternativo para la angina de pecho, a pesar de no alcanzar los objetivos en los ensayos, en los que él también participaba. Su labor contribuyó a que esta droga fuera aprobada para la insuficiencia cardiaca en Europa.

Las guías de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC, por sus siglas en inglés) tienen una gran influencia mundial, refieren los autores del artículo 'Un conflicto de intereses monstruoso: Kim Fox, ivabradina y las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología', publicado en la revista científica BMJ. En este caso, Fox y la ESC calificaron la ivadradina con el 'estándar de oro', a pesar de que no logró su cometido principal de reducir de manera

significativa la mortalidad cardiovascular ni los ingresos hospitalarios por infarto. Hasta ahora se había silenciado el escándalo, que este miércoles se ha publicado en el ámbito científico.

A los autores de las guías europeas se les exigía que declararan sus conflictos de interés, pero en el caso de Fox no aparecían públicamente y, quien quisiera saberlos, debía solicitarlo por escrito al presidente de la sociedad, es decir, el mismo Fox, que permaneció como miembro de la junta directiva después de dejar la presidencia. «La mayor parte del dinero que recibieron Fox y (su esposa Karen) Summers fue como dividendos que se repartieron al ser los únicos accionistas de Heart Research. La mayor parte, más de 33 millones de libras esterlinas (unos 38 millones de euros) provino de la distribución del capital retenido y las ganancias obtenidas tras la liquidación de la empresa en 2015», indica el artículo firmado por Laura Spinney.

«Muchos médicos tienen algún tipo de vínculo financiero con compañías farmacéuticas. Estas relaciones están intrínsecamente ligadas a los ensayos clínicos patrocinados por la industria, pero el 'caso Fox' resulta sorprendente por las astronómicas sumas involucradas», mantiene la investigación. «Estas revelaciones surgen en un momento en que algunos grupos en Europa impulsan reformas que pondrían fin a la declaración voluntaria de conflictos de interés y consagrarían una mayor transparencia en la ley», subraya.

Fox había incumplido sus obligaciones éticas y se consideró su conducta como una falta grave

Cuando se hizo público el conflicto de intereses de Fox, por un documental de la televisión danesa en 2024, la ESC pidió a un comité de ética que dirimiera en el caso de su expresidente y determinó, a principios del año pasado, que «había incumplido sus obligaciones éticas, y consideró su conducta como una falta grave», según Spinney. Entonces, Fox, que también es profesor emérito del Instituto Nacional del Corazón y el Pulmón del Imperial College London, rechazó estas conclusiones y renunció a su membresía en la asociación.

Peligro para el paciente

En 2014 surgieron dudas sobre la seguridad del medicamento de Servier, al presentar «un mayor riesgo de infarto y muerte cardiovascular para un subgrupo de pacientes. La Agencia Europea de Medicamentos revisó el fármaco y emitió advertencias sobre su uso en el tratamiento de la angina de pecho», indica el documento. Ante la sospecha, la ESC reafirmó que las «recomendaciones (de la guía presidida por Fox) eran apropiadas y no encontró evidencia que sugiriera un sesgo a favor de la ivabradina». No obstante, varias investigaciones recientes aconsejan no utilizar el fármaco porque «los perjuicios superaban a los beneficios», indica el artículo.

En la publicación de BMJ se incluye la versión de Fox, que niega haber cometido una falta grave, porque sus intereses eran conocidos por la ESC y habían sido declarados de forma «transparente y pública». También la farmacéutica dijo seguir «estrictamente las directrices de transparencia establecidas por la Federación Europea de Industrias y Asociaciones Farmacéuticas, una organización sectorial». Por su parte, la ESC mantuvo que había reforzado su política de declaración de conflictos de interés en los últimos años, pero reconoció que en esa época eran laxos. Sus miembros no estaban obligados a decir el monto de sus retribuciones (tampoco ahora) ni tenían que manifestar su relación contractual con la industria.

Daño reputacional

La investigación también aborda el daño que sufre la ciencia frente al público con estos comportamientos, más aún cuando hay sumas desorbitadas de por medio. Se puede resentir la relación del médico con el paciente, y de los médicos con sus colegas de especialidad, al considerarse, tanto al firmante de las guías clínicas como a la

sociedad que lo ampara como «cómplices» de aprobar medicamentos que no suponen más eficacia y que, incluso, podrían elevar el riesgo de los enfermos, dice la investigación.

No hay, sin embargo, indicios de que Fox incumpliera la ley, pero sí «sus obligaciones éticas», según la ESC. A juicio de esta asociación médica, se debió recusar a sí mismo y no participar en la evaluación. Las sanciones que recibió fueron la exclusión como miembro y como docente invitado, y la retirada de una medalla de oro. Los cardiólogos europeos quieren así mostrar que son independientes de la industria.

OTRAS FUENTES

Dos artículos de *Endpoints News*

A continuación, comentamos dos artículos de Endpoints News de notable interés informativo Endpoints es una newsletter que responde a la perspectiva de la industria farmacéutica e informa de la aparición de nuevas moléculas y su impacto en el mercado, de los procesos de adquisición y fusión de empresas, etc. Por lo tanto, su visión es la de la BigPharma. De ahí la importancia de las noticias que se recogen en estos dos breves noticias.
En él primero, destacan las maniobras de presión del gobierno de Estados Unidos, utilizando sobre los gobiernos europeos los aranceles o la aplicación del sistema sancionador de la sección 301. También como las empresas farmacéuticas alemanas, se posicionan rápidamente en contra del propio gobierno alemán, exigiendo el aumento del gasto farmacéutico.
El segundo artículo pone de manifiesto las estrategias recogidas en los acuerdos secretos de las compañías farmacéuticas con la administración Trump y que implica para los gobiernos europeos.
Sin duda, estas preocupantes informaciones deben ser comprendidas y analizar las posibles respuestas por el Ministerio de Sanidad y el gobierno de nuestro país.

- **Funcionarios comerciales estadounidenses escuchan el caso sobre la caída de los precios de los medicamentos alemanes.**

Zachary Brennan. Senior Editor
Endpoints. 22 de septiembre de 2026

El martes, funcionarios comerciales de EE. UU. escucharon testimonios a favor y en contra de una investigación relacionada con la reducción de los pagos de Alemania por medicamentos, en un contexto en el que ejecutivos farmacéuticos de la UE buscan mayor competitividad frente a Estados Unidos y China.

La audiencia pública, celebrada en las oficinas de la Comisión de Comercio Internacional en Washington D. C., analizó en qué medida Estados Unidos debería imponer aranceles o adoptar otras medidas para contrarrestar la disminución de los precios de los medicamentos en Alemania, país que volvió a recortar los pagos por productos farmacéuticos en julio.

La Oficina del Representante Comercial de los Estados Unidos (USTR), organizadora de la reunión del martes, inició la investigación en junio. Thomas Hwang, de la Facultad de Medicina de Harvard —quien se pronunció en contra de la investigación durante la audiencia—, declaró posteriormente a *Endpoints News* que aún está por ver si los funcionarios estadounidenses realmente impondrán dichos aranceles o tomarán otras medidas, o si simplemente están utilizando la investigación como herramienta de presión

en negociaciones comerciales bilaterales más amplias.

«Nuestra revisión sistemática de la evidencia no respalda las afirmaciones de que el sistema alemán de fijación de precios farmacéuticos sea irrazonable o discriminatorio en el marco de la Sección 301, ni que suponga una carga o restricción para el comercio estadounidense», afirmó Hwang, según una copia de sus declaraciones.

Según Hwang, él y Megan Whiteman, de la organización Public Citizen, fueron los únicos dos de los nueve panelistas que se opusieron a la investigación, la cual podría derivar en la imposición de aranceles. Por su parte, representantes del grupo de presión industrial PhRMA y de la empresa AbbVie apoyaron dichas medidas, al sentirse perjudicados por las recientes reformas alemanas en materia de precios aplicadas en julio.

Un portavoz de PhRMA señaló que Kevin Haninger, vicepresidente sénior de política internacional de la organización, comunicó a la Oficina del Representante Comercial de los Estados Unidos (USTR) que el sistema de fijación de precios de Alemania infravalora los medicamentos innovadores y traslada la carga de la financiación a Estados Unidos.

Perry Siatis, asesor jurídico general de AbbVie, intervino en la reunión y, en una declaración posterior, afirmó que «en un momento en que los gobiernos deberían reforzar los incentivos para la innovación médica, las políticas alemanas de fijación de precios y reembolso de productos farmacéuticos se desvían drásticamente en la dirección opuesta».

La postura de Alemania tiene «un impacto perjudicial tanto para la industria biofarmacéutica estadounidense como para los pacientes a los que atendemos en todo el mundo», declaró Siatis.

Por otro lado, directivos de importantes empresas farmacéuticas europeas publicaron una carta abierta instando a los gobiernos de los Estados miembros de la UE a reducir la brecha existente con Estados Unidos y China en materia de inversión en desarrollo biofarmacéutico.

«Pedimos a los líderes nacionales que colaboren con nosotros para revertir la pérdida de competitividad de Europa, dar paso a una nueva era de descubrimientos médicos y garantizar la soberanía sanitaria», escribieron los presidentes de AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Chiesi, Ipsen, GSK, Novo, Novartis, Roche y Sanofi.

En la misma línea, Mike Doustdar, director ejecutivo de Novo, declaró el martes a *Endpoints* que las empresas tienen dificultades para adaptarse a las prácticas de fijación de precios de los países europeos y que, en algunos casos, han dejado de lanzar sus nuevos medicamentos en Europa.

Nota del editor: Este artículo ha sido corregido para aclarar que los aranceles no son la única medida que la USTR podría adoptar ante la caída de los precios de los medicamentos en Alemania.

- **Los acuerdos de Pfizer y Lilly de «nación más favorecida» otorgarán a EE. UU. una parte de los ingresos derivados del aumento de precios en el extranjero**.

Drew Armstrong.
Endpoints News - 21 de septiembre de 2026.

Los acuerdos de precios de medicamentos bajo la cláusula de "nación más favorecida" que Pfizer y Eli Lilly firmaron con la administración Trump sugieren que las empresas entregarán al gobierno una parte de los ingresos adicionales generados al aumentar los precios en el extranjero.

Inicialmente, la Casa Blanca presentó estos acuerdos como un compromiso de las

empresas para "repatriar" los ingresos adicionales obtenidos en el extranjero; esto suele implicar el traslado de dichos fondos desde las filiales internacionales a Estados Unidos. Sin embargo, un reparto de ingresos constituiría un acuerdo financiero mucho más directo con el gobierno.

Los contratos se obtuvieron mediante una solicitud de acceso a registros públicos realizada por el grupo de vigilancia Public Citizen. Los documentos presentan numerosas partes censuradas, lo que impide conocer los detalles exactos.

No obstante, el acuerdo de Pfizer incluye una cláusula que establece que "Pfizer acepta compartir con el HHS [información censurada] una parte del incremento en los ingresos netos que Pfizer obtenga de las ventas de la versión de los Productos Cubiertos destinada a mercados fuera de EE. UU., derivado del aumento en los precios netos de dicha versión". Esto sugiere que el reparto de ingresos comenzó este año.

El acuerdo de Lilly, que presenta aún más partes censuradas, incluye una sección titulada "Devolución a los pacientes y contribuyentes estadounidenses de los ingresos adicionales obtenidos en países específicos", aunque no ofrece más detalles. La sección correspondiente en el acuerdo de Pfizer lleva un título similar. Debido a la censura de información, es imposible determinar en qué difieren los acuerdos —si es que existen diferencias— o qué cantidad debería aportar cada empresa.

Los acuerdos con Pfizer y Lilly fueron firmados por el secretario del HHS, Robert F. Kennedy Jr., y los directores ejecutivos de dichas compañías.

Pfizer declaró que "el acuerdo al que Pfizer llegó voluntariamente con la Administración el pasado mes de septiembre representa una victoria para los pacientes estadounidenses" y calificó algunos de sus términos como confidenciales. Por su parte, Lilly también declinó hacer comentarios sobre los detalles específicos de su acuerdo.

En otros sectores, el presidente Donald Trump ha planteado la idea de que los contribuyentes estadounidenses obtengan un beneficio económico cuando el gobierno interviene, especialmente en empresas de defensa y tecnología. En algunos casos, como el del fabricante de chips Intel, Estados Unidos ha adquirido una participación accionaria. En otros, como en el acuerdo con Nvidia para vender algunos de sus chips a China, el gobierno recibiría una parte de los ingresos.

La administración Trump ha suscrito más de dos docenas de acuerdos de "nación más favorecida" con grandes compañías farmacéuticas. Aunque se negociaron individualmente, estos acuerdos generalmente exigen a las empresas reducir los precios de ciertos productos en Estados Unidos mediante diversos mecanismos y las presionan para aumentar los precios en el extranjero. Trump se ha quejado reiteradamente de los precios más bajos que pagan los países europeos por los mismos productos que consumen los pacientes estadounidenses.

Otros acuerdos sobre precios

Si bien no se han hecho públicos otros contratos de "nación más favorecida" firmados, al menos uno de ellos podría contener condiciones similares.

En un informe presentado ante las autoridades bursátiles en febrero, Merck declaró que había "acordado repatriar y compartir con el gobierno federal una parte de los ingresos extranjeros percibidos por la compañía como resultado de los esfuerzos exitosos del gobierno en materia de política comercial". La empresa no respondió a una solicitud de comentarios el lunes.

Gilead, por ejemplo, indicó en un documento bursátil que "devolvería a Estados Unidos una parte del incremento de

sus ingresos internacionales si el gobierno estadounidense lograba aumentar los precios de los medicamentos en el extranjero". La compañía declinó hacer más comentarios.

"El presidente Trump ha dejado muy claro que esto no es una vía de sentido único: los precios en el extranjero aumentarán y los pacientes estadounidenses ya no cargarán en exclusiva con el peso de financiar la innovación mundial", declaró por correo electrónico Kush Desai, portavoz de la Casa Blanca. "Las cláusulas relativas a los ingresos extranjeros buscan garantizar que los ingresos adicionales derivados de precios más altos en el extranjero beneficien a los pacientes estadounidenses, y no a los fabricantes de medicamentos".

La administración Trump anunció la semana pasada que los 50 estados se habían adherido para beneficiarse de los descuentos que el gobierno ha conseguido mediante estos acuerdos con las empresas. La Casa Blanca ha afirmado que los acuerdos de «nación más favorecida» se traducirán en un ahorro de miles de millones de dólares para los contribuyentes.

Otros grandes fabricantes de medicamentos que llegaron a acuerdos con la administración declinaron hacer comentarios.

OTRAS FUENTES

Mientras EE. UU. investiga los precios de los medicamentos en Alemania, Europa debería preocuparse

- ***La industria farmacéutica alemana no es el único sector en el punto de mira: la automovilística también podría verse afectada.***

Caroline Hug y Louis Westendarp

Politico, 21-09-2026. https://www.politico.eu/article/as-the-us-investigates-germanys-drug-prices-heres-why-europe-should-care/

Este artículo de Politico es muy útil para continuar, como hemos visto en los artículos anteriores, en la comprensión de cómo la estrategia de nación más favorecida y las presiones arancelarias del gobierno Trump, junto con la aplicación sancionadora de la sección 301 van dirigidas directamente a obligar a los países europeos, a aumentar su gasto farmacéutico en nuevos medicamentos. Esta realidad debería preocupar notablemente a nuestro país. Hasta ahora la única acción conocida ha sido el posicionamiento del MS con el bloqueo de la transparencia en los procesos de negociación con la industria farmacéutica, como ya hemos comentado con anterioridad en varias ocasiones.Creemos que el Ministerio de Sanidad y particularmente su secretario de Estado, Javier Padilla, deberían explicar cuál va a ser la respuesta política de España ante esta amenaza indudable. Aunque estemos dentro de la Unión Europea, es imprescindible disponer de una estrategia propia.

El sistema de precios de nuevos medicamentos de Alemania se enfrentará a una audiencia comercial de los Estados Unidos el martes, con consecuencias que podrían extenderse más allá de los productos farmacéuticos.

La investigación es parte de los esfuerzos del presidente de los Estados Unidos, Donald Trump, para reducir el alto costo de los medicamentos en Estados Unidos, lo que, según él, está subsidiando efectivamente los precios más bajos en Europa. Trump ha

amenazado con imponer aranceles adicionales a menos que los precios europeos suban, lo que podría golpear en todo el continente porque la UE comercia como un bloque.

"Durante demasiado tiempo, los países europeos han estado utilizando la innovación estadounidense mientras nuestros propios pacientes y empresas pagan la factura", dijo el congresista republicano Vern Buchanan, vicepresidente del Comité de Medios y Arbitrios de la Cámara de Representantes y presidente de su subcomité de salud. "Europa necesita empezar a pagar su parte justa".

Alemania fue el primer país de la UE en verse sometido a presiones específicas para aumentar los precios de los medicamentos, después de que Estados Unidos iniciara una investigación comercial en virtud de la Sección 301 el pasado mes de junio. Este martes, funcionarios comerciales estadounidenses celebrarán una audiencia para determinar si el sistema alemán de fijación de precios para nuevos medicamentos constituye una práctica comercial desleal.

Alemania ha rechazado dicha acusación. "No existe discriminación contra las empresas estadounidenses", declaró un portavoz del Ministerio de Sanidad. El sistema está "consolidado y equilibrado" para garantizar el acceso a la innovación y un suministro sostenible, añadió el portavoz: "Defendemos este sistema".

Si Washington falla en contra de Berlín, las repercusiones podrían extenderse más allá de los fabricantes alemanes de medicamentos y afectar a otros sectores, en particular a la industria automotriz del país.

"No existe ninguna norma que obligue a imponer aranceles únicamente en el sector afectado si se determina la existencia de una práctica comercial desleal en virtud de la Sección 301", señaló Dan Mullaney, exrepresentante comercial adjunto de EE. UU. y jefe negociador de acuerdos comerciales con la UE y el Reino Unido.

Estados Unidos podría imponer aranceles a otros productos "fácilmente", afirmó Mullaney, quien actualmente es investigador sénior no residente en el Centro de Europa y el Centro de Geoeconomía del *think tank* Atlantic Council. "Se elegirían productos en función de lo que probablemente influya en Alemania. El sector automotriz sería la opción evidente".

Los automóviles fueron el principal producto de exportación de Alemania a Estados Unidos en 2025, según muestran las cifras comerciales. El país vendió vehículos de motor y piezas a Estados Unidos por valor de 28.500 millones de euros, seguidos muy de cerca por los productos farmacéuticos, con 28.000 millones de euros.

Mullaney también señaló que los aranceles podrían quedar fuera del tope del 15 % acordado entre Estados Unidos y la UE. «Se trata de una investigación independiente sobre prácticas comerciales desleales que puede ir más allá de los aranceles horizontales pactados», añadió.

Un representante del sector farmacéutico estadounidense, que solicitó el anonimato dada la naturaleza delicada de las negociaciones en curso, afirmó que «los aranceles no tienen por qué aplicarse necesariamente a los productos farmacéuticos», y agregó: «En realidad, se trata de la capacidad de presión que el Gobierno de Estados Unidos cree tener para obligar a la otra parte a modificar dichas prácticas o a alcanzar algún tipo de acuerdo».

Lo que busca Estados Unidos

Washington pretende cerrar un acuerdo con Berlín sobre los precios de los medicamentos —similar al suscrito con Londres— para fomentar un mayor gasto en fármacos innovadores.

La Oficina del Representante Comercial de Estados Unidos acusa a Alemania —y al

resto de la UE— de beneficiarse de los precios más elevados de los medicamentos en Estados Unidos, los cuales, según sostiene, financian las costosas investigaciones necesarias para desarrollar nuevos fármacos.

Aunque Berlín rechaza estas acusaciones, desde hace meses se mantienen conversaciones informales con Washington. Funcionarios de los ministerios alemanes de Sanidad y Economía están estudiando una propuesta que podrían presentar a Washington para evitar la amenaza de aranceles.

No obstante, los responsables políticos en Berlín consideran muy improbable que Alemania acepte aumentos significativos de precios.

«No permitiremos que gobiernos extranjeros dicten cómo fijamos los precios de los medicamentos en Alemania», declaró Matthias Mieves, legislador del Partido Socialdemócrata (en el gobierno) y responsable de liderar la elaboración de políticas para el sector sanitario.

«El problema no es que los precios en Alemania sean demasiado bajos. Pagamos precios buenos y elevados. La realidad es que los pecios de los medicamentos en Estados Unidos son excesivamente altos», afirmó.

Washington tiene una opinión distinta. Cuenta con una larga lista de cambios que exige a Alemania para evitar que se determine la existencia de prácticas comerciales desleales.

El representante del sector farmacéutico estadounidense mencionado anteriormente expuso tres demandas principales: que Alemania aumente el porcentaje de su PIB destinado a medicamentos innovadores; que revierta los cambios recientes orientados a aplicar mayores descuentos a los precios de los nuevos fármacos; y que establezca un mecanismo de cumplimiento para garantizar que se lleven a cabo los compromisos adquiridos con Washington.

Alemania gasta menos de la mitad que Estados Unidos en nuevos medicamentos en relación con el PIB, señaló el representante.

En julio, Berlín aprobó una ley para reducir los precios de los medicamentos como parte de una reforma integral destinada a afrontar el déficit de 18.000 millones de euros previsto para el sistema sanitario el próximo año.

En respuesta, empresas como Eli Lilly y Boehringer Ingelheim anunciaron recortes de inversión o la retirada de sus operaciones en Alemania.

Qué cabe esperar

La Oficina del Representante Comercial de EE. UU. (USTR, por sus siglas en inglés) está obligada por ley a celebrar una audiencia pública como parte del procedimiento de la Sección 301. Si bien es poco probable que la sesión revele la postura negociadora de Washington, la identidad de los comparecientes y los argumentos que expongan ofrecerán una perspectiva útil sobre la posición de ambas partes.

Berlín no enviará a ningún representante para defender su postura. En su lugar, un representante de la embajada alemana en Washington «participará en calidad de observador», según informó el Ministerio de Sanidad.

Los gobiernos extranjeros a veces optan por intervenir en estas audiencias para exponer públicamente sus argumentos, aunque no están obligados a hacerlo. Algunos prefieren mantener conversaciones privadas con funcionarios estadounidenses, tal como está haciendo el gobierno alemán.

Los funcionarios estadounidenses —por lo general, personal de carrera— suelen formular preguntas técnicas o aclaratorias y no utilizan las audiencias para hacer alarde político.

La Cámara de Industria y Comercio de Alemania, que presentó una declaración por

escrito en una fase anterior de la investigación, tampoco asistirá.

La empresa alemana de tecnología médica Carl Zeiss, que también presentó una declaración por escrito en una etapa anterior de la investigación, declinó hacer comentarios, aunque señaló que «sigue de cerca la evolución de la política comercial».

Hasta la tarde del viernes, diez personas habían solicitado permiso para intervenir. La mayoría coincide con la postura de la administración Trump.

Sin embargo, es poco probable que la presión sobre Alemania desaparezca tras la audiencia.

«Si se lleva a cabo una investigación de la Sección 301 y esta desencadena tales negociaciones, hay que asumir que son serias», afirmó Mullaney. «Es decir, que si no se logra algún tipo de resultado, se producirá un reequilibrio arancelario».

- *Stefanie Bolzen y Oliver Ward colaboraron en la información desde Washington.*



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



La AAJM exige la retirada del proyecto de Real Decreto que regula el procedimiento de fijación de precios de medicamentos financiados públicamente por su servilismo a los intereses de la industria farmacéutica

Nota de prensa de la AAJM.. *30 de junio de 2026.*
https://accesojustomedicamento.org/nota-de-prensa/

Documento con el posicionamiento público de la AAM sobre el RD de regulación de precios.

Comments submitted by Asociación Acceso Justo al Medicamento (Spain) to the United States Trade Representative (USTR)

AAJM, 03-08-2026 (texto en inglés). *https://drive.google.com/file/d/1AHwVYNzYOU5OA5clgmufaRTWh9bgKE-U/view?usp=sharing*

Estos comentarios sostienen que la evidencia no respalda la afirmación de que los precios farmacéuticos más bajos negociados por Alemania sean la causa de los elevados precios de los medicamentos recetados en los Estados Unidos. Por el contrario, la evidencia disponible indica que los precios en EE. UU. reflejan principalmente precios de monopolio derivados del sistema de patentes. Un aumento de los precios en el extranjero incrementaría los beneficios de la industria farmacéutica, pero es poco probable que reduzca los precios que pagan los pacientes estadounidenses. Incluso si Alemania pagara precios sustancialmente más altos, no existe ningún mecanismo económico que obligue a las compañías farmacéuticas a reducir los precios cobrados en el mercado estadounidense. Al contrario, unos precios más elevados en el extranjero aumentarían principalmente los ingresos globales del sector farmacéutico, a menos que fueran acompañados de cambios en las políticas de precios de EE. UU.

Liberando el potencial de la concesión de licencias socialmente responsables de innovaciones médicas

Wemos. 14-09-2026. *https://www.wemos.org/en/unlocking-the-potential-of-socially-responsible-licensing-of-medical-innovations/*

Este informe realizado por Wemos. tanto en su versión resumida como en la completa, es

interesante y sugerente. En él, podemos encontrar un conjunto de orientaciones dirigidas al desarrollo y aplicación de licencias socialmente responsables en el curso de innovaciones medicas financiadas con fondos públicos. El enfoque del trabajo es posibilitar que las universidades y los institutos públicos de investigación dispongan de medidas para otorgar licencias de innovación médica a empresas privadas, garantizando que éstas sean posteriormente accesibles y asequibles para todos los ciudadanos´
Sin duda, es un informe para su lectura atenta y discusión posterior.



Why MAGA wants children to get sick and die

Blog de Paul Krugman, 12-08-2026. https://paulkrugman.substack.com/p/the-rise-of-the-measles-industrial?utm_source=post-email-title&publication_id=277517&post_id=210804068&utm_campaign=email-post-title&isFreemail=true&r=1ko01e&triedRedirect=true

El Blog aborda un tema de interés directo para AJM, cómo es la vacunación en Estados Unidos y las consecuencias de la política trumpiana sobre la salud. Efectivamente, comenta Krugman "Trump emitió una orden ejecutiva que, si se implementa, reduciría sustancialmente el número de vacunas que reciben los niños estadounidenses. Si bien no está claro si la orden de Trump tiene alguna fuerza legal, reforzará el escepticismo público y la hostilidad hacia las vacunas, lo que ha llevado a una disminución de las tasas de vacunación". Evidentemente, como continúa comentando Krugman, este descenso en la aplicación de vacunas ha provocado un aumento de enfermedades infecciosas que incluso anteriormente se habían erradicado.



La industria farmacéutica pública en Suecia: el caso APL.
La industria farmacéutica pública en el Marco de la salud de los pueblos

Salud para todos y todas. Ahora
Movimiento para la salud de los pueblos
www.phmovement.org

Notable documento de referencia elaborado por el Movimiento para la salud de los pueblos. Expone como APL (Apotek Produktion & Laboratorier AB) es un modelo de empresa pública farmacéutica sueca dirigida a cubrir necesidades de salud colectivas y a aquellos pacientes con requerimientos especiales que el mercado privado margina, Sin duda un ejemplo.

THE LANCET

La Comisión NUS-Lancet PRIME: transformando la preparación para la pandemia para la equidad

Sara Calderón-Larrañaga, PhDa, · Rinad Bakhti, PhDa,* · Manal Etemadi, PhDa,† · Lina Fakih, MPHa,† · Hil Ousland Vandeskog, PhDa,† · Pami Shrestha, MPHb,† · et al.*
The Lancet. Volumen 408 , Número 10561. págs. 1211-1274 26 de septiembre de 2026. https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(26)01146-3/abstract

Este documento planteado desde Lancet Investigation recoge el trabajo desarrollado por la Comisión de Preparación para la Pandemia de la Universidad Nacional de Singapur (NUS) - Lancet realizado con la colaboración de instituciones y comunidades

a (Comunidades de Movilización y Equidad (PRIME)). El texto identifica los malos resultados de la pandemia de COVID-19 y a través del análisis y las evidencias obtenidas, propone una alternativa para la preparación para la pandemia qué de respuesta a toda la sociedad.

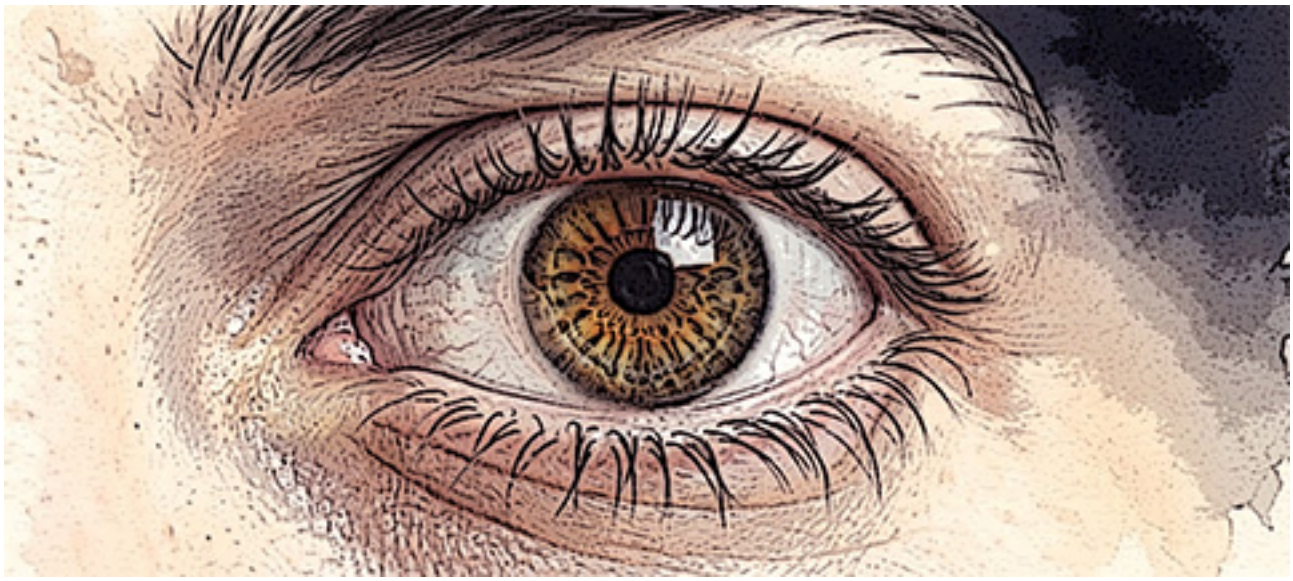


¿Son los medicamentos 'res communis'?

Pablo Martínez Segura, septiembre 2026, PDF de acceso libre: https://www.sanitikon.com/2026/10/libro-de-pablo-martinez-segura-son-los.html

El autor, periodista e historiador, compañero de la AAJM, doctorado en Farmacia en el presente año, ha reunido en esta publicación los ensayos y trabajos periodísticos que ha publicado en la revista *Acceso Justo al Medicamento* entre 2021 y 2026. El denominador común es la defensa de ese acceso justo, de ahí que el conjunto de la recopilación plantee a los medicamentos como una "*res communis*" [cosa de todos] como el aire o el mar.

Ramón Gálvez señala en el prólogo: "en sus páginas hay un mensaje culminante. En la actualidad, el sistema de patentes y precios de los medicamentos con su muy alto coste constituye un obstáculo cada vez más elevado para los enfermos y los Servicios Nacionales de Salud en los países ricos y directamente para su supervivencia en los países de bajos y medianos ingresos. En las guías clínicas utilizadas, para el diagnóstico y tratamiento de diferentes enfermedades se describen los efectos secundarios y tóxicos de los medicamentos utilizados. Sin embargo, no hay un elemento clave y es la toxicidad financiera que las grandes empresas farmacéuticas imponen de manera arbitraria e injustificada a la ciudadanía".



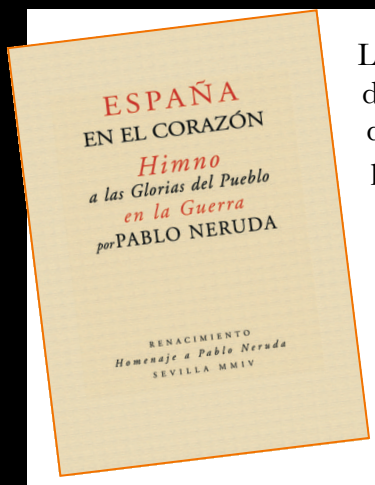
MALDIGO LA POESÍA DE QUIEN NO TOMA PARTIDO HASTA MANCHARSE

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

España en el corazón, himno a las glorias de un pueblo en la guerra



Pablo Neruda (1938)



La elección, en este número 50, del los poemas, versos, etc. que de forma habitual incluimos en esta sección, nos planteaba diferentes alternativas posibles. Por un lado, seleccionar aquellas palabras que expresaran cierto júbilo y reconocimiento por el trabajo realizado o también aquellas otras que muestran e insisten en el camino que se abre, en el mantenimiento de la esperanza. Pero al final estas reflexiones y otras similares han quedado apagadas por la propia realidad. En el momento actual, las amenazas constantes a los derechos humanos, a la integridad de pueblos y territorios, al derecho a la salud, están actuando y llevando una y otra vez a cientos de miles de seres humanos a situaciones de terror y espanto. Por ello, necesitamos una voz fuerte y rotunda, una voz de denuncia, una voz que nos señale que es necesario actuar y resistir, que la apatía y el miedo frente a lo inaceptable, lo convierte peligrosamente en aceptable.

Pablo Neruda, ese ese grito de dolor, de denuncia frente a lo inaceptable

Neruda escribió desde lo más profundo de su ser poético, unos versos que expresan un desgarramiento por una realidad insoportable está viviendo en Madrid de una manera directa desde su posición como cónsul de Chile en España su: *España en el corazón, himno a las glorias de un pueblo en la guerra.*

Este texto fue escrito por tanto en pleno desarrollo del golpe militar y de la guerra civil entre 1936 y 1937 y fue publicado en 1938. De él hemos escogido tres poemas que creemos muy significativos.

Madrid (1936)

Madrid sola y solemne, Julio te sorprendió con tu alegría
de panal pobre, clara era tu calle, claro era tu sueño

Un hipo negro
de generales, una ola
de sotanas rabiosas
rompió entre tus rodillas
sus cenagales aguas, sus ríos de gargajo.
Con los ojos heridos todavía de sueño
con escopeta y piedras. Madrid, recién herida
te defendiste. Corrías
por las calles
dejando estelas de tu santa sangre
reuniendo y llamando con una voz de océano
con un rostro cambiado para siempre
por la luz de la sangre, como una vengadora
montaña, como una silbante
estrella de cuchillos

Cuando en los tenebrosos cuarteles, cuando en las sacristías de la traición, entró tu espada ardiendo,
no hubo sino silencio de amanecer,
no hubo sino tu paso de banderas
y una honorable gota de sangre en tu sonrisa.



EXPLICO ALGUNAS COSAS

PREGUNTARÉIS: *Y* dónde están las lilas?
Y la metafísica cubierta de amapolas?
Y la lluvia que a menudo golpeaba
sus palabras llenándolas
de agujeros y pájaros?

Os voy a contar todo lo que me pasa.
Yo vivía en un barrio
de Madrid, con campanas,
con relojes, con árboles.
Desde allí se veía
el rostro seco de Castilla
como un océano de cuero.
Mi casa era llamada
la casa de las flores, porque por todas partes
estallaban geranios: era
una bella casa
con perros y chiquillos.
Raúl, te acuerdas?
Te acuerdas, Rafael?
Federico, te acuerdas
debajo de la tierra,
te acuerdas de mi casa con balcones en donde
la luz de junio ahogaba flores en tu boca?
Hermano, hermano!
Todo
eran grandes voces, sal de mercaderías,
aglomeraciones de pan palpitante,
mercados de mi barrio de Argüelles con su estatua
como un tintero pálido entre las merluzas:
el aceite llegaba a las cucharas,
un profundo latido
de pies y manos llenaba las calles,
metros, litros, esencia
aguda de la vida,
pescados hacinados,
contextura de techos con sol frío en el cual
la flecha se fatiga,

delirante marfil fino de las patatas,
tomates repetidos hasta el mar.
Y una mañana todo estaba ardiendo
y una mañana las hogueras
salían de la tierra
devorando seres,
y desde entonces fuego,
pólvora desde entonces,
y desde entonces sangre.
Bandidos con aviones y con moros,
bandidos con sortijas y duquesas,
bandidos con frailes negros bendiciendo
venían por el cielo a matar niños,
y por las calles la sangre de los niños
corría simplemente, como sangre de niños.
Chacales que el chacal rechazaría,
piedras que el cardo seco mordería escupiendo,
víboras que las víboras odiaran!
Frente a vosotros he visto la sangre
de España levantarse
para ahogaros en una sola ola
de orgullo y de cuchillos!
Generales
traidores:
mirad mi casa muerta,
mirad España rota:
pero de cada casa muerta sale metal ardiendo
en vez de flores,
pero de cada hueco de España
sale España,
pero de cada niño muerto sale un fusil con ojos,
pero de cada crimen nacen balas
que os hallarán un día el sitio
del corazón.
Preguntaréis por qué su poesía
no nos habla del sueño, de las hojas,
de los grandes volcanes de su país natal?
Venid a ver la sangre por las calles,
venid a ver
la sangre por las calles,
venid a ver la sangre
por las calles!

España, pobre por culpa de los ricos

La pobreza era por España
como caballos, llenos de humo
como piedras caídas del
manantial de la desventura
tierras cereales sin
abrir, bodegas secretas
de azul y estaño, ovarios, puertas, arcos
cerrados, profundidades
que querían parir, todo estaba guardado
por triangulares guardias con escopeta,
por curas de color de triste rata,
por lacayos del rey de inmenso culo
España dura, Pais manzanar y pino,
te prohibían tus vagos señores
A no sembrar, a no parir las minas,
a no montar las vacas, al
de las tumbas a visitar cada año,
el monumento de Cristóbal, el marinero
discursos de macacos vestidos
de iguales en posición social y
no levantéis escuelas, no hagáis crujir
terrestre con arados, no llenéis los
de abundante trigal, rezad, bestias
que un dios de culo inmenso como el
os espera "Allí tomaréis sopa hermanos míos"



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