

Boletín Fármacos:

Economía, Acceso y Precios

*Boletín electrónico para fomentar
el acceso y el uso adecuado de medicamentos*
<http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/>



**SALUD
Y FÁRMACOS**

Volumen 29, número 3, agosto 2026



Boletín Fármacos es un boletín electrónico de la **organización Salud y Fármacos** que se publica cuatro veces al año: el último día de cada uno de los siguientes meses: febrero, mayo, agosto y noviembre.

Editores

Núria Homedes Beguer, EE.UU.
Antonio Ugalde, EE.UU.

Asesor en Economía

Federico Tobar, Panamá

Asesores en Acceso y Precios

Carlos Durán, Ecuador
Claudia Vacca, Colombia

Corresponsales

Rafaela Sierra, Centro América
Raquel Abrantes, Brasil

Webmaster

People Walking

Equipo de Traductores

Nazarena Galeano, Argentina
Araceli Hurtado, México

Enrique Muñoz Soler, España

Editores Asociados

Albín Chaves, Costa Rica
José Humberto Duque, Colombia
Carlos Durán, Ecuador
Juan Erviti, España
Eduardo Espinoza, El Salvador
Rogelio A. Fernández Argüelles, México
Corina Bontempo Duca de Freitas, Brasil
Duilio Fuentes, Perú
Adriane Fugh-Berman, EE UU
Volnei Garrafa, Brasil
Sergio Gonorazky, Argentina
Ricardo Martínez, Argentina
Peter Maybarduk, EE UU
Luis Carlos Saíz, España
Juan Carlos Tealdi, Argentina
Federico Tobar, Kenia
Claudia Vaca, Colombia

Boletín Fármacos solicita comunicaciones, noticias, y artículos de investigación sobre cualquier tema relacionado con el acceso y uso de medicamentos; incluyendo temas de farmacovigilancia; políticas de medicamentos; ensayos clínicos; ética y medicamentos; dispensación y farmacia; comportamiento de la industria; prácticas recomendables y prácticas cuestionadas de uso y promoción de medicamentos. También publica noticias sobre congresos y talleres que se vayan a celebrar o se hayan celebrado sobre el uso adecuado de medicamentos. **Boletín Fármacos** incluye una sección en la que se presentan síntesis de artículos publicados sobre estos temas y una sección bibliográfica de libros.

Los materiales que se envíen para publicarse en uno de los números deben ser recibidos con treinta días de anticipación a su publicación. El envío debe hacerse preferiblemente por correo electrónico, a ser posible en Word o en RTF, a Núria Homedes (nhomedes@hotmail.com). Para la revisión de libros enviar un ejemplar Salud y Fármacos, 632 Skydale Dr, El Paso, Texas 79912 EE.UU. Teléfono: (202) 9999079 ISSN 2833-1311 DOI 10.5281/zenodo.21921369

Novedades sobre la Covid

La pandemia de covid-19 y el acceso a las vacunas en América Latina y el Caribe: estrategias de la OMS y la OPS

L. Bermudez, C. V. Machado 1

Genéricos y Biosimilares

Definiciones regulatorias y clasificación de los medicamentos biosimilares en las 6 regiones de la Organización Mundial de la Salud: una revisión exploratoria.

J.H. Watanabe, M.W. Strand, M. Walvekar, R. Alfonso-Cristancho 1

Clarificaciones a la guía de la OMS para promover el uso de biosimilares

Salud y Fármacos 2

EE UU. Las etiquetas simplificadas o reducidas de los medicamentos genéricos y los tribunales

Salud y Fármacos 3

Veinte años de la Conferencia sobre Asuntos Jurídicos: para impulsar la competitividad de Europa y el acceso oportuno a los medicamentos

Medicines for Europe 4

Minimizar el costo en el mieloma múltiple: intercambiabilidad del fármaco de referencia *lenalidomida* con su similar

P. Heberle, A. Kröger, A. Cláudia de Medeiros, B. Consuelo Linke, R. Baptista Gama, V. Freitas Rodrigues Lima 4

Acceso y Precios

Crece la preocupación por el aumento de las ventas de fármacos para bajar de peso por internet

Lauren Sausser, Maia Rosenfeld 5

Lista de medicamentos esenciales y evaluación de tecnologías sanitarias: Dos estrategias complementarias para priorizar medicamentos en los sistemas de salud

P. Mordujovich-Buschiazzi, C. Dorati, M. Urtasun, G.H. Marin y M. Cañas 8

Consecuencias de confiar en programas de la industria para que los pacientes accedan a medicamentos biológicos y especializados de alto precio: un estudio cualitativo crítico.

Q. Grundy, D. Hart, J. Lexchin, N. Persaud, M. Tadrous, M.A. Gagnon 9

La OMS ha precalificado a Coartem® Baby, lo que supone un gran avance en el tratamiento de la malaria en recién nacidos y lactantes

Medicines for Malaria Venture 10

Grupos sin fines de lucro dedicados a la I+D de tratamientos para la malaria y otras enfermedades desatendidas mancomunan recursos ante la reducción de los presupuestos mundiales

Kerry Cullinan 11

Abordar las barreras de acceso a los anticuerpos monoclonales (AcM) en los países en desarrollo: desafíos y posibles soluciones

Nirmalya Syam 12

Para mejorar el acceso a la terapia CAR-T: estudio de caso de un modelo innovador alternativo en un hospital académico.

A. Ruiz, E. Shinabargar, I. Slovenski et al. 12

Organizando un acceso más rápido a productos desarrollados (I+D) por entidades sin ánimo de lucro: estudio de caso de un régimen novedoso para la tuberculosis resistente a los fármacos

S. Moon, M. C. F. Vieira, K. Large 13

Médicos Sin Fronteras pide que el revolucionario fármaco contra el VIH esté disponible a US\$40 en todo el mundo

MSF 14

De US\$84.000 a US\$57: por qué el tratamiento asequible para la hepatitis C sigue sin llegar a millones de personas <i>Clinton Health Access Initiative</i>	15
Una ONG facilita el acceso a un producto oncológico en desarrollo que Sutro Pharma decidió discontinuar <i>Salud y Fármacos</i>	15

América Latina

Chile. Ministra Chomali destaca ahorro de hasta un 90% en medicamentos adquiridos en farmacias adheridas a la Ley Cenabast <i>Ministerio de Salud</i>	16
Colombia. SIC impone multas por \$1.379 millones a Bayer y Comfenalco Quindío por sobre costos en medicamentos regulados <i>Nathalia Moreno González</i>	17
Sin medicinas en Cuba: la lucha diaria por la salud se vuelve un desafío y Facebook no coopera <i>A. Roberto</i>	18
Perú. Ministerio de Salud pone a disposición esta plataforma gratuita, donde la ciudadanía puede consultar y comparar precios de medicamentos genéricos y de marca desde su celular o computadora, las 24 horas del día <i>DIGEMID</i>	19
Perú da un paso histórico: pacientes participan en el proceso de evaluación sobre medicamentos de alto costo <i>Instituto Nacional de Salud</i>	20
Perú. Pembrolizumab: el medicamento que expone cómo Oncosalud deja sin cobertura a sus pacientes <i>Fabiola Torres</i>	21

Europa y el Reino Unido

Transparencia en los precios de los medicamentos oncológicos: un paso crucial hacia las negociaciones de precios informadas en la región europea <i>J. Vancoppenolle, N. Franzen, C. Andrianò, M. B. Houliand et al.</i>	21
EE UU quiere que suban los precios de los medicamentos en Europa <i>Salud y Fármacos</i>	22
Alemania. USTR anuncia el inicio de una investigación, bajo la Sección 301, porque considera que Alemania no paga lo suficiente por los productos farmacéuticos innovadores. <i>USTR</i>	23
España. Transparencia sobre el precio de los medicamentos financiados por la sanidad pública <i>Francesc Puigventós</i>	25
España. Lo que paga la sanidad por cada medicamento será secreto por ley <i>Civio</i>	26
España. El Gobierno aprueba el proyecto de ley del medicamento: más sostenibilidad, autonomía estratégica y modernización para el SNS <i>Ministerio de Salud</i>	26
España. Sanidad abre a audiencia pública el real decreto que culmina la reforma farmacéutica de la legislación <i>Ministerio de Salud</i>	28
España. El Consejo de Ministros aprueba el primer marco estatal para evaluar tecnologías sanitarias en el Sistema Nacional de Salud <i>Ministerio de Salud</i>	29
España. Salud por Derecho considera insuficiente el nuevo Real Decreto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias <i>Salud por Derecho</i>	31

España. El Gobierno reforma el sistema de copago farmacéutico para blindar la equidad y proteger a las rentas medias y bajas <i>Ministerio de Salud</i>	32
Reino Unido. Dentro del acuerdo farmacéutico de £64.000 millones que podría costar más vidas que la covid <i>Revista AAJM, n°47, abril de 2026</i>	33
Activistas presentan una impugnación legal por «apropiación ilegal de poder» por los cambios en el control de precios de medicamentos para el NHS en respuesta a las exigencias de Trump <i>Global Justice Now</i>	37

Canadá y EE UU

Los intermediarios inútiles que hacen que los medicamentos de venta con receta sean inasequibles <i>Ashley Bishop</i>	39
Antimonopolio y medicamentos de venta con receta: lo que pasan por alto Krugman y Khan <i>Dean Baker</i>	42
Autorización previa de medicamentos recetados: costos para farmacias y médicos <i>Norman V. Carroll, Nathan W. Carroll, Erica R. Brody</i>	43
Asequibilidad de medicamentos en el informe de Public Citizen ante el Senado estadounidense <i>Revista de la AAJM 2026; 47, abril</i>	43
Los precios de los principales medicamentos de venta con receta aumentan en EE UU y disminuyen en el extranjero <i>Rachel Nania</i>	44
Gasto de bolsillo en insulina por parte de los beneficiarios de Medicare tras limitar el gasto mensual <i>D. Hong, K. Cantos, D. Morgenstern, et al.</i>	46
Rechazos de cobertura de seguro basadas en el formulario para medicamentos de marca de fuente única en EE UU <i>J. F. Levy, G. C. Alexander, B. Vabson, B. N. Ippolito</i>	47
Las negociaciones de precios de Trump con las empresas farmacéuticas <i>Salud y Fármacos</i>	47
Promesas hechas, promesas rotas: los precios de los medicamentos de venta con receta siguen aumentando bajo el mandato del presidente Trump <i>Bernard Sanders</i>	48
El elevado costo de los medicamentos contra el cáncer en EE UU: oportunidades para reformar las políticas <i>A. Tibau, K.N. Vokinger, A.S. Kesselheim, T.J. Hwang</i>	55

Compras

Cómo detectar que los medicamentos que se venden por Internet son fraudulentos <i>Salud y Fármacos</i>	56
México concentra en BIRMEX la compra y distribución de medicamentos: así cambia el abasto público en salud <i>Consultor Salud</i>	57
Perú. Médicos del INEN que trabajaban para Merck Sharp & Dohme avalaron compras por S/172 millones de su medicamento <i>Fabiola Torres, Jason Martínez y Alicia Tovar</i>	58
Más del 60% de laboratorios extranjeros que vendían medicamentos al Perú no logró demostrar condiciones adecuadas de fabricación <i>Salud con Lupa</i>	59

Producción y Negocio

Modelos alternativos de innovación en medicamentos que defienden el interés público: tipología, evidencia y comparación con el modelo convencional S. Moon, I. Slovenski, A. Alonso Ruiz, et al	59
El tratamiento preventivo contra el VIH de Merck se podría elaborar por US\$5 al año por paciente Salud y Fármacos	60
De polizón a innovador: el ascenso del desarrollo de fármacos en China Panle Jia Barwick, Hongyuan Xia & Tianli Xia	60
Comité de Expertos de la OMS en Especificaciones para Preparados Farmacéuticos: quincuagésimo noveno informe <i>World Health Organization 2026</i>	62
Según un estudio de la Universidad de Massachussets Amherst-Cornell, cuando hay patentes, es más probable que las empresas realicen la I+D ellas mismas <i>University of Massachussets</i>	62
Las 10 empresas farmacéuticas que generan mayores ingresos Salud y Fármacos	63
AmericaRx: Fabricación de medicamentos asequibles en nombre del interés público Dana Brown, Alejandro Molina	68
El papel multifacético de la industria farmacéutica en el control de las enfermedades tropicales desatendidas: del fallo del mercado a la innovación en salud global. J.D. Sanchez	68
Los contratos para la manufactura de medicamentos se desplazan hacia Europa Salud y Fármacos	69
AstraZeneca da un giro inesperado y anuncia una inversión farmacéutica de £300 millones en el Reino Unido Julia Kollewe	70
El complejo económico-industrial de la salud y Brasil van a contracorriente. El proyecto busca fortalecer el sector, pero genera dudas sobre su efectividad Ednaldo Ferreira, Leonardo Ramalho	71
Brasil. Los laboratorios públicos advierten que el proyecto de ley de soberanía sanitaria podría tener el efecto contrario. <i>CEBES</i>	72
Evidencia de asociaciones en el sector farmacéutico cubano Graziela Ferrero Zucoloto	73
México y Canadá fortalecen la cooperación en salud e industria farmacéutica mediante misión comercial <i>Secretaría de Salud</i>	74
Presidenta destaca que inversión de 21.000 mdp de empresas farmacéuticas incrementará producción de medicamentos y fortalecerá la industria <i>Presidencia de la República</i>	74
INSP y PiSA Farmacéutica formalizan alianza para fortalecer la investigación en salud pública en México <i>Consultor Salud</i>	75
Los CDC de África y el Equipo Europa presentan un informe histórico que revela que la I+D en salud podría generar US\$668.000 millones para las economías africanas <i>África CDC</i>	77
Impulso a la producción de vacunas en África Salud y Fármacos	78
Sudáfrica inicia gestiones para permitir la producción local de <i>lenacapavir</i>, un fármaco de acción prolongada para la prevención del VIH UNITAID	78

Acuerdos, Fusiones y Compras entre Empresa	
Acuerdos entre empresas	
Salud y Fármacos	79
Fusiones y Compras de Empresas	
Salud y Fármacos	88

Novedades sobre la Covid

La pandemia de covid-19 y el acceso a las vacunas en América Latina y el Caribe: estrategias de la OMS y la OPS

(*Pandemia de COVID-19 e acesso a vacinas na América Latina e Caribe: estratégias da OMS e da OPAS*)

L. Bermudez, C. V. Machado

Cadernos de Saúde Pública 2026; 42(13):e00016225 doi: 10.1590/0102-311XEN016225

<https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/8970/21022> (de libre acceso en portugués)

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios* 2026; 29 (3)

Tags: calidad de la asistencia técnica de las organizaciones multinacionales de salud, distribución de las vacunas covid, distribución de los tratamientos covid, efectividad de la OPS

Resumen

El artículo analiza las estrategias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para promover el acceso a la vacunación contra la covid-19 en América Latina y el Caribe, explora las vacunas administradas, la cobertura vacunal en los países y las desigualdades en la vacunación en la región.

La metodología combina el análisis de datos secundarios, documentos y entrevistas con informantes clave.

Los resultados apuntan a avances y limitaciones de las iniciativas de la OMS y la OPS para promover la equidad en la vacunación,

adoptar medidas redistributivas para reducir las desigualdades en el acceso a las vacunas y alcanzar los objetivos globales de cobertura establecidos.

Se identifican factores estructurales y político-institucionales que favorecieron o dificultaron la actuación de estas agencias en la distribución de vacunas y la promoción de la equidad en la vacunación durante la pandemia. Se discute críticamente el papel de estas organizaciones multilaterales en los acuerdos globales y regionales de salud, a la luz de su legitimidad, capacidad institucional y competencia técnica. Las conclusiones destacan la necesidad de fortalecer los mecanismos de solidaridad global y apoyar a las naciones latinoamericanas para superar problemas estructurales, como la producción nacional limitada y la dependencia científica y tecnológica, que dificultaron los procesos de vacunación y agravaron las desigualdades entre países durante la emergencia sanitaria.

Genéricos y Biosimilares

Definiciones regulatorias y clasificación de los medicamentos biosimilares en las 6 regiones de la Organización Mundial de la Salud: una revisión exploratoria. (*Regulatory Definitions and Classification of Biosimilar Medications Across the 6 Regions of the World Health Organization: A Scoping Review*)

J.H. Watanabe, M.W. Strand, M. Walvekar, R. Alfonso-Cristancho

JAMA Health Forum. 2026;7(5):e261642. doi:10.1001/jamahealthforum.2026.1642

<https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2849727> (de libre acceso en inglés)

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios* 2026; 29 (3)

Tags: diferencias en la regulación de biosimilares, regulación del mercado de biosimilares, certificar a los biosimilares, agencias reguladoras y biosimilares, ampliar el mercado de biosimilares, fortalecer el mercado de biosimilares

Puntos clave

Pregunta: ¿En qué se diferencian las definiciones y los requisitos regulatorios para los medicamentos biosimilares en las seis regiones globales de la Organización Mundial de la Salud (OMS)?

Resultados: Esta revisión exploratoria, que incluyó las directrices regulatorias de 19 países, reveló que la mayoría de los mercados emergentes y las economías en desarrollo (según la definición del Fondo Monetario Internacional) siguen las guías de la OMS de 2009, pero los requisitos regulatorios varían entre países, especialmente en lo que respecta a las pruebas de comparabilidad, los datos clínicos y no clínicos, y la farmacovigilancia. Las últimas guías europeas, estadounidenses y de la OMS (2022) permiten la exención de estudios cuando se dispone de datos analíticos adecuados, pero pocos mercados emergentes y economías en desarrollo han adoptado políticas de exención similares.

Significado: Estos hallazgos resaltan los aspectos del marco regulatorio global que habría que armonizar para optimizar el acceso a los medicamentos biosimilares y mejorar el apoyo a la investigación de las diferentes políticas y los estudios comparativos entre países.

Resumen

Importancia. Los biosimilares pueden mejorar la accesibilidad y la asequibilidad de los medicamentos biológicos, pero se necesita cierto nivel de armonización regulatoria para garantizar políticas de biosimilares coherentes y apoyar la comparabilidad con el producto biológico de referencia original (en inglés *reference product PR*). Actualmente, las políticas y los requisitos regulatorios globales siguen siendo inconsistentes.

Objetivos: Resumir y comparar las regulaciones y políticas relacionadas con los medicamentos biosimilares, por región de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Revisión de la evidencia: Esta revisión exploratoria siguió las guías PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – Extension for Scoping Reviews*) para identificar las directrices regulatorias sobre medicamentos

biosimilares en los países más poblados de cada región de la OMS haciendo búsquedas en el Índice Acumulativo de Literatura de Enfermería y Ciencias de la Salud Afines, PubMed y Scopus (desde su inicio hasta marzo de 2026). Se incluyeron economías emergentes y en desarrollo, así como economías avanzadas, según la definición del Fondo Monetario Internacional. Los artículos elegibles tenían que contener al menos un término que hiciera referencia a los medicamentos biosimilares y uno o más términos de una categoría adicional en tres protocolos de búsqueda diferentes. Los parámetros regulatorios (establecidos en las directrices de la OMS) se resumieron y compararon entre países.

Resultados: Se incluyeron las guías regulatorias de 19 países (12 eran de países con economías emergentes y en desarrollo y 7 de economías avanzadas). La definición del término biosimilar era la misma, y la mayoría de los países definían la biosimilitud como la ausencia de diferencias en la calidad, seguridad y eficacia del medicamento en comparación con el medicamento de referencia (PR).

Dieciséis países exigían explícitamente estudios de comparabilidad para demostrar la biosimilitud, y trece especificaban que en dichos estudios se debía utilizar el mismo PR. Cuando el PR utilizado en los estudios de comparabilidad no

contaba con licencia local, las directrices regulatorias de nueve economías emergentes y en desarrollo y de las siete economías avanzadas mencionaban el uso de comparadores no aprobados localmente y estudios puente.

En la mayoría de los países existían guías relacionadas con la fabricación, incluyendo la evaluación de impurezas y la estabilidad del producto, pero se observaron marcadas diferencias en los requisitos para los estudios *in vivo*, *in vitro* y clínicos. Todas las economías avanzadas eximían de la necesidad de realizar pruebas de eficacia clínica e inmunogenicidad cuando estaba justificado, pero las guías de las economías emergentes y en desarrollo diferían en cuanto a las exenciones de estudios clínicos. No había guías de intercambiabilidad en ninguna de las economías emergentes ni en desarrollo, excepto en Nigeria y Polonia. Once países exigían que las solicitudes de biosimilares incluyeran planes de farmacovigilancia.

Conclusiones y relevancia. Esta revisión ofrece una comparación detallada de las guías regulatorias para los biosimilares en todas las regiones de la OMS, e identifica similitudes y diferencias que pueden limitar la transferencia de datos entre países. Estas barreras pueden afectar la disponibilidad, el precio, el acceso y el reembolso de los biosimilares.

Clarificaciones a la guía de la OMS para promover el uso de biosimilares

Salud y Fármacos

Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios 2026; 29 (3)

Tags: registro de biosimilares, aumentar el uso de biosimilares, disminuir el gasto en medicamentos, farmacovigilancia, guías de la OMS de biosimilares

En un artículo de libre acceso publicado por la OMS, Kang et al [1] describen cómo, en su opinión, las guías de la OMS de 2022 para regular los biosimilares [2] facilitan el proceso de registro de dichas sustancias y las medidas que deberían adoptar los países para promover el uso de biosimilares, entre las que se incluye fortalecer los programas de farmacovigilancia.

No hay duda de que los productos bioterapéuticos, como los anticuerpos monoclonales, las insulinas y las eritropoyetinas, han revolucionado el tratamiento de una amplia gama de enfermedades, desde el cáncer y los trastornos autoinmunes hasta las enfermedades crónicas [1]. Sin embargo, sus elevados precios los mantienen lejos del alcance de los pacientes, pero se postula que la competencia de los biosimilares contribuye a generar competencia y reducir los precios.

La revisión de 2022 de las directrices de la OMS [2] refleja más de una década de experiencia regulatoria y avances científicos que respaldan una evaluación más eficiente de los biosimilares que está basada en el riesgo. Esta revisión introduce importantes flexibilidades regulatorias que permiten hacer una evaluación clínica simplificada; en virtud de la cual, no se exige un estudio de eficacia clínica para demostrar la biosimilitud, basta con que se cumplan determinados criterios y esta se puede establecer a partir del conjunto de la evidencia (es decir, cuando se consideran todos los datos disponibles, en su conjunto, para tomar una decisión). Un mayor énfasis en la calidad y en la

evaluación funcional *in vitro* permite reducir los costes y los plazos de desarrollo, además de facilitar que la aprobación regulatoria sea más rápida y mejorar la asequibilidad, especialmente en países de bajos y medianos ingresos [1].

Si bien ya existen guías técnicas detalladas para la evaluación de biosimilares, muchas autoridades reguladoras nacionales y los responsables de formular políticas siguen enfrentando dificultades prácticas para interpretar y aplicar estos principios. Esto se debe a los desafíos que implica traducir principios de evaluación científicamente complejos y basados en el riesgo a procesos de toma de decisiones regulatorias, en contextos caracterizados por limitaciones técnicas y de recursos.

Este artículo aborda dicha brecha traduciendo los conceptos científicos que aparecen en las directrices revisadas en mensajes claros y orientados a las políticas, destacando las oportunidades, los riesgos y las consideraciones de implementación que deben tener en cuenta los organismos reguladores, especialmente en países de bajos y medianos ingresos. La adopción de soluciones prácticas y pragmáticas puede contribuir a facilitar el acceso oportuno y equitativo de los pacientes a estos productos [1].

El artículo incluye un cuadro que resume las principales ventajas y los posibles riesgos de utilizar este enfoque simplificado y ofrece algunas soluciones prácticas a nivel nacional. Para que la implementación sea exitosa, la evaluación regulatoria tiene que ser eficaz e integrar la vigilancia poscomercialización, y también hay que capacitar a las partes interesadas en temas relacionados con la biosimilitud y los mecanismos de confianza regulatoria.

Para maximizar los beneficios y minimizar los riesgos del marco revisado, los países deben, en primer lugar, armonizar su marco regulatorio nacional con el enfoque revisado de la OMS, y desarrollar capacidades y competencias en análisis avanzados y evaluación regulatoria, con el fin de llegar a ofrecer biosimilares intercambiables. Resulta esencial contar con sistemas sólidos de farmacovigilancia para supervisar la seguridad y la inmunogenicidad tras la autorización. Asimismo, los países deben confiar en las evaluaciones realizadas por autoridades consolidadas, fomentar la sensibilización y promover la comunicación para generar confianza entre los profesionales de la salud y los pacientes [1].

Por su parte, los responsables de elaborar políticas deben diseñar medidas que garanticen que el ahorro de costos se traduzca en un

acceso asequible para los pacientes mediante los procesos de adquisición y reembolso [1].

Referencias

1. Kang HN, Knezevic I, Wadhwa M, Kim EK. Fundamental changes in regulation to improve access to biosimilars. Bull World Health Organization, 1 de julio de 2026; 104(7):517-521. doi: 10.2471/BLT.25.294908 (de libre acceso en inglés). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13318372/pdf/BLT.25.294908.pdf>
2. Annex 3. Guidelines on evaluation of biosimilars. Replacement of Annex 2 of WHO Technical Report Series, No. 977. En: WHO Expert Committee on Biological Standardization. Seventy-fifth report. Technical Report Series, No. 1043. Geneva: World Health Organization 2022. Accesible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362194/9789240057081-eng.pdf>

EE UU. Las etiquetas simplificadas o reducidas de los medicamentos genéricos y los tribunales

Salud y Fármacos

Boletín Fármacos: Propiedad Intelectual 2026; 29(3)

Tags: fallo jurídico a favor el acceso a genéricos, Key Hatch-Waxman, acceso a medicamentos genéricos en EE UU, juicios para impedir el acceso a genéricos en EE UU

El uso de etiquetas simplificadas o reducidas para los productos genéricos ha contribuido a facilitar el uso de genéricos en EE UU. La Ley Hatch-Waxman de 1984 establece que cuando un medicamento de marca tiene múltiples indicaciones aprobadas por la FDA y solo algunas están patentadas, un fabricante de genéricos puede solicitar la aprobación de un genérico para los usos no patentados, omitiendo mencionar las indicaciones protegidas en su etiquetado. Este procedimiento resulta en etiquetas simplificadas o reducidas, ya que el medicamento genérico llega al mercado con menos indicaciones formales que las que figuran en el etiquetado de la versión de referencia. Lo mismo ocurre con los productos biológicos.

Durante décadas, los tribunales consideraron que, en ausencia de etiquetado, comercialización o promoción del genérico para un uso patentado, el fabricante del genérico no era responsable de influir en la prescripción del genérico para esa indicación. Las sanciones para las empresas de genéricos que promuevan el uso de sus productos para indicaciones patentadas son muy altas, ya que los tribunales pueden imponer daños por lucro cesante, y consecuentemente tienen un fuerte efecto disuasorio.

En la sentencia de 2022 del caso de GlaxoSmithKline contra Teva, el Tribunal Federal de Apelaciones, único tribunal federal de apelaciones en materia de patentes, restringió la protección legal que ofrece la etiqueta simplificada al ampliar sustancialmente la forma en que un fabricante de genéricos puede ser considerado responsable de infracción por inducción. El tribunal hizo hincapié en que la etiqueta de Teva conservaba referencias a ensayos clínicos que incluían indicaciones tanto patentadas como no patentadas. Además, describía su producto como de "calificación AB" y terapéuticamente equivalente al medicamento de marca, una declaración coherente con su aprobación por la FDA. El tribunal determinó que hubo infracción por inducción y restableció un veredicto del jurado de US\$234 millones, más del triple de los ingresos totales de Teva por el producto, que ascendían a US\$74 millones [1].

En el caso Amarin Pharma Inc. contra Hikma Pharmaceuticals, el producto de Amarin, *icosapent etilo* (Vascepa), se aprobó inicialmente para la hipertrigliceridemia grave (niveles de triglicéridos ≥ 500 mg/dL), una indicación que ya no está protegida por patente. Años más tarde, Amarin obtuvo patentes adicionales que cubren una indicación más amplia: la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes tratados con estatinas con niveles de triglicéridos mayores o iguales a 150 mg/dL. Hikma pretendía comercializar un genérico con una etiqueta simplificada que limitaba su indicación a la hipertrigliceridemia grave no protegida por patente.

Entre las acciones impugnadas por Amarin se encontraban la etiqueta de Hikma, exigida por la FDA, que incluía los efectos adversos del fármaco, comunicados de prensa que afirmaban que el producto de Hikma era el «equivalente genérico de» Vascepa, y referencias a las cifras de ventas de Vascepa, que incluían las ventas derivadas de la indicación protegida por patente. Amarin argumentó que estas acciones inducían a prescribir el fármaco para la indicación cardiovascular protegida por patente. El tribunal de distrito desestimó la demanda, sosteniendo que las acciones de Hikma no habrían inducido a los médicos a prescribir el fármaco para dicha indicación cardiovascular protegida. Sin embargo, en 2024, el Tribunal Federal de Circuito no estuvo de acuerdo [1].

Según las decisiones del Tribunal Federal de Circuito, los fabricantes de genéricos pueden enfrentar responsabilidad legal por declaraciones veraces y alineadas con la FDA relacionadas con la equivalencia, seguridad o evidencia clínica, así como por declaraciones de marketing precisas que no recomienden específicamente el uso del fármaco para la indicación protegida por patente. Si esta opinión hubiera prevalecido, obligaría *de facto* a que las empresas de genéricos litigaran cada patente de método de uso hasta obtener una sentencia definitiva, o retrasaras su entrada al mercado hasta la expiración de la última patente [1].

Hikma solicitó a la Corte Suprema que determinara si calificar un fármaco como "versión genérica" de un medicamento de marca y citar información pública sobre este último, como sus cifras de ventas totales, que Hikma menciona en algunos de sus materiales

para inversores, constituye una inducción para que los prescriptores infrinjan la patente y utilicen la versión genérica para indicaciones patentadas por Amarin.

La Corte Suprema sostuvo, por unanimidad, que Amarin no había demostrado que Hikma hubiera inducido al uso de su genérico para indicaciones patentadas. El punto clave es si la declaración en sí misma fomenta activamente el uso patentado, centrándose en la declaración y no en como la interprete el destinatario. La Corte no llegó a exigir un fomento explícito,

admitiendo que una declaración puede ser tanto activa como implícita.

Referencia

1. Tu SS, Tessema FA, Kesselheim AS. Skinny Labels at the Supreme Court. Generic Competition, Patent Inducement, and Affordable Medicines. JAMA. 2026;335(17):1475–1476. doi:10.1001/jama.2026.3526 <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2847309>

Veinte años de la Conferencia sobre Asuntos Jurídicos: para impulsar la competitividad de Europa y el acceso oportuno a los medicamentos (Twenty years of the Legal Affairs Conference: Driving Europe's Competitiveness and Timely Access to Medicines)

Medicines for Europe, Atenas, 9 de junio de 2026

<https://www.medicinesforeurope.com/wp-content/uploads/2026/06/LAC26-PR-090626.pdf>

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Propiedad Intelectual* 2026; 29 (3)

Tags: legislación farmacéutica europea, propuestas para evitar la explotación de patentes farmacéuticas, promover los medicamentos genéricos, patentes divisionales de medicamentos, mercado europeo de medicamentos, exención Bolar

La reforma integral de la legislación farmacéutica europea, que abarca la modificación del sistema de Certificados Complementarios de Protección (CCP), la revisión de la excepción de fabricación durante CCP y la futura Ley de Biotecnología, representa un momento decisivo para la política de medicamentos. En conjunto, estas reformas podrían ampliar el acceso de los pacientes a los medicamentos, al tiempo que fortalecen el sector europeo de medicamentos fuera de patente y la competitividad industrial.

El acceso oportuno a medicamentos genéricos, biosimilares y que aporten valor añadido depende de un sistema de patentes que evite retrasos injustificados en la génesis de competencia tras la pérdida de la exclusividad en el mercado. Europa tiene ahora una oportunidad clara de establecer las salvaguardias políticas necesarias para mantener estándares elevados, proteger los intereses de los pacientes y recompensar la innovación genuina, en lugar de las prácticas de prolongación artificial de la protección de patentes (perennización o *evergreening*):

- una medida, largamente esperada, para frenar el uso indebido del sistema de patentes divisionales;
- una Ley de Biotecnología que respalde la competitividad europea sin ampliar las costosas normas de propiedad intelectual que afectan el acceso de los pacientes;

- una política industrial sanitaria sólida, respaldada por una revisión específica de la excepción de fabricación durante CCP, para favorecer el acceso oportuno a medicamentos genéricos y biosimilares y fortalecer disposiciones clave de la legislación farmacéutica, incluyendo la exención Bolar.

La excepción de fabricación para CCP ocupa un lugar central en el reciente «Informe de la industria de 2026 sobre la excepción de fabricación para CCP». El informe deja claro que dicha excepción debe perfeccionarse a través de la Ley de Biotecnología, y acompañarse de directrices claras de la Comisión Europea para frenar los litigios infundados iniciados por los titulares de CCP. Estos litigios siguen retrasando la competencia, debilitando la capacidad de fabricación de la UE y socavando los beneficios que la excepción pretendía aportar.

Durante su intervención en la 20.^a Conferencia de Asuntos Jurídicos, el presidente de Medicines for Europe, Steffen Saltofte, declaró: «Europa tiene una oportunidad única para definir el futuro de su sector farmacéutico y fortalecer la fabricación en el continente. La evolución del sistema de patentes en los últimos 20 años ha puesto de manifiesto una prioridad clara: Europa debe apoyar la innovación genuina y garantizar una competencia oportuna a través de los medicamentos genéricos y biosimilares. Este enfoque permitirá ampliar el acceso de los pacientes a los medicamentos y fortalecerá la resiliencia y sostenibilidad de los sistemas de salud en toda Europa».

Minimizar el costo en el mieloma múltiple: intercambiabilidad del fármaco de referencia *lenalidomida* con su similar (*Custo-Minimização em Mieloma Múltiplo: Intercambialidade do Medicamento Lenalidomida Referência para o Similar*).

P. Heberle, A. Kröger, A. Cláudia de Medeiros, B. Consuelo Linke, R. Baptista Gama, V. Freitas Rodrigues Lima *Jornal de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia*, 2026;11(s1). <https://doi.org/10.22563/2525-7323.2026.v11.e00323>

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios* 2026; 29 (3)

Tags: promover el uso de biosimilares, efectividad de los biosimilares, disminuir el gasto en medicamentos

Resumen

Introducción: El costo de tratar las neoplasias ha tenido un impacto financiero significativo en las compañías de seguros de salud (CSS). La expiración de patentes y la disponibilidad de

medicamentos genéricos y similares estimulan la competencia en el mercado, optimizando el costo y ampliando el acceso sin afectar la eficacia del tratamiento para los beneficiarios. La *lenalidomida* tiene varias indicaciones y está en la lista de procedimientos y eventos de salud para tratar el mieloma múltiple (MM), el síndrome mielodisplásico y el linfoma folicular. La dosis varía según la enfermedad y la toxicidad, lo que genera heterogeneidad en la dosificación.

Objetivo: Evaluar el impacto financiero para una CSS a través de un análisis de minimización de costos médicos, teniendo en cuenta la intercambiabilidad de la *lenalidomida* de referencia por el medicamento genérico.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de los costos para esta empresa de seguros, y después se calculó la minimización de costos para los pacientes que utilizan *lenalidomida*, utilizando modelos y basándose en el consumo real de las marcas disponibles en el mercado. Tras la incorporación del medicamento genérico, se informó a los prescriptores sobre el cambio de la marca y se les animó a registrarse en la nueva plataforma digital del fabricante, que se estandarizaría para cumplir con la legislación vigente.

El farmacéutico oncológico dió seguimiento de los pacientes para aclarar dudas, evaluar la calidad de vida mediante la escala EQ5D y detectar reacciones adversas a medicamentos (RAM) durante y después del cambio. Tras completar la dispensación del

nuevo medicamento genérico, se evaluó el ahorro potencial proyectando las cifras durante los siguientes 12 meses.

Resultados: Veinticuatro pacientes cambiaron del medicamento original al genérico disponible; todos ellos recibían tratamiento para el mieloma múltiple. La presentación más popular fue la de 10 mg (21 cápsulas), que utilizaban más de la mitad de los pacientes tratados con *lenalidomida*. El precio por miligramo varía según la presentación, la de 5 mg es más cara, cuesta casi el doble que la cápsula de 10 mg. El ahorro mensual generado por los pacientes que cambiaron de tratamiento fue de R\$102.285,16 (1US\$=R\$5,08) (R\$4.261,88/paciente al mes), y se calculó que el ahorro al cabo de un año sería de R\$1.227.421,91 (R\$51.142,57/paciente), lo que representa el 70% de la proyección inicial. El departamento de farmacia monitoreo a todos los pacientes, que se adaptaron adecuadamente, sin presentar reacciones adversas a medicamentos.

Conclusiones: Los estudios de minimización de costos son estrategias efectivas para optimizar los recursos de las aseguradoras de salud, además del monitoreo continuo de nuevas incorporaciones y fechas de vencimiento de patentes. El ahorro proyectado con el cambio de marca se estimó en R\$1.750.472,94, valor que podría aumentar a medida que avanza la migración. La intercambiabilidad entre marcas, acompañada del monitoreo farmacéutico de los pacientes, contribuye a la seguridad terapéutica y representa una oportunidad estratégica para optimizar los recursos.

Acceso y Precios

Crece la preocupación por el aumento de las ventas de fármacos para bajar de peso por internet

Lauren Sausser, Maia Rosenfeld
KFF Health News, 28 de mayo de 2026

<https://www.telemundo.com/noticias/noticias-telemundo/salud/crece-preocupacion-tras-aumento-de-las-ventas-de-medicamentos-para-baj-rcna347464>

En los últimos años han surgido muchas empresas de telesalud que ofrecen un acceso fácil a los medicamentos con GLP-1 para bajar de peso, a medida que la demanda se ha disparado.

Según contó Karleigh McClain, a las 24 horas de inyectarse la primera dosis de un medicamento para bajar de peso que le recetó un médico durante una consulta de telesalud, fue ingresada en el hospital.

La consultora de 31 años de Hendersonville, Tennessee, dijo que no podía dejar de vomitar.

“El domingo por la mañana, todo se desató”, recordó McClain, al describir lo que sucedió ese fin de semana de enero. “No puedo retener nada en el estómago”.

McClain afirmó que le pareció que la dosis que le había recetado la empresa de telesalud era demasiado alta. Intentó ponerse en contacto con su médico, pero al no obtener una respuesta inmediata, dijo que llamó a la empresa y un representante del “equipo de atención” le confirmó que las instrucciones, que indicaban inyectarse 2,21 miligramos del medicamento *semaglutida* una vez a la semana, eran correctas.

Sin embargo, resultó que esa cantidad era casi nueve veces mayor que la que normalmente se indica a los pacientes como su primera dosis.

Casi un mes después de que le diagnosticaran una sobredosis, McClain afirmó que “todavía estaba lidiando con los efectos secundarios residuales”, incluyendo una frecuencia cardíaca elevada y problemas de visión que sentía que estaban relacionados con el medicamento.

La mayoría de los pacientes que han tomado un GLP-1 recibió su receta a través de un médico de atención primaria o un especialista, según muestran los datos de una encuesta de KFF. Pero dado que el uso de la telesalud ha aumentado sustancialmente desde el inicio de la pandemia de covid, McClain es una de los millones de estadounidenses que han recurrido a empresas en internet para satisfacer diversas necesidades médicas.

Muchas de estas empresas han comenzado a ofrecer medicamentos GLP-1 para bajar de peso, ya que la demanda de estos fármacos se ha disparado. Pero ciertos errores de medicación relacionados con los GLP-1 también se han disparado, según un análisis de KFF Health News de los datos de

la FDA, y a los médicos e investigadores en telemedicina les preocupa que las experiencias adversas relacionadas con las empresas de telesalud sean cada vez más frecuentes.

Los malos resultados no son exclusivos de los proveedores de telesalud ni de las formulas magistrales para bajar de peso que muchos de ellos ofrecen. De hecho, las demandas por responsabilidad civil por productos defectuosos que alegan lesiones a pacientes se han presentado en su gran mayoría contra los gigantes farmacéuticos Eli Lilly y Novo Nordisk, que fabrican medicamentos de marca para bajar de peso, según datos judiciales. Los fabricantes de medicamentos han defendido sus productos.

Sin embargo, a algunos críticos también les preocupa que obtener una receta para bajar de peso en internet suele ser mucho más fácil que obtenerla a través de una cita presencial. Muchas empresas de telesalud no solo emiten rápidamente recetas de GLP-1, sino que a menudo también venden los medicamentos, evitando que los pacientes tengan que hacer visitas presenciales a la farmacia. Esta ventanilla única no es necesariamente algo positivo, según los críticos, quienes afirman que algunos proveedores de telesalud están recetando a personas que no deberían tomar GLP-1 y luego ofrecen poca o ninguna atención de seguimiento.

“Esto da mala fama a la telemedicina”, indicó Elizabeth Krupinski, psicóloga experimental de la Universidad de Emory que ha realizado investigaciones sobre la eficacia de telesalud.

La telemedicina puede beneficiar a “muchísimas personas”, comentó Krupinski, especialmente cuando la tecnología se integra en un sistema de salud más amplio. De esa manera, los pacientes se benefician de la comodidad que ofrece la telesalud mientras mantienen una conexión presencial con sus proveedores.

Pero algunas empresas de telesalud están promocionando los GLP-1 como una forma fácil de bajar de peso, a veces con la ayuda de celebridades que los promocionan a cambio de una remuneración, sin enfatizar la importancia de una alimentación saludable y el ejercicio, señaló.

Puede que estén cumpliendo con la letra de la ley, comentó Krupinski. Pero recetar medicamentos mientras se escatima en la atención “no está en el juramento hipocrático”.

Una “tormenta perfecta”

A partir de 2020, muchos estados relajaron las restricciones sobre la telesalud, lo que permitió la proliferación de empresas en internet. Esto ayudó a atender a pacientes que no podían, o preferían no, ser atendidos en persona en el momento álgido de la transmisión del covid.

La ampliación del acceso a la telesalud también tenía como objetivo reducir las barreras en las comunidades rurales, así como mitigar la escasez de médicos y enfermeras. En muchos lugares, los médicos y enfermeros de telesalud están legalmente autorizados a tratar a pacientes fuera de su estado. Pero la forma en que se practica la telemedicina varía ampliamente, y las leyes estatales dictan en gran medida las normas que deben seguir los proveedores de telesalud.

Algunas empresas, como Mochi Health, exigen que los pacientes se reúnan virtualmente con un proveedor, como un médico, un enfermero practicante o un asistente médico, antes de poder obtener una receta de GLP-1.

Pero otras, incluida Ro, a veces solo exigen hacer una evaluación “asincrónica” del paciente, que no incluye una conversación en vivo con un proveedor de atención médica. Durante este tipo de evaluación, por lo general se les pide a los clientes que llenen un formulario de admisión y respondan un cuestionario de antecedentes médicos antes de que se les evalúe para emitirles una receta. Ro requiere una conversación de seguimiento en tiempo real cuando así lo exige la ley estatal, declaró Nicholas Samonas, portavoz de la empresa.

A algunos expertos en medicina les preocupa que la atención virtual sea insuficiente para recetar medicamentos para bajar de peso.

Los pacientes con antecedentes de pancreatitis, por ejemplo, deben recibir asesoría sobre posibles complicaciones, muestran los estudios médicos. Lo mismo ocurre con las personas que padecen una afección llamada gastroparesia, que afecta a los nervios y músculos del estómago, y con aquellas susceptibles al cáncer medular de tiroides.

Algunos pacientes también pueden beneficiarse de análisis de sangre o exámenes de masa muscular antes de comenzar un tratamiento con GLP-1.

Pero no todas las empresas de telesalud están evaluando adecuadamente a los pacientes antes de recetarles medicamentos, señaló Marc-Andre Cornier, endocrinólogo de la Universidad Médica de Carolina del Sur y expresidente de The Obesity Society.

Cuando se trata de distinguir lo bueno de lo malo, “¿A quién le corresponde vigilar eso?”, preguntó. El problema, explicó, es que no existen criterios establecidos por una agencia gubernamental o una sociedad médica para determinar qué proveedores están tratando a los pacientes de manera adecuada y cuáles no.

Aunque el primer GLP-1 fue aprobado por la FDA hace más de 20 años para tratar la diabetes tipo 2, el uso de estos medicamentos despegó en 2021, cuando Novo Nordisk recibió la aprobación de un medicamento con *semaglutida* destinado al tratamiento de la obesidad, con el nombre comercial de Wegovy. En una encuesta de KFF de 2025, casi uno de cada cinco adultos dijo haber tomado un GLP-1.

En un artículo reciente publicado en The New England Journal of Medicine, la doctora Amanda Banks señaló que la proporción de recetas de GLP-1 extendidas a personas que no eran diabéticas, obesas ni tenían sobrepeso aumentó de 4.5% en 2018 a 17% en 2023.

En el artículo, Banks calificó de “preocupante” lo fácil que es obtener una receta de medicamentos para bajar de peso, y expresó su inquietud de que estos pudieran agravar los trastornos alimentarios existentes o provocar nuevos casos, incluyendo la anorexia.

Cornier, quien ha recibido una compensación de Novo Nordisk por sus servicios como consultor, se hizo eco de algunas de las preocupaciones de Banks. “No se trata simplemente de llenar un formulario en internet y luego hacer que algún proveedor de salud al azar lo apruebe”, apuntó. “Existen preocupaciones con respecto a algunos de estos programas en internet, ya que no hacen una evaluación adecuada, no hay una línea de base y no hay una supervisión adecuada”.

La portavoz Gina Cella de la Asociación Estadounidense de Telemedicina, que aboga por la expansión de la “atención habilitada digitalmente”, afirmó que no se ha abordado cómo los proveedores de telesalud recetan GLP-1,

“Esto está un poco fuera de nuestro ámbito”, dijo Cella, cuando se le preguntó si la asociación había abordado el tema de los proveedores de telesalud y las recetas de GLP-1.

La falta de claridad hace que elegir una empresa pueda resultar confuso para los pacientes, y la profesión médica tiene parte de la culpa, expresó Jamy Ard, médico especialista en obesidad e investigador de la Facultad de Medicina de la Universidad de Wake Forest en Winston-Salem, Carolina del Norte.

Históricamente, los médicos han hecho un mal trabajo al asesorar a los pacientes sobre la pérdida de peso, y muchas personas no se sienten cómodas hablando de ello con su médico de cabecera, apuntó Ard. Y añadió que los pacientes piensan: “¿Por qué iría a ver a mi médico para que me diga: ‘Come menos y muévete más’, cuando ya he oído eso un millón de veces y no quiero volver a escuchar ese sermón?”.

Este problema, combinado con el desabastecimiento que hubo de versiones de marca de los GLP-1, como Ozempic, Mounjaro y Trulicity, ha creado una “tormenta perfecta” para que prosperen las empresas de telesalud, apuntó Ard, quien ha recibido apoyo de empresas farmacéuticas y de telesalud.

Si bien algunas empresas de telesalud recetan solo medicamentos de marca para bajar de peso, muchas también ofrecen fórmulas magistrales más baratas. Estas empresas actúan como intermediarios entre los clientes y las farmacias que producen fórmulas magistrales y las envían por correo; preparan GLP-1 mezclando ingredientes activos, como la *semaglutida*, con aditivos. Los ingredientes para las fórmulas magistrales suelen provenir de proveedores extranjeros, y la FDA no revisa la seguridad de las formulaciones.

El entorno está “muy descontrolado y está mal regulado, si es que lo está”, dijo Ard. “Simplemente no hay un estándar de atención”.

Emily Hilliard, portavoz del Departamento de Salud y Servicios Humanos, afirmó que las fórmulas magistrales “solo se deben usar en pacientes cuyas necesidades médicas no se puedan satisfacer con un medicamento aprobado por la FDA”. Añadió que el Departamento de Salud insta a “los consumidores a estar atentos y a conocer la fuente de sus medicamentos”.

Comprender los riesgos

Si bien los medicamentos para bajar de peso han ayudado a millones de personas a adelgazar, los datos muestran que no están exentos de riesgos.

KFF Health News analizó los datos del Sistema de Monitoreo de Eventos Adversos de la FDA, y encontró que los errores de medicación cometidos por proveedores o pacientes con los medicamentos populares para bajar de peso se dispararon de poco más de 2.000 informes en 2020 a más de 25.000 en 2025. Esos eventos autoinformados involucraron a la *semaglutida*, *tirzepatida*, *dulaglutida* y *liraglutida*, los nombres genéricos de los principales GLP-1.

Entre los problemas citados con frecuencia en los informes de eventos adversos se encontraban la administración de una dosis adicional o incorrecta, problemas de comunicación sobre un producto y errores de prescripción.

Desde 2019, el Sistema Nacional de Datos de Intoxicaciones ha registrado un aumento de las llamadas relacionadas con sobredosis o efectos secundarios de medicamentos inyectables para bajar de peso de casi un 1.500%. Los datos no distinguen entre las sobredosis vinculadas a una receta de telesalud y las derivadas de una consulta médica presencial, pero son un reflejo de lo prevalentes que se han vuelto estos medicamentos.

También hay que tener en cuenta que los datos sobre posibles errores de medicación y reacciones adversas a los medicamentos de GLP-1 no están completos, ya que muchos casos nunca se reportan a las autoridades federales.

Por ejemplo, en una carta de advertencia del 5 de marzo, la FDA acusó a la farmacéutica Novo Nordisk, fabricante de Wegovy y Ozempic, de no reportar algunos eventos adversos al Gobierno federal, incluyendo ideas suicidas y muertes.

Kristen Nixon, una investigadora de la Universidad Johns Hopkins que ha analizado las publicaciones sobre medicamentos para bajar de peso que se hacen en Reddit, un popular foro en internet, comentó que nadie sabe con qué frecuencia ocurren los eventos adversos.

Su equipo analizó cientos de publicaciones de Reddit desde 2020 hasta agosto de 2025, e identificó menciones frecuentes de reacciones a los medicamentos y errores de los usuarios, indicando que los pacientes no sabían cómo dosificar e inyectar correctamente el medicamento.

Pero otro hallazgo también le llamó la atención.

Nixon recordó haber pensado: “Vaya, hay mucha gente hablando de telesalud”. Nixon descubrió en los comentaristas de Reddit que muchos dijeron que obtuvieron recetas de GLP-1 a través de decenas de plataformas de telesalud. Los comentaristas también mencionaron varias docenas de farmacias que preparan fórmulas magistrales, a menudo en las mismas publicaciones sobre telesalud.

Por lo general, las farmacias deben asesorar a los pacientes sobre los medicamentos que reciben. Pero la investigación de Nixon reveló que las empresas de telesalud a menudo envían los

medicamentos por correo, lo que significa que los pacientes no necesitan acudir a una farmacia.

“De manera anecdótica, parece que las empresas de telesalud realmente están facilitando el acceso a las fórmulas magistrales”, dijo Nixon.

Leslie Gammon, de 54 años, gerente de oficina de Wendell, Carolina del Norte, explicó que acudió a una empresa de telesalud llamada Amble Health para obtener una receta de un medicamento para bajar de peso. Después de llenar un formulario en internet le recetaron GLP-1.

Al igual que McClain, cuando recibió su medicamento magistral por correo a finales de octubre de 2025 pensó que la dosis que lo acompañaba parecía demasiado alta. A principios de mes había recibido una caja de *semaglutida* con una dosis mucho más baja. Pero la reposición que recibió era una fórmula más fuerte, y las instrucciones le indicaban que se inyectara el triple del volumen que había estado tomando durante las semanas anteriores.

Gammon explicó que se inyectó un poco menos de la cantidad recomendada antes de acostarse un domingo por la noche, y que se despertó en medio de la noche “vomitando cada 20 o 25 minutos”, Y no paró hasta el martes. Finalmente fue ingresada en un hospital de Raleigh y ahora le debe al hospital más de US\$9.000, según muestra una factura médica.

Amble Health no respondió a las preguntas para este artículo.

El administración de las versiones inyectables de los medicamentos para bajar de peso es más complicada que la de las pastillas. En su alerta del Sistema Nacional de Datos sobre Envenenamientos, los Centros de Envenenamiento de EE UU señalaron que algunas personas informaron haber “tomado

accidentalmente 10 veces la dosis recomendada debido a la confusión con las unidades de medida al usar una jeringa”.

Arthur Caplan, profesor de Bioética en la Escuela de Medicina Grossman de la Universidad de Nueva York explicó que las personas que están ansiosas por perder peso extra –antes de una boda o unas vacaciones, por ejemplo– pueden optar por autoadministrarse una dosis más alta de la recomendada.

Algunas empresas de telesalud no están haciendo lo suficiente, dijo, para asegurarse de que los pacientes comprendan los riesgos o el complejo sistema de administración asociado con los medicamentos inyectables.

“El consentimiento no es adecuado”, apuntó Caplan. “No se comprueba si has entendido algo”.

Cella, de la Asociación Estadounidense de Telemedicina, afirmó que el grupo no ha abordado la dificultad de educar a los pacientes sobre los riesgos de inyectarse medicamentos para bajar de peso. Pero señaló que los ‘Principios de Práctica’ de la asociación, que establecen que los modelos de negocio de telesalud “deben poner al paciente en primer lugar”.

Proceda con precaución

Las empresas farmacéuticas deben enumerar los efectos secundarios potencialmente dañinos cuando anuncian las versiones de marca de los medicamentos aprobados por la FDA. Los posibles efectos secundarios de los GLP-1 incluyen náuseas, vómitos, cambios en la visión, hipoglucemia y, en casos raros, cáncer de tiroides. Por otra parte, históricamente, las empresas de telesalud no han seguido las mismas reglas que los fabricantes de medicamentos a la hora de revelar los riesgos de los medicamentos en los anuncios. La FDA ha comenzado a tomar medidas enérgicas contra los anuncios engañosos de medicamentos.

Lista de medicamentos esenciales y evaluación de tecnologías sanitarias:

Dos estrategias complementarias para priorizar medicamentos en los sistemas de salud

(*Essential Medicines List and Health Technology Assessment: Two complementary strategies to prioritize medicines in health systems*)

P. Mordujovich-Buschiazio, C. Dorati, M. Urtasun, G.H. Marin y M. Cañas
Pharmacy Practice 2026; 24(1):3420

<https://doi.org/10.18549/PharmPract.2026.1.3420>

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Prescripción, Farmacia y Utilización* 2026; 2(3)

Tags: medicamentos esenciales; evaluación de tecnologías sanitarias, tecnologías en salud, decisiones en salud

Resumen

Este artículo describe dos estrategias para incorporar medicamentos en los programas nacionales de cobertura sanitaria:

- El uso de la Lista de Medicamentos Esenciales (LME) de la OMS como modelo para las Listas Nacionales de Medicamentos y
- Los resultados de las Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS).

También se exponen los principales desafíos que enfrentan los países, tanto en situaciones normales como en condiciones de restricciones financieras o durante emergencias sanitarias o ambientales. Históricamente, los países de altos ingresos han utilizado la Evaluación de Tecnologías de Salud (HTA o *Health Technology Assessment*), como herramienta para incorporar medicamentos a sus sistemas de salud, mientras que los países de bajos y medianos ingresos han seguido la LME de la OMS.

Sin embargo, en los últimos años se ha observado un aumento en el uso de las ETS en los países de bajos y medianos ingresos, así como el uso de la Lista de Medicamentos Esenciales en circunstancias especiales en los países de altos ingresos.

Si bien ambas estrategias comparten parcialmente su base metodológica, difieren en el procedimiento de selección del problema de salud, en el uso de modelos para la evaluación económica y en sus resultados finales.

El objetivo de este artículo es evaluar la validez del concepto de medicamentos esenciales en un contexto de creciente uso de la evaluación de tecnologías sanitarias, y la necesidad de recurrir a ambas estrategias al tomar decisiones sanitarias basadas en la evidencia.

Consecuencias de confiar en programas de la industria para que los pacientes accedan a medicamentos biológicos y especializados de alto precio: un estudio cualitativo crítico. (*Implications of relying on manufacturer patient support programs for access to high-cost specialty and biologic medicines: a critical qualitative study*)

Q. Grundy, D. Hart, J. Lexchin, N. Persaud, M. Tadrous, M.A. Gagnon

BMJ Open. 2026;16(6):e117321. doi: 10.1136/bmjopen-2026-117321.

<https://bmjopen.bmj.com/lookup/pmidlookup?view=long&pmid=42259567> (de libre acceso en inglés)

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios* 2026; 29 (3)

Tags: acceso a medicamentos de alto precio, donaciones de la industria farmacéutica, programas de acceso a medicamentos caros, filantropía de la industria farmacéutica, dependencia de la industria farmacéutica

Resumen

Objetivos: La industria farmacéutica suele comercializar medicamentos especializados a precios altos, incluyendo los productos biológicos y biosimilares, y simultáneamente lanza programas de apoyo al paciente (PAP). Los PAP ofrecen apoyo financiero, gestión de casos y servicios clínicos a los pacientes para facilitar su acceso al medicamento que promocionan. Dado que estos programas son de propiedad privada, hay poca información disponible públicamente. El objetivo de este estudio es generar una mejor comprensión de las implicaciones para el paciente, el sistema de salud y las políticas públicas de depender de los PAP de la industria para el acceso asequible a medicamentos de alto costo.

Diseño: Estudio etnográfico crítico de carácter cualitativo, realizado entre noviembre de 2023 y abril de 2025. Hicimos un análisis temático interpretativo, triangulando notas de campo (40 horas de observación en eventos públicos), transcripciones de entrevistas semiestructuradas en profundidad (n=48 entrevistas con 52 participantes) y documentos (por ejemplo, descripciones de políticas, relatos en medios de comunicación e informes).

Contexto: Este estudio analizó las experiencias directas con los PAP de la industria en todo Canadá. En Canadá, la presencia de PAP se ha multiplicado, porque el seguro público universal de salud no cubre ni los medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios ni los servicios de infusión.

Participantes: Una muestra intencional de 52 participantes con experiencia directa en los PAP de la industria farmacéutica, incluyendo pacientes a quienes se les recetaron medicamentos

especializados, médicos, empleados de la industria farmacéutica y proveedores de PAP, aseguradoras y legisladores.

Resultados: En Canadá, la vía predeterminada para que las personas accedan a medicamentos de venta con receta especializados y biológicos de alto costo son los PAP de la industria. Si bien son la única forma disponible para obtener atención, los participantes consideraron que el apoyo tenía diferentes niveles de utilidad, era estresante y superfluo; con oscilaciones a lo largo del tiempo y según la experiencia de los pacientes; y disponible a discreción del PAP.

Entre los participantes, se identificaron cuatro temas centrales: (1) los pacientes deben interactuar con los PAP a cambio del acceso; (2) la externalización del apoyo para el acceso a los medicamentos genera un sistema de salud privado paralelo, aportando mayor complejidad en el sistema de salud; (3) los programas están diseñados intrínsecamente para los médicos, por lo que se prioriza la adopción sobre el acceso; y (4) cuando se depende de los programas PAP de la industria para tener acceso asequible a los fármacos, el resultado es una ponderación calculada de las opciones de política pública y conlleva riesgos para el sistema de salud y los pacientes.

Conclusiones: Los pacientes y los sistemas de salud dependen precariamente de los fabricantes para acceder a medicamentos especializados de alto costo. Como sistema de atención privada paralelo, hay poca transparencia y rendición de cuentas al paciente, y el acceso queda a discreción de los fabricantes a través de médicos intermediarios. Por lo tanto, a largo plazo, depender de los recursos de la industria farmacéutica para obtener acceso asequible a los medicamentos puede generar mayores costos para los pacientes y los sistemas de salud. Los responsables políticos deben pensar en cómo diseñar sistemas equitativos, responsables y centrados en el paciente que garanticen el acceso asequible a medicamentos esenciales.

La OMS ha precalificado a Coartem® Baby, lo que supone un gran avance en el tratamiento de la malaria en recién nacidos y lactantes
(WHO prequalification of Coartem® Baby marks breakthrough in treating malaria in newborns and young infants)

Medicines for Malaria Venture, 24 de abril de 2026

<https://www.mmv.org/news-resources-search/who-prequalification-coartemr-baby-marks-breakthrough-treating-malaria>

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios* 2026; 29 (3)

Tags: tratamiento nuevo para la malaria infantil, producción farmacéutica sin ánimo de lucro, tratamiento de la malaria, tratamientos de enfermedades desatendidas, enfermedades tropicales en pediatría

- Coartem® (*arteméter-lumefantrina*) Baby es el primer y único tratamiento contra la malaria para recién nacidos y lactantes pequeños, por lo que permite cerrar una brecha terapéutica que existía desde hace mucho tiempo.
- La precalificación de la OMS constituye un hito clave para las adquisiciones financiadas por donantes, y para las compras del sector público realizadas por la ONU y otras entidades que compran medicamentos.
- El tratamiento es fruto de una colaboración duradera entre MMV, Novartis y nuestros socios globales para la investigación y financiación.

Medicines for Malaria Venture (MMV) y Novartis anunciaron el 24 de abril de 2026 que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha precalificado Coartem® (*arteméter-lumefantrina*) Baby, el primer y único antipalúdico desarrollado específicamente para recién nacidos y lactantes pequeños con un peso de entre 2 y 5 kilogramos. Esta decisión supone un paso fundamental para facilitar su acceso generalizado a través de adquisiciones del sector público. Coartem Baby, también conocido como Riamet® Baby en algunos países, se desarrolló gracias a la colaboración entre MMV y Novartis para abordar una carencia histórica en el tratamiento de la malaria en los pacientes de menor edad.

«Esta nueva formulación de *arteméter-lumefantrina* representa una innovación, porque no hay antipalúdicos desarrollados específicamente para tratar la malaria no complicada en niños con un peso corporal de entre 2 y 5 kilogramos», declaró el Dr. Daniel Ngamije Madandi, Director del Departamento de Malaria y Enfermedades Tropicales Desatendidas de la OMS.

La precalificación es un proceso gestionado por la OMS para evaluar la calidad, seguridad y eficacia de los tratamientos contra enfermedades como la malaria, el VIH/sida y la tuberculosis. Las Naciones Unidas y otros organismos que gestionan compras utilizan los resultados de este proceso, incluyendo las listas de productos precalificados, para fundamentar sus decisiones de financiación y compra para el sector público [1].

Hasta hace poco, no se había aprobado ningún tratamiento contra la malaria para lactantes con un peso inferior a 4,5 kilogramos, por lo que había un vacío terapéutico. En su lugar, los lactantes más pequeños afectados por malaria recibían tratamientos formulados para niños de mayor edad, lo que podía conllevar un

mayor riesgo de efectos secundarios y toxicidad, o bien una dosificación insuficiente.

El Dr. Martin Fitchet, director ejecutivo de MMV, afirmó:

«Durante demasiado tiempo, los recién nacidos y lactantes pequeños con malaria han quedado desatendidos porque los tratamientos existentes no se habían diseñado pensando en ellos. La precalificación de Coartem Baby por parte de la OMS constituye un hito importante para la salud pública y refleja el compromiso de MMV en garantizar que ni siquiera los pacientes más pequeños y vulnerables queden atrás. Este logro demuestra lo que es posible cuando los socios colaboran para lograr que la innovación científica tenga un impacto real».

«Como médicos, solíamos considerar la presencia de malaria en niños de mayor edad, pero cuando los recién nacidos enfermaban, nadie parecía saber qué hacer», comentó el Dr. Emmanuel Aidoo, pediatra del Hospital Methodist de Ankaase (Ghana). «Contar con un nuevo tratamiento diseñado específicamente para lactantes, y que además se tolera bien, nos aporta confianza».

Novartis desarrolló Coartem Baby con el apoyo científico y financiero de MMV, y como parte del consorcio PAMAfrica, financiado conjuntamente por el acuerdo para hacer Ensayos Clínicos entre Europa y los Países en Desarrollo (European & Developing Countries Clinical Trials Partnership o EDCTP) y la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (Swedish International Development Cooperation Agency o Sida).

«Esta decisión nos acerca algo más al objetivo de garantizar que los bebés más pequeños tengan acceso al primer antipalúdico diseñado específicamente para ellos», afirmó el Dr. Lutz Hegemann, presidente de Salud Global de Novartis. «Ya hemos introducido el tratamiento en Ghana y nos complace seguir avanzando junto a nuestros socios para llegar a más pacientes de corta edad afectados por la malaria».

Novartis está poniendo el tratamiento a disposición de las regiones donde la malaria es endémica, bajo un modelo mayoritariamente sin ánimo de lucro.

References

1. WHO. What We Do. WHO - Prequalification of Medical Products (IVDs, Medicines, Vaccines and Immunization Devices, Vector Control); Prequalification of medicines by WHO [Accedido en abril del 2026]

Grupos sin fines de lucro dedicados a la I+D de tratamientos para la malaria y otras enfermedades desatendidas mancomunan recursos ante la reducción de los presupuestos mundiales

(Non-Profit Malaria and Neglected Diseases R&D Groups Pool Resources Amid Shrinking Global Budgets)

Kerry Cullinan

Health Policy Watch, 8 de junio de 2026

<https://healthpolicy-watch.news/non-profit-rd-groups-pool-resources-amid-shrinking-global-budgets/>

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios* 2026; 29 (3)

Tags; generar recursos para el desarrollo de productos para enfermedades desatendidas, tratamiento para la malaria, desarrollo de antibióticos, juntar recursos para desarrollar tratamientos para enfermedades desatendidas

DNDi, GARDP y MMV han firmado un acuerdo de cooperación para maximizar los esfuerzos para desarrollar medicamentos de bajo costo para enfermedades desatendidas.

Tres destacadas organizaciones sin fines de lucro con sede en Ginebra, dedicadas a la investigación y el desarrollo (I+D) de «medicamentos eficaces, asequibles y que salvan vidas», están aunando recursos para atender las crecientes necesidades insatisfechas de los pacientes más vulnerables del mundo.

La Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Desatendidas (Drugs for Neglected Diseases initiative o DNDi), la Alianza Mundial para la Investigación y el Desarrollo de Antibióticos (Global Antibiotic Research and Development Partnership o GARDP) y Medicines for Malaria Venture (Medicines for Malaria Venture o MMV) anunciaron este acuerdo de cooperación para explorar cómo combinar sus «conocimientos y recursos para mejorar la eficiencia y la coordinación» de sus actividades.

La colaboración se centrará especialmente en la I+D, pero también en la incidencia política conjunta y comunicación para dar a conocer los modelos de desarrollo de medicamentos sin fines de lucro.

En un comunicado de prensa las organizaciones afirman que:

“La necesidad de innovación médica es mayor que nunca. Se estima que, en 2024, 282 millones de personas contrajeron malaria y 610.000 fallecieron a causa de ella. Actualmente, cada año, casi cinco millones de muertes se asocian a infecciones bacterianas resistentes a medicamentos. Las enfermedades desatendidas afectan anualmente a más de 1.000 millones de personas.

Las crisis sanitarias recientes, como la pandemia de covid-19 y el actual brote de ébola en África Central, también nos recuerdan crudamente que hay muchas innovaciones vitales que son muy necesarias—incluyendo los tratamientos—pero no existen y, cuando existen, es demasiado frecuente que no lleguen a las poblaciones más vulnerables”.

«Sin dejar a ningún paciente atrás»

El director ejecutivo de DNDi, el Dr. Luis Pizarro, declaró: «El panorama de la salud mundial cambia rápidamente, pero las necesidades insatisfechas de los pacientes persisten. En un entorno en constante evolución, es esencial que colaboremos más estrecha, inteligente y ágilmente para proporcionar herramientas sanitarias vitales a millones de personas que las necesitan con urgencia».

Asimismo, invitó a otras organizaciones de investigación sin fines de lucro «comprometidas con el acceso equitativo y con no dejar a ningún paciente atrás» a sumarse a esta colaboración para acelerar el desarrollo de tratamientos vitales para los pacientes que más los necesitan.

«En un momento marcado por la creciente resistencia a los antimicrobianos y la reducción de los recursos sanitarios globales, la colaboración ya no es opcional: es esencial», afirmó el Dr. Peter Beyer, director ejecutivo adjunto de GARDP, organización que trabaja en el desarrollo de nuevos fármacos para combatir la resistencia a los antimicrobianos (RAMI).

El Dr. Martin Fitchet, director ejecutivo de MMV, cuyo grupo ha estado desarrollando nuevos medicamentos pediátricos contra la malaria, así como nuevas combinaciones de fármacos para combatir la creciente resistencia de los parásitos a los tratamientos existentes, afirmó:

“Es fundamental asociarse y colaborar para maximizar el impacto en la salud mundial. Al trabajar en estrecha colaboración con DNDi y GARDP, podemos acelerar la innovación centrada en el paciente y garantizar que los tratamientos que salvan vidas lleguen a quienes más los necesitan”.

Estas organizaciones ya llevan varios años colaborando. DNDi y GARDP cuentan con una plataforma conjunta establecida de Química, Fabricación y Controles (Chemistry, Manufacturing, and Controls o CMC) para compartir sus conocimientos técnicos en el diseño, desarrollo y ampliación de los procesos de fabricación de principios activos farmacéuticos y productos farmacológicos.

Este año, DNDi y MMV también tienen previsto lanzar una plataforma conjunta de ciencia regulatoria con el fin de acortar los plazos de registro, fortalecer sus estrategias regulatorias y acelerar el acceso equitativo a los medicamentos mediante la colaboración y el intercambio de conocimientos.

Abordar las barreras de acceso a los anticuerpos monoclonales (AcM) en los países en desarrollo: desafíos y posibles soluciones

(Addressing Barriers to Accessing Monoclonal Antibodies (mAbs) in Developing Countries: Challenges and Potential Solutions)

Nirmalya Syam

South Centre, Research Paper No. 232, 9 de abril de 2026

<https://www.southcentre.int/research-paper-232-9-april-2026/> (de libre acceso en inglés)

Los anticuerpos monoclonales (AcM), gracias a su alta especificidad y eficacia, han revolucionado el tratamiento en la oncología, las enfermedades autoinmunes y las enfermedades infecciosas. Sin embargo, el acceso a los mAb en los países en desarrollo sigue siendo muy limitado debido a su elevado costo, a la concentración del mercado en las regiones de altos ingresos, a los obstáculos normativos y a las barreras relacionadas con la propiedad intelectual.

A pesar del potencial de los biosimilares para mejorar la asequibilidad, su disponibilidad sigue siendo limitada debido a los costosos procesos de desarrollo, las marañas de patentes y los complejos requisitos normativos. La concentración de empresas farmacéuticas multinacionales en el mercado restringe aún más la competencia, lo que retrasa las aprobaciones de biosimilares e impide la reducción de precios. Además, las agencias reguladoras de los países en desarrollo no suelen tener los recursos necesarios para agilizar las aprobaciones de biosimilares, lo que agrava aún más los retrasos en el acceso.

Para abordar estas barreras se requieren intervenciones políticas, como una mayor armonización regulatoria, directrices más estrictas para el examen de patentes y una mayor inversión pública en la producción de AcM. La adopción de las Directrices revisadas de la OMS de 2022 sobre productos bioterapéuticos similares podría agilizar la aprobación de los biosimilares, pues reduciría los ensayos clínicos comparativos innecesarios. Además, las iniciativas de transferencia de tecnología y los incentivos para la configuración del mercado, incluyendo la concesión de licencias obligatorias, podrían ayudar a reducir los costes y acelerar la disponibilidad de AcM en regiones desatendidas.

Mediante la aplicación de estas estrategias, los países en desarrollo pueden reducir la brecha de acceso y garantizar que los tratamientos con anticuerpos monoclonales, que salvan vidas, lleguen a los pacientes que más los necesitan. Es esencial hacer un esfuerzo global coordinado, en el que participen los responsables políticos, los organismos reguladores y las partes interesadas del sector para establecer una cadena de suministro de anticuerpos monoclonales sostenible y equitativa.

Para mejorar el acceso a la terapia CAR-T: estudio de caso de un modelo innovador alternativo en un hospital académico.

(Increasing access to CAR-T therapy: a case study of an academic hospital's alternative innovation model)

A. A. Ruiz, E. Shinabargar, I. Slovenski et al.

Orphanet J Rare Dis 2016;21, 215. <https://doi.org/10.1186/s13023-026-04320-7>

<https://link.springer.com/article/10.1186/s13023-026-04320-7> (de libre acceso en inglés)

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios* 2026; 29 (3)

Tags: desarrollo hospitalario de CAR-T, descentralizar la producción de CAR-T, CAR-T y sostenibilidad de los sistemas de salud

Resumen

Antecedentes. El aumento de los costes de los medicamentos para enfermedades raras ha suscitado preocupación por la sostenibilidad de los sistemas de salud y el acceso equitativo a dichas terapias. Los nuevos medicamentos huérfanos de gran eficacia, como las terapias de células T con receptor de antígeno quimérico (CAR-T), ponen de relieve la necesidad de contar con modelos alternativos para promover la innovación, que ofrezcan mayor asequibilidad y accesibilidad. Este estudio de caso analiza el modelo de innovación que ha utilizado el Hospital Clínic de Barcelona (HCB) para desarrollar ARI-0001 (*varnimcabtagene autoleucel*), una novedosa terapia CAR-T para ciertas formas de leucemia, a un precio dos tercios inferior al de terapias comparables de la industria farmacéutica.

Métodos. Se realizó una revisión de la información existente y veintiuna entrevistas semiestructuradas con personal del HCB, representantes de los departamentos regionales de salud, el Ministerio de Sanidad y la agencia reguladora española (AEMPS), académicos, así como grupos de la sociedad civil y de pacientes. Se utilizó un marco conceptual basado en sistemas

complejos adaptativos, y se incorporaron los recursos utilizados (financiación, conocimiento y capacidad de fabricación), las prácticas implementadas (gestión del conocimiento, prácticas de acceso y transparencia) y las reglas y normas que condicionaron las interacciones del HCB con otros actores del sistema. Posteriormente, se identificó el concepto de «lógicas institucionales» como el más adecuado para explicar cómo el modelo del HCB superó diversas barreras.

Resultados. El modelo del HCB se basa en tres lógicas institucionales en competencia —sanitaria, académica, e industrial— y aborda las debilidades de cada una de ellas. La lógica sanitaria determinó el precio asequible del ARI-0001, pero también planteó desafíos organizativos. La lógica académica impulsó la disposición del HCB a compartir conocimientos y tecnología con sus homólogos, pero generó barreras para financiar ensayos clínicos en fases avanzadas y procesos regulatorios. Por último, el HCB adoptó una lógica industrial: identificó la experiencia regulatoria interna y estableció alianzas para la producción. La cláusula de exención hospitalaria, una vía regulatoria europea que permite que los hospitales desarrollen y produzcan tratamientos bajo determinadas condiciones, permitió que el HCB trascendiera los límites de las tres lógicas en competencia.

Conclusiones. Nuestros hallazgos subrayan el potencial de los hospitales académicos para desarrollar terapias avanzadas más asequibles, la importancia de contar con marcos regulatorios propicios y los desafíos a los que se enfrentan estos hospitales para lograr que este modelo se extienda. Este modelo podría

lograr que hubiera innovación con asequibilidad en un ámbito tecnológico de vanguardia, siempre que se diera mayor apoyo normativo y financiero a los hospitales universitarios, y se fortaleciera la coordinación y la financiación pública condicionada a requisitos de acceso.

Organizando un acceso más rápido a productos desarrollados (I+D) por entidades sin ánimo de lucro: estudio de caso de un régimen novedoso para la tuberculosis resistente a los fármacos

(Orchestrating faster access to products of non-profit R&D: a case study of a novel regimen for drug-resistant tuberculosis)

S. Moon, M. C. F. Vieira, K. Large

BMJ Global Health 2026;11:e021596. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2025-021596>

<https://gh.bmj.com/content/11/4/e021596> (de libre acceso en inglés)

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios* 2026; 29 (3)

Tags: lograr la aceptación de tratamientos nuevos, la alianza contra la tuberculosis, promover la adherencia a los tratamientos, tuberculosis multidrogoresistente

Resumen

Introducción. Las asociaciones de organizaciones sin fines de lucro para desarrollar productos (en inglés Non-profit product development partnerships PDP) han logrado obtener la aprobación regulatoria de casi 80 nuevos medicamentos, vacunas y pruebas diagnósticas para enfermedades desatendidas; sin embargo, no está claro cómo se puede garantizar que estos productos lleguen a los pacientes, dado que los incentivos comerciales habituales no se aplican.

Realizamos un estudio de caso para entender cómo se logró el acceso, inusualmente rápido, a un nuevo régimen de tratamiento para la tuberculosis resistente (TB-RM) que desarrolló la TB Alliance (TBA). En el año 2024, es decir, cinco años después de su primera aprobación regulatoria y dos años después de que la OMS recomendara su uso sistemático, más de 100 países adquirieron el régimen de tratamiento en cantidades suficientes para cubrir el 67% de la demanda mundial. ¿Qué intervenciones contribuyeron a este rápido despliegue y qué papel desempeñó la PDP?

Métodos. Analizamos la literatura académica y la literatura gris, así como documentos internos de TBA, y realizamos entrevistas con 21 informantes clave de 16 organizaciones. Identificamos las intervenciones y los actores relevantes, elaboramos una cronología y analizamos el papel desempeñado por la TBA.

Resultados. Constatamos que la TBA organizó un conjunto complejo de intervenciones, implementadas por decenas de actores en un periodo de ocho años, que se pueden clasificar en tres categorías: orientación normativa y regulatoria; configuración del mercado para garantizar la asequibilidad y la disponibilidad; y apoyo a su adopción a nivel nacional mediante la generación y el intercambio de conocimientos, la participación de las partes interesadas y la incidencia política.

Cinco atributos permitieron que la TBA realizara esta labor: capacidad para generar y compartir conocimientos sobre el producto y el régimen de tratamiento; estatus de organización sin fines de lucro; capacidad para movilizar recursos materiales

destinados a intervenciones para promover el acceso; relaciones preexistentes o capacidad para establecer nuevas alianzas colaborativas; y una motivación intrínseca para lograr que el producto llegara a las personas afectadas por la TB-RM.

Conclusión. En un ecosistema complejo, donde ninguna organización puede lograr el acceso por sí sola, es fundamental contar con la figura de un coordinador capaz de orientar a múltiples actores hacia el objetivo común de llegar a los pacientes. Los desarrolladores de productos sin fines de lucro pueden desempeñar eficazmente este papel, incluyendo la gestión de conflictos de intereses reales o percibidos, pero para ello se requieren mandatos más claros y apoyo financiero.

Lo que ya se sabe sobre este tema

La literatura sobre iniciativas de investigación y desarrollo (I+D) farmacéutico sin fines de lucro, como las asociaciones para el desarrollo de productos destinados a enfermedades desatendidas, ha demostrado que estas organizaciones son capaces de desarrollar productos seguros y eficaces con éxito. No obstante, se ha prestado mucha menos atención a la posibilidad y la forma de garantizar el acceso de los pacientes a dichos productos, teniendo en cuenta que sus incentivos comerciales para la promoción, distribución y venta de los medicamentos nuevos son muy diferentes a los convencionales.

Lo que aporta este estudio

Este estudio identifica la amplia gama de intervenciones que se requieren para lograr el acceso de los pacientes utilizando un modelo de I+D sin ánimo de lucro, así como el papel fundamental y las características de un «organizador» que facilitan que se pueda orientar a un conjunto complejo de actores hacia el objetivo común de llegar a los pacientes.

Posible impacto del estudio en la investigación, la práctica o las políticas

Este estudio ofrece a los profesionales y a los responsables de la formulación de políticas un plan para abordar los numerosos obstáculos, a escala internacional, nacional y local, que pueden surgir a la hora de lograr el acceso de los pacientes, incluso en el caso de medicamentos nuevos que ofrecen ventajas terapéuticas y para el sistema de salud significativas, y que fueron desarrollados para ser asequibles, estar disponibles y ser adecuados para su uso en entornos de recursos limitados.

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

<https://www.msf.es/noticia/msf-pedimos-que-revolucionario-farmaco-vih-este-disponible-40-dolares-todo-mundo>

Médicos Sin Fronteras (MSF) requiere a Gilead que garantice la disponibilidad global del *lenacapavir* que previene la infección con dos inyecciones al año

MSF ha lanzado hoy una campaña en la que exige a la empresa farmacéutica estadounidense Gilead Sciences que amplíe de inmediato el acceso en todo el mundo a *lenacapavir*, un medicamento altamente eficaz para la prevención del VIH. MSF también reclama a los gobiernos que utilicen todas las herramientas legales a su alcance para hacer frente al monopolio de Gilead, de modo que otros fabricantes puedan contribuir a aumentar el suministro mundial y reducir los precios.

Gilead, que controla la producción y distribución de este medicamento revolucionario, lo vende actualmente a precios muy elevados a un número muy limitado de países, ha restringido severamente el suministro a los países de ingresos bajos y medios y se niega a venderlo directamente a MSF.

El *lenacapavir* es una forma inyectable de profilaxis previa a la exposición (PrEP) de acción prolongada que se administra solo dos veces al año y que tiene una eficacia cercana al 100 % a la hora de prevenir el contagio del VIH. Resulta especialmente valioso para las personas con mayor riesgo. También es una herramienta fundamental para las personas que se desplazan, quienes viven en zonas remotas con escasas opciones de atención sanitaria y las que se ven afectadas por emergencias humanitarias. Alrededor de 1,2 millones de personas en todo el mundo contrajeron el VIH en 2025.

“Millones de personas necesitan *lenacapavir* ahora mismo”, explica el Dr. Tom Ellman, director de la Unidad Médica de África Meridional de MSF. “En los inicios del VIH/sida, nos quedamos con las manos vacías en lugares como Sudáfrica, cuando las empresas farmacéuticas vendían sus antirretrovirales al mejor postor. Sabemos cómo acabó todo aquello: vimos morir a nuestros pacientes con VIH y comunidades enteras fueron devastadas. No podemos permitir que la historia se repita con este fármaco preventivo transformador. Gilead y los gobiernos deben hacer más para ampliar el acceso a este medicamento para todas las personas, en cualquier lugar”.

A pesar de las reiteradas peticiones a lo largo del último año, Gilead se ha negado a vender este medicamento a MSF, a cualquier precio, para su uso en sus programas médicos en todo el mundo. En su lugar, la empresa ha indicado a MSF que lo obtenga a través del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, que ha recibido un número limitado de dosis de Gilead destinadas a los países de ingresos bajos y medios.

Esas dosis ya se están agotando en lugares como Esuatini y Kenia, y algunos de los países y comunidades a los que MSF intenta llegar no son elegibles para recibirlas. Mientras tanto, el *lenacapavir* se puede adquirir y se comercializa ampliamente en EE. UU., donde su precio supera los 28.000 dólares al año por paciente.

“Gilead afirma que quiere acabar con la epidemia del VIH ‘para todos, en todas partes’, pero su estrategia suscita serias dudas”, afirma Melissa Barber, asesora de Políticas e Incidencia Política en Salud Global de MSF Estados Unidos. “Ya resulta bastante problemático que hayan excluido a países con una incidencia creciente del VIH, como Brasil, de la posibilidad de beneficiarse de las versiones genéricas del *lenacapavir*. Ahora, parece que Gilead ha cerrado sus puertas y se niega a vendernos este medicamento para su uso en el sur de África, América Central y otras regiones. Gilead debe hacer más para garantizar que las personas tengan acceso a ambas dosis para cubrir un año completo de protección, por no más de 40 dólares, en todas partes”.

El problema estructural más amplio es el modelo de acceso restrictivo de Gilead, en el que la empresa controla quién puede recibir *lenacapavir*, dónde se puede suministrar y en qué condiciones. Gilead ha llegado a un acuerdo con determinados fabricantes de genéricos para que el medicamento esté disponible a un precio inferior al que se vende en los países más ricos. Sin embargo, estos genéricos no estarán disponibles hasta 2027 como pronto. Además, muchos países, entre ellos Argentina, Brasil, México y Perú, que acogieron los ensayos clínicos del *lenacapavir*, quedan totalmente excluidos de dicha licencia. Una de cada cuatro nuevas infecciones por el VIH se produce en países excluidos de los acuerdos de licencia existentes.

Más allá de Gilead, los gobiernos también tienen un papel para que el *lenacapavir* sea más accesible. Si Gilead sigue cobrando precios elevados por este medicamento y restringiendo su producción, los gobiernos deberían adoptar todas las medidas necesarias para facilitar la anulación del monopolio de Gilead sobre este producto. Los gobiernos disponen de un amplio abanico de flexibilidades en virtud del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) de la Organización Mundial del Comercio. Así, los países pueden conceder licencias obligatorias que les permite hacer uso del objeto de una patente sin la autorización del titular de la misma. Medidas como esta pueden eliminar las barreras de la propiedad intelectual y facilitar una producción más amplia de medicamentos genéricos.

“Los gobiernos deben intervenir si Gilead sigue anteponiendo los beneficios a la salud de las personas”, reclama el Dr. Ellman. Y añade: “Existen herramientas legales en el marco del Acuerdo sobre los ADPIC para eludir las patentes que bloquean el acceso a medicamentos esenciales como el *lenacapavir*. Es hora de que los gobiernos empiecen a utilizarlas para que más personas puedan acceder a este medicamento fundamental para la prevención del VIH”.

La semana próxima, la Asamblea General de las Naciones Unidas acogerá en Nueva York una Reunión de Alto Nivel sobre el VIH/sida. Con vistas a esta cita, MSF ha lanzado una campaña para solicitar que el *lenacapavir* esté accesible por 40 dólares al año en los países de ingresos bajos y medios, que la oferta se adapte mejor a la demanda y que Gilead venda directamente el fármaco a MSF y a otras organizaciones.

De US\$84.000 a US\$57: por qué el tratamiento asequible para la hepatitis C sigue sin llegar a millones de personas*(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/>Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios* 2026; 29 (3)**Tags: ampliar el acceso al tratamiento de la hepatitis C, avances en el tratamiento de la hepatitis C, costo del tratamiento de la hepatitis C**

La iniciativa Clinton por el acceso (*Clinton Health Access Initiative* o CHAI) se complace en publicar el “Informe sobre el mercado de tratamientos contra la hepatitis C” (2026), la entrega más reciente de nuestra serie de publicaciones sobre inteligencia de mercado para esta enfermedad.

Hace una década, curar la hepatitis C costaba más de US\$84.000 por paciente. Hoy en día, ese mismo tratamiento curativo puede adquirirse por unos US\$60 por paciente. Pocos mercados de salud global han experimentado cambios tan drásticos. Sin embargo, a pesar de esta transformación, millones de personas ya diagnosticadas con hepatitis C siguen sin tener acceso al tratamiento. Países como Ruanda han demostrado que es posible lograr la eliminación de la hepatitis C en todo el país: se ha realizado el cribado a más de 10 millones de personas, la prevalencia se ha reducido a menos del 1% y se avanza hacia obtener la validación de la OMS sobre sus progresos hacia la eliminación.

No obstante, desde 2015, solo el 20% de las personas aptas para recibir tratamiento lo han obtenido. En 2024, 11 millones de personas diagnosticadas con hepatitis C seguían sin recibir tratamiento. El tratamiento es más asequible, pero para sostener el mercado hay que tener financiación y coordinar la demanda, y esos aspectos no han avanzado al mismo ritmo.

Aportaciones de esta edición

Las ediciones anteriores de esta serie analizaban las tendencias agregadas de la oferta, precios y volúmenes de adquisición en países de bajos y medianos ingresos. Esta edición va más allá. Por primera vez, utilizamos la base de datos de exportación de genéricos de India para examinar los patrones de adquisición a nivel nacional en Camboya, Nigeria, Ruanda y Vietnam, mostrando cómo las estructuras de financiación, la arquitectura de adquisiciones y las decisiones políticas de cada país determinan si los precios asequibles se traducen en acceso para los pacientes. El informe no solo recoge los precios alcanzados a nivel mundial, sino que explica por qué algunos países logran convertir la asequibilidad en acceso y otros no.

Dando continuidad a las ediciones previas, este informe actualiza el análisis de precio-volumen de todos los regímenes principales de administración de antivirales de acción directa (AAD). Los datos son reveladores: el 85 % de todos los pedidos de exportación desde India son inferiores a 2.000 frascos, y los compradores pagan hasta 2,4 veces más por tratamiento que aquellos que realizan pedidos a gran escala.

Perspectivas de futuro

Se requiere una acción coordinada para proteger los avances de la última década. Los gobiernos que consolidan las adquisiciones y se comprometen con cierto nivel de financiación plurianual consiguen mejores precios y un compromiso más duradero por parte de los proveedores, tal como ilustran los casos de Camboya, Nigeria y Ruanda. Compartir datos de adquisiciones entre organismos permitiría agregar la demanda que exige la estabilidad del mercado. La base de proveedores para los regímenes más asequibles se está reduciendo; actualmente, la combinación de dosis fija (FDC) de *sofosbuvir and daclatasvir* (SOF/DCV) cuenta con un único proveedor con precalificación de la OMS. La abogacía de la sociedad civil sigue siendo fundamental para mantener el interés político en la hepatitis C y asegurar la financiación nacional que requieren los programas.

Se está cerrando la ventana de oportunidad para consolidar los logros de la última década. Las herramientas, la evidencia y los precios adecuados siguen estando disponibles; lo que hace falta es coordinación para utilizarlos.

CHAI desea expresar su agradecimiento a la Organización Mundial de la Salud y al Banco de Patentes (Medicines Patent Pool) por la revisión de esta edición, así como a Giten Khwairakpam (TREAT Asia, amfAR) y Danjuma Adda (Centre for Initiative and Development, Nigeria) por aportar la perspectiva de la comunidad.

Puede leer el documento completo en inglés en este enlace <https://www.clintonhealthaccess.org/wp-content/uploads/2026/07/Hepatitis-C-Treatment-Market-Memo-June-2026.pdf>

Una ONG facilita el acceso a un producto oncológico en desarrollo que Sutro Pharma decidió discontinuar

Salud y Fármacos

Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios 2026; 29 (3)**Tags: Blood Cancer United, luveltamab, tratamiento leucemia mieloide aguda, industria deja de producir medicamento útil para la leucemia**

La ONG Blood Cancer United, previamente conocida como Leukemia & Lymphoma Society, comprará las existencias de Luvelta.

Luvelta (*luveltamab tazevibulin*) es un conjugado anticuerpo-fármaco dirigido al receptor de folato (FOLR1), que fue originalmente desarrollado para tratar tumores de pulmón y ovario en adultos, y que puede servir como puente para el trasplante de células madre en un pequeño subgrupo de pacientes con leucemia mieloide aguda. Sutro Biopharma estaba desarrollando Luvelta, pero en marzo 2025 decidió interrumpir

su desarrollo para priorizar la financiación de otros fármacos, y eliminó el programa de uso compasivo.

Como parte de la transacción, Blood Cancer United, también adquirirá la designación de fármaco experimental y administrará el programa de uso compasivo para niños con una forma rara de cáncer hematológico, distribuyendo el medicamento gratuitamente hasta agotar existencias.

Paralelamente, la ONG estudiará formas de continuar con el desarrollo de este producto para los niños que lo necesitan. Es difícil que el sector privado tenga interés en desarrollar medicamentos para enfermedades raras, sobre todo si van dirigidos a poblaciones pediátricas.

Blood Cancer United está adquiriendo Luvelta como parte de su proyecto Dare to Dream, una iniciativa para transformar la atención oncológica pediátrica, gracias a una donación de la

Fundación Andrew McDonough B+, que financia la investigación del cáncer infantil y ofrece apoyo a las familias afectadas.

Si bien otras organizaciones sin fines de lucro se han asociado previamente con compañías farmacéuticas para apoyar el desarrollo de medicamentos prometedores, no es frecuente que las ONG gestionen programas de uso compasivo y distribuyan medicamentos de forma independiente.

La ONG dice contar con suministro suficiente para algunos años.

Fuente Original

Chan, Lauren. Nonprofit buys experimental cancer drug to maintain patient access. Blood Cancer United is buying remaining supplies of Luvelta and will manage a compassionate-use program. Statnews, 11 de junio de 2026. <https://www.statnews.com/2026/06/11/blood-cancer-united-buys-luvelta-compassionate-use/>

América Latina

Chile. Ministra Chomali destaca ahorro de hasta un 90% en medicamentos adquiridos en farmacias adheridas a la Ley Cenabast

Ministerio de Salud, 30 de junio de 2026

<https://www.minsal.cl/ministra-chomali-destaca-ahorro-de-hasta-un-90-en-medicamentos-adquiridos-en-farmacias-adheridas-a-la-ley-cenabast/>

Durante este invierno, también se reforzó el abastecimiento de 32 fármacos de uso frecuente en enfermedades respiratorias para facilitar el acceso a estos a precios más convenientes.

Más de 1.700 farmacias independientes y locales de Salcobrand se han adherido a la Ley Cenabast, lo que permite que las personas accedan a un listado de 425 medicamentos, con un ahorro que puede llegar hasta el 90%.

Esto fue destacado por la ministra de Salud, May Chomali, junto al director (s) de Cenabast, Rodrigo Castro, y el dueño de la farmacia Curie, Javier Gajardo, lugar donde se lanzó la campaña comunicacional para visibilizar los beneficios de esta normativa, principalmente, en el gasto de bolsillo de la población.

“La Ley Cenabast no tiene otro objetivo que reducir la carga económica que tienen los medicamentos para nuestra población. Estos medicamentos son todos de calidad. Lo importante es que esto beneficia a aquellas personas que, por algún motivo, deben comprar medicamentos y que, incluso, hay algunos que podemos encontrar hasta un 90% más barato que en otras farmacias”, relevó la ministra Chomali.

Junto a lo anterior, en el marco de la Campaña de Invierno 2026, se reforzó el abastecimiento de 32 fármacos de uso frecuente en el tratamiento de las enfermedades respiratorias propias de esta época, tales como antitusivos, antialérgicos, analgésicos, inhaladores y medicamentos de uso crónico. Los ahorros en este tipo de medicamentos oscilan entre el 28% y el 82%.

En tanto, el director (s) de Cenabast, Rodrigo Castro, llamó a más empresas a sumarse a esta iniciativa. “Contamos con 1.300 farmacias independientes, 480 sucursales de Salcobrand y queremos crecer en regiones, queremos crecer en todo Chile. Ya

estamos en Juan Fernández, en Rapa Nui, en la Patagonia y queremos llegar a más lugares para que, realmente, el acceso a medicamentos más económicos y que cuide el bolsillo de las familias, sea más accesible y todos tengan medicamentos de alta calidad”, expresó.

Por su parte, el dueño de la farmacia Curie, Javier Gajardo, valoró el aporte que, en este sentido, ha realizado la alianza público-privada. Gajardo agregó: “La Ley Cenabast ha sido muy importante para nosotros (...). Es una ley que ha ayudado a las personas. Ha bajado el costo de los medicamentos, la gente está contenta con esto. Tenemos que seguir mejorando, tenemos que seguir apoyando, sobre todo, a las farmacias independientes que estamos adheridas a esta ley”.

Las farmacias adheridas a esta normativa cuentan con un sello visible en su fachada. Además, se encuentran disponibles en www.remediosmasbaratos.cl o se puede obtener información a través de Salud Responde, llamando al 600 360 7777.

La Ley 21.198, conocida como Ley Cenabast, permite a la Central de Abastecimiento proveer de medicamentos a las farmacias privadas y organizaciones sin fines de lucro, estableciendo un precio máximo de venta al público, con el fin de asegurar que las personas paguen un precio justo.

Desde su implementación, ha permitido reducir el gasto de bolsillo en medicamentos, impactando positivamente en la población, especialmente, en los adultos sobre 65 años, población que posee un gasto considerable en estos productos.

Nota de Salud y Fármacos. ADN radio emitió una noticia el 21 de abril de 2026 [1] sobre otra iniciativa chilena para reducir los costos de bolsillo al comprar medicamentos. Esta iniciativa

privada, Marketcare ofrece membresía a personas y empresas que desean ofrecer acceso a medicamentos y artículos de farmacia a precios competitivos, optimizando costos y mejorando el bienestar del equipo. Marketcare (farmacias al costo) vende los medicamentos en línea, y según ADN radio “al comparar el mercado tradicional con el modelo de ‘farmacia al costo’ hay brechas de hasta un 81% en medicamentos de alta demanda”.

“El estudio, que monitoreó los productos más vendidos bajo el sistema de membresía de Marketcare frente a las farmacias tradicionales, arroja un resultado contundente. Mientras que una canasta total de estos productos alcanzó los Pch78.263.705 en el mercado convencional, bajo el modelo al costo el valor descendió a Pch39.745.777 (US\$1=940 pesos chilenos).

Esta diferencia representa un ahorro total de Pch38.517.928, lo que equivale a un 49% de ahorro promedio; es decir, prácticamente la mitad del precio.

Diferencias por producto

La investigación detalla diferencias abismantes en fármacos de uso cotidiano y tratamientos crónicos:

- Paracetamol (500 mg, 16 comprimidos): Es el producto con mayor brecha registrada (81%), pasando de Pch1.092 en el mercado tradicional a solo Pch209 bajo el modelo al costo.
- Escitalopram (10 mg, 30 comprimidos): Presenta una diferencia del 71%, reduciendo su valor de Pch4.705 a Pch1.369.

- Pregabalina (75 mg, 30 comprimidos): Registra una baja del 64%, cayendo de los Pch8.958 a los Pch\$3.227.
- Losartán (50 mg, 30 comprimidos): Medicamento clave para pacientes crónicos, marca una diferencia de 64%.

Cuando estas cifras se proyectan a un tratamiento de 12 meses, el alivio económico se vuelve sustancial, por lo que no se trata de una diferencia menor ni anecdótica”

Transparencia y competencia

El modelo aplicado busca reducir la intermediación y transparentar los valores finales mediante un sistema de membresía, posicionándose como una alternativa en un mercado con altos niveles de concentración.

“Nuestro foco es que las personas paguen el precio más cercano posible al costo real del medicamento. Los números muestran que sí es posible”.

Referencia

1. José Campillay. Ahorro de hasta 81% en remedios: La gran brecha entre el mercado tradicional de farmacias y el modelo “al costo” Un estudio expone la diferencia de valor en los mismos medicamentos, pero en diferentes tiendas. ADN radio, 21 de abril de 2026. <https://www.adnradio.cl/2026/04/21/ahorro-de-hasta-81-en-remedios-la-gran-brecha-entre-el-mercado-tradicional-de-farmacias-y-el-modelo-al-costo/>

Colombia. SIC impone multas por \$1.379 millones a Bayer y Comfenalco Quindío por sobre costos en medicamentos regulados

Nathalia Moreno González

Consultor Salud, 20 de abril de 2026

<https://consultorsalud.com/sic-bayer-comfenalco-sobrecostos-medicamentos/>

Las decisiones fueron adoptadas mediante las resoluciones 18856 de 2026 y 16791 de 2026, expedidas por la Dirección de Investigaciones para el Control y Verificación de Reglamentos Técnicos y Metrología Legal.

En un escenario de mayor vigilancia sobre los precios regulados de medicamentos y de presión sobre los recursos del sistema de salud, la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) avanzó con una nueva actuación contra dos agentes de la cadena farmacéutica. La medida se conoce en un momento en el que las autoridades han reiterado que el incumplimiento de los valores máximos permitidos no solo altera las reglas del mercado, sino que también compromete el acceso de los pacientes a tratamientos de uso frecuente.

En ese contexto, la Superintendencia impuso sanciones por más de \$1.379 millones a un laboratorio farmacéutico y a un distribuidor mayorista por vender medicamentos por encima de los precios máximos regulados por el Gobierno Nacional (1US\$=3.200 pesos). De acuerdo con la entidad, la conducta afectó recursos del sistema de salud y tuvo incidencia sobre la disponibilidad de tratamientos para los pacientes.

Las sanciones recayeron sobre Bayer S.A., en su condición de laboratorio farmacéutico, y sobre la Caja de Compensación

Familiar de Fenalco Comfenalco Quindío, en su rol de mayorista en la ciudad de Armenia. La autoridad estableció que ambas entidades comercializaron medicamentos con valores superiores a los fijados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos en los canales institucionales.

Las decisiones fueron adoptadas mediante las resoluciones 18856 de 2026 y 16791 de 2026, expedidas por la Dirección de Investigaciones para el Control y Verificación de Reglamentos Técnicos y Metrología Legal. La SIC precisó que se trata de investigaciones independientes adelantadas en ejercicio de sus funciones de inspección y vigilancia sobre el régimen de control de precios de medicamentos.

Hallazgos en la comercialización de medicamentos en Armenia

En el caso de Comfenalco Quindío, la Superintendencia evidenció que durante 2023 se comercializaron al menos 26 medicamentos con sobre costos que alcanzaron hasta el 400% por encima del precio máximo permitido. La revisión se concentró en operaciones realizadas dentro del canal institucional.

Entre los casos expuestos por la entidad aparece Ferinject, para el tratamiento de la anemia. Según la información oficial, este

medicamento tenía un precio máximo de \$82.752 y fue vendido por \$413.760, una diferencia que ubicó este producto entre los ejemplos más notorios de la investigación.

La SIC también incluyó a Depo Medrol, para el tratamiento de enfermedades como la artritis y de patologías autoinmunes, reumáticas y pulmonares. En este caso, el precio máximo era de \$5.029, pero fue comercializado por \$23.425, de acuerdo con los hallazgos consignados por la autoridad.

Con estos datos, la Superintendencia concluyó que el mayorista incurrió en ventas por encima de los topes regulados, lo que dio lugar a la sanción correspondiente dentro de esta actuación administrativa.

¿Qué encontró la SIC en el caso de Bayer S.A.?

Frente a Bayer S.A., la Superintendencia comprobó que el medicamento Neogynon se vendió con sobreprecios de entre 26,52% y 46,81%. La conducta, según la entidad, se presentó en al menos 83.525 unidades comercializadas entre octubre de 2022 y junio de 2023.

La autoridad señaló que Neogynon se utiliza como anticonceptivo y también en tratamientos relacionados con trastornos menstruales y fertilidad. Por esa razón, el caso involucra un medicamento de uso extendido dentro de la atención de salud sexual y reproductiva y de manejo hormonal.

Aunque las sanciones se dieron a conocer dentro de una misma jornada, la SIC aclaró que corresponden a investigaciones independientes. En un caso se examinó la conducta de un laboratorio farmacéutico y en el otro la de un distribuidor mayorista, ambos dentro del régimen de control de precios de medicamentos.

La actuación deja ver que la vigilancia no se concentró en un solo eslabón de la cadena, sino que alcanzó tanto a fabricantes como a comercializadores, en una revisión que abarca distintas etapas del circuito de abastecimiento farmacéutico.

La SIC advierte impacto sobre recursos públicos y acceso a tratamientos

La Superintendencia reiteró que exceder los precios regulados de medicamentos no constituye una irregularidad menor. En su pronunciamiento, la entidad sostuvo que se trata de una conducta que afecta directamente los recursos públicos de la salud, el acceso de los pacientes a tratamientos y la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La entidad subrayó que la situación adquiere una dimensión particular porque los medicamentos involucrados en estas actuaciones están vinculados con tratamientos de uso frecuente. Entre ellos figuran productos para anemia, enfermedades

crónicas, trastornos autoinmunes y tratamientos hormonales, lo que amplía el alcance de los efectos señalados por la autoridad.

En esa misma línea, la SIC anunció que continuará fortaleciendo las acciones de vigilancia y control en toda la cadena de comercialización de medicamentos, incluyendo laboratorios, mayoristas, gestores farmacéuticos, IPS y demás agentes. El objetivo es garantizar el cumplimiento de los precios regulados, el acceso de los pacientes a los medicamentos y la protección de los recursos del sistema de salud.

Las decisiones notificadas corresponden a fallos de primera instancia y contra ellas proceden los recursos de reposición y apelación. Con ello, el proceso sigue abierto dentro de las etapas previstas, mientras la autoridad mantiene el seguimiento sobre el cumplimiento del régimen de precios en el mercado farmacéutico.

La actualización regulatoria busca cerrar espacio a nuevos sobreprecios

La sanción impuesta por la Superintendencia de Industria y Comercio se produce dentro de un régimen de control de precios que ya está vigente. La Circular 18 de 2024 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos definió la metodología para fijar el Precio Máximo de Venta de los medicamentos sometidos a control directo y estableció que quienes los comercialicen no pueden superar ese techo regulado. La misma norma prevé, además, que esos precios máximos sean actualizados de manera anual, con base en variables objetivas del mercado y en la información técnica disponible.

En ese punto cobra relevancia el proyecto de Circular 20 publicado por el Ministerio de Salud, que plantea actualizar los precios máximos de venta de 534 mercados relevantes aplicando una variación de -5,78% en el periodo de referencia de 2024. Aunque todavía no se trata de un acto definitivo, su alcance sí resulta pertinente frente a casos como el ahora sancionado, porque apunta a recalibrar los techos regulatorios con información más reciente y a reducir el margen para que se mantengan diferencias amplias entre el valor permitido y el valor efectivamente cobrado en el mercado institucional.

A ese ajuste se suma el papel del SISMED, que concentra el reporte de precios, ventas y unidades comercializadas por parte de los actores obligados. La Circular 17 de 2023 reforzó precisamente ese flujo de información para mejorar las capacidades regulatorias y de vigilancia del mercado farmacéutico. En ese marco, una situación como la que dio lugar a las sanciones no se enfrenta solo con castigos posteriores, sino también con precios máximos actualizados, trazabilidad del mercado y seguimiento permanente sobre la cadena de comercialización.

Sin medicinas en Cuba: la lucha diaria por la salud se vuelve un desafío y Facebook no coopera

A. Roberto

Cuballama, 28 de junio 28 de 2026

<https://www.cuballama.com/noticias/sin-medicinas-en-cuba-la-lucha-diaria-por-la-salud-se-vuelve-un-desafio-y-facebook-no-coopera/>

En Cuba ya no se trata de curarse: el nuevo objetivo es no enfermarse. La escasez crónica de medicamentos en Cuba

empuja a los ciudadanos al mercado negro y la medicina alternativa.

Cuba enfrenta una crisis de abastecimiento que el régimen no puede ocultar y pedir un medicamento en las redes sociales es arriesgarte a que pierdas la cuenta.

«Evitamos enfermar, sería otra complicación». La frase, recogida por El País entre ciudadanos cubanos, condensa mejor que cualquier estadística lo que significa vivir hoy en Cuba. No es resignación. Es una estrategia de supervivencia en un país donde conseguir un analgésico, un antibiótico o un antihipertensivo se ha convertido en una odisea sin garantías.

Una escasez que ya no sorprende a nadie

La crisis de medicamentos en Cuba no es nueva, pero ha alcanzado en los últimos meses una dimensión que los propios ciudadanos describen como sin precedentes. Los reportes de El País y El Mundo coinciden en el mismo panorama: farmacias con estantes vacíos, hospitales sin insumos básicos y una población que ha dejado de contar con el sistema de salud como red de seguridad.

Lo que antes era una carencia intermitente se ha vuelto estructural. Los cubanos han aprendido a no depender de que haya medicinas disponibles cuando las necesitan, y han reorganizado sus rutinas en consecuencia. Evitar el frío, no exponerse al sol, no realizar esfuerzos físicos excesivos: medidas elementales que en cualquier otro país serían recomendaciones de sentido común, en Cuba son decisiones calculadas para no terminar en una farmacia vacía o en un hospital sin suministros.

El mercado negro, única salida para quien puede pagarlo

Ante la ausencia del Estado como proveedor de salud, el mercado informal ha llenado el vacío. Los medicamentos que no aparecen en las farmacias estatales circulan por canales paralelos a precios que multiplican varias veces su valor oficial, cuando existe. Antibióticos, antiinflamatorios, medicamentos para enfermedades crónicas como la hipertensión o la diabetes: todos tienen su precio en el mercado negro, y ese precio está fuera del alcance de la mayoría de los cubanos.

Quienes no pueden acceder al mercado informal recurren a remedios caseros, medicina alternativa o simplemente esperan que la enfermedad pase sola. En un país donde el salario mensual promedio no supera los diez dólares en el mercado informal de divisas, la elección entre comer y comprar medicinas no es retórica: es una decisión real que miles de familias enfrentan cada semana.

Cuba construyó durante décadas una reputación internacional basada en su sistema de salud. Esa reputación choca hoy con la realidad que documentan los corresponsales extranjeros y los

propios ciudadanos en redes sociales. Los hospitales enfrentan problemas de infraestructura severos, cortes de electricidad que afectan equipos médicos y escasez de material quirúrgico y farmacológico básico.

Según el diario español El Mundo, la crisis de abastecimiento que afecta a la isla no se limita a las medicinas. La falta de alimentos frescos, la escasez de productos de higiene y el deterioro generalizado de los servicios básicos configuran un colapso sistémico que el régimen ha intentado gestionar con medidas parciales que la población considera insuficientes.

El gobierno de Díaz-Canel ha reconocido las dificultades, pero las enmarca sistemáticamente en el contexto de las sanciones estadounidenses y la crisis global de suministros, evitando cualquier análisis sobre la responsabilidad del modelo económico en el colapso. La narrativa oficial contrasta con la experiencia diaria de millones de cubanos que no encuentran en esa explicación ninguna solución práctica para el lunes por la mañana.

Facebook sanciona a quien intenta sortear la crisis sanitaria cubana

La escasez de medicamentos en Cuba no solo enfrenta el silencio del régimen. También tropieza con los algoritmos de Facebook. La plataforma tiene entre sus políticas la restricción de contenido relacionado con la compra, venta o solicitud de medicamentos, una norma diseñada para combatir el tráfico ilegal de fármacos que, aplicada sin contexto, termina penalizando a quienes denuncian una crisis humanitaria.

Activistas cubanos como Lara Crofts y Patricia Mujica han perdido sus cuentas de Facebook por publicaciones relacionadas con el pedido de medicamentos para enfermos en la isla. En algunos casos fue el algoritmo de la plataforma el que detectó el contenido y aplicó la sanción automáticamente. En otros, agentes del régimen cubano y funcionarios de la Seguridad del Estado revisaron sistemáticamente sus publicaciones y presentaron denuncias masivas para activar los mecanismos de moderación de Meta.

El resultado es el mismo en ambos casos: la cuenta desaparece, el historial se pierde y la voz que documentaba la crisis se silencia. No con una orden judicial ni con un arresto, sino con un clic desde La Habana y un algoritmo en California que no distingue entre un traficante de opioides y una madre cubana preguntando dónde conseguir insulina para su hijo.

Tal vez alguien cercano a Mark Zuckerberg pudiera decirle que....

Perú. Ministerio de Salud pone a disposición esta plataforma gratuita, donde la ciudadanía puede consultar y comparar precios de medicamentos genéricos y de marca desde su celular o computadora, las 24 horas del día

DIGEMID, 1 de abril de 2026

<https://www.digemid.minsa.gob.pe/webDigemid/notas/2026/ahorra-en-salud-conoce-donde-comprar-medicamentos-de-calidad-a-buen-precio-en-todo-el-peru-con-el-observatorio-de-precios-de-la-digemid/>

Ahora cuidar tu salud y tu bolsillo es tan fácil con solo dar un clic. El Ministerio de Salud (Minsa), a través de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (Digemid), pone a disposición de la ciudadanía el Observatorio de Precios de

Medicamentos, una plataforma gratuita que funciona las 24 horas del día y permite comparar precios de medicamentos genéricos y de marca a nivel nacional, facilitando la elección de la opción más económica sin salir de casa.

Gracias a esta herramienta, los usuarios pueden decidir con total libertad dónde adquirir sus medicamentos prescritos, comparando precios entre establecimientos públicos y privados. Esta iniciativa promueve la transparencia y contribuye a que la población tome decisiones informadas sobre dónde comprar, considerando la oferta y la disponibilidad.

¿Cómo funciona?

Acceder a esta información es sencillo y se puede hacer desde cualquier lugar del país:

1. Ingresar al portal de la Digemid
<https://www.digemid.minsa.gob.pe/webDigemid/>
2. Ubicar la sección de *Acceso Rápidos*, y hacer clic en el **Observatorio de Precios**
3. Una vez dentro del módulo, en el buscador escribir el nombre del medicamento.
4. Utiliza los filtros por región, provincia y distrito para encontrar los establecimientos farmacéuticos más cercanos.

5. Podrás visualizar y comparar precios en todas las presentaciones disponibles (genéricos y de marca), así como, su disponibilidad en el sector público o privado.

Asimismo, el sector exhorta a la población a solicitar que en la receta médica se consigne el nombre genérico del medicamento, ya que tanto los medicamentos de marca como los genéricos contienen los mismos principios activos y cumplen con los estándares de calidad, seguridad y eficacia.

Para garantizar la transparencia y actualización de la información, todas las farmacias y boticas del Perú están obligadas a reportar sus precios mensualmente. El incumplimiento de esta obligación puede ser sancionada conforme a la normativa vigente, que incluye multas o cierre temporal del local.

De esta manera, el Ministerio de Salud reafirma su compromiso de facilitar el acceso a medicamentos de calidad, promoviendo el uso de información y fortaleciendo la capacidad de decisión de la ciudadanía pen beneficio de su salud y economía.

Perú da un paso histórico: pacientes participan en el proceso de evaluación sobre medicamentos de alto costo

Instituto Nacional de Salud, 2 de junio de 2026

<https://www.gob.pe/institucion/ins/noticias/1400556-peru-da-un-paso-historico-pacientes-participan-en-el-proceso-de-evaluacion-sobre-medicamentos-de-alto-costo>

El INS implementa una de las primeras experiencias de incorporación del valor social en tecnologías sanitarias de alto costo para enfermedades raras o huérfanas, fortaleciendo una evaluación sanitaria

El Instituto Nacional de Salud (INS) marcó un avance relevante en los procesos de evaluación de tecnologías sanitarias, al desarrollar la primera mesa de trabajo para recoger aportes sobre valor social en el marco de la metodología de Evaluación Multicriterio (ETS-EMC), componente del marco de valor social, para generar recomendaciones de uso de tecnologías sanitarias de alto costo para el sistema de salud público peruano.

Este importante avance se manifiesta en la evaluación de la tecnología sanitaria de alto costo Risdiplam, dirigido a pacientes pediátricos con Atrofia Muscular Espinal (AME) tipos II y III, y representa un avance en la incorporación de perspectivas sociales y ciudadanas dentro de la evaluación al acceso a tratamientos especializados.

Por primera vez, el proceso técnico incorporó de manera directa la experiencia y perspectiva de pacientes, familiares y cuidadores, quienes compartieron evidencia clave sobre necesidad no cubierta, innovación terapéutica y equidad en el acceso.

La directiva contempla la participación de representantes de organizaciones de pacientes, pacientes, familiares o cuidadores en ciertos momentos del proceso, quienes compartieron

testimonios y experiencias claves sobre necesidades no cubiertas, con nivel de innovación y equidad en el acceso.

Representantes de organizaciones como AME Perú y el colectivo “Los pacientes importan”, así como cuidadores de distintas regiones del país quienes brindaron aportes sobre barreras de acceso, carga familiar y necesidades no cubiertas, visibilizando las barreras geográficas, económicas y sociales que enfrentan las familias para acceder a tratamientos oportunos.

Los testimonios permitieron identificar dimensiones sociales asociadas al acceso, como calidad de vida, carga económica familiar y continuidad de cuidados, como un aspecto relevante para la calidad de vida. Los participantes señalaron posibles efectos que este contexto puede generar en la carga económica familiar y en las actividades productivas de los cuidadores.

Cabe destacar que la participación se desarrolló conforme a los procedimientos establecidos, incluyendo la gestión de conflictos de intereses y confidencialidad. Esta actividad forma parte del proceso metodológico y no constituye por sí misma, una recomendación de uso ni una decisión de financiamiento.

Con el desarrollo de esta mesa de trabajo, el INS reafirma su compromiso con una evaluación sanitaria basada en evidencia científica más participativa, transparente y centrada en las personas, consolidando políticas públicas que puedan contribuir a recomendaciones más informadas, legítimas y sensibles a la realidad de los pacientes.

Perú. Pembrolizumab: el medicamento que expone cómo Oncosalud deja sin cobertura a sus pacientes

Fabiola Torres

Salud con Lupa, 28 de abril de 2026

<https://saludconlupa.com/noticias/pembrolizumab-el-medicamento-que-expone-como-ncosalud-deja-sin-cobertura-a-sus-pacientes/>

Pacientes con planes oncológicos premium descubren, en medio de su tratamiento, que medicamentos clave quedan fuera de cobertura. El caso del *pembrolizumab* lo evidencia: Oncosalud se respalda en reglas internas para no cubrirlo y traslada el costo a las familias. Un vacío en el reglamento de la Ley del Cáncer lo hace posible.

Recibir un diagnóstico de cáncer ya implica enfrentar una situación crítica. Para algunos pacientes afiliados a planes de Oncosalud, esa no es la única preocupación: cuando sus médicos les indican terapias de alto costo, reciben una respuesta inesperada. Esos tratamientos no están cubiertos por su programa oncológico, incluso si han contratado planes integrales o premium.

El problema aparece con claridad en un mismo fármaco: el *pembrolizumab*, comercializado como Keytruda, una terapia que ayuda al sistema inmunológico a reconocer y atacar células cancerígenas que antes lograban ocultarse. Se utiliza en distintos tipos de cáncer y es comercializado de forma exclusiva por Merck Sharp & Dohme (MSD).

A Juan Luis Denegri le ocurrió en junio de 2025. Tras más de una década aportando a Oncosalud y afiliado al programa

Oncoplus, el más completo, recibió la indicación de *pembrolizumab* luego de que el cáncer de pulmón reapareciera. La empresa le respondió que esa terapia no figuraba en el listado vigente de su plan para ese diagnóstico.

Meses después, en diciembre, Elsa López, de 60 años, enfrentó una situación similar. Había sido diagnosticada con cáncer de mama poco antes y llevaba más de diez años pagando su programa oncológico Pro. Pero cuando necesitó acceder a esta terapia, Oncosalud le indicó que su plan tenía limitaciones para cubrir determinados fármacos.

En enero de 2026, Nora Griffiths hizo pública su batalla contra Oncosalud en un video en su cuenta de Instagram. Su médico le había prescrito *pembrolizumab* como parte del tratamiento para un cáncer de mama triple negativo, pero la empresa le dijo que no estaba cubierto.

Puede seguir leyendo el artículo completo en el enlace que aparece en el encabezado. También puede leer más sobre este tema en Boletín Fármacos: Ética y Derecho 2026; 29 (3), en el ítem que se llama The Cancer Calculus, una serie liderada por el Consorcio Internacional de Periodistas de Investigación que incluye relatos sobre el acceso a *pembrolizumab* en otros países.

Europa y el Reino Unido

Transparencia en los precios de los medicamentos oncológicos: un paso crucial hacia las negociaciones de precios informadas en la región europea

(Price transparency of cancer medicines: a crucial step towards informed pricing negotiations in the European region)

J. Vancoppenolle, N. Franzen, C. Andrianò, M. B. Houliand et al.

Front. Pharmacol. 2026, 17:1736741. doi: 10.3389/fphar.2026.1736741

<https://www.frontiersin.org/journals/pharmacology/articles/10.3389/fphar.2026.1736741/full> (de libre acceso en inglés)

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios 2026; 29 (3)

Tags: negociación de precios de medicamentos, transparencia en los precios de los medicamentos, acceso a medicamentos oncológicos, descuentos confidenciales a los medicamentos, precios de los medicamentos oncológicos

Resumen

Antecedentes: Algo que preocupa cada vez más a los hospitales europeos es el constante aumento del coste de los medicamentos oncológicos, impulsándolos a implementar estrategias de reducción de costes, como la negociación de precios. El objetivo de este estudio es comparar los precios reales y los descuentos que se aplican a los medicamentos oncológicos a nivel hospitalario en toda la región europea.

Métodos: Para comunicar los precios y descuentos sin comprometer el anonimato de los hospitales, se desarrolló un procedimiento de anonimización. En 2022, a través de entrevistas estructuradas con personal hospitalario se recopilaron datos sobre los precios de 15 medicamentos oncológicos, y los precios de referencia se obtuvieron a partir de la base de datos IQVIA-MIDAS. Se realizaron análisis descriptivos para presentar los

precios de los productos y los precios de referencia. Los descuentos se agregaron por país y tipo de producto. Asimismo, se evaluó la precisión de la percepción que tenían los participantes sobre sus precios en comparación con los de otros hospitales de su mismo país.

Resultados: Participaron 23 hospitales de nueve países. Para cumplir con el procedimiento de anonimización, se presentaron los datos de tres países en términos generales. Los precios más elevados a nivel hospitalario se observaron en Francia, seguido por Serbia, Alemania, Hungría y Países Bajos. Dos países del sur de Europa y uno del norte registraron los precios más bajos. Al compararlos con los precios de referencia, Serbia notificó los descuentos más bajos (-7%) y los países del sur de Europa, los más altos (-38%). Además, al menos la mitad de los hospitales tenían una percepción errónea de sus precios en relación con los de otros centros de su país; algunos presentaban precios hasta un 22% superiores a la media.

Discusión: Nuestro estudio es uno de los pocos que aporta datos sobre descuentos y precios reales de 15 medicamentos

oncológicos, revelando grandes variaciones de precios tanto entre países como dentro de ellos. Asimismo, los precios de referencia a menudo no reflejan con exactitud el precio real, y los hospitales suelen tener una percepción equivocada sobre su desempeño en las negociaciones. Para fortalecer el poder de negociación de los

hospitales y fomentar las negociaciones de precios basadas en información precisa es fundamental comunicar los precios de manera transparente y estandarizada, así como coordinar la colaboración.

EE UU quiere que suban los precios de los medicamentos en Europa

Salud y Fármacos

Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios 2026; 29 (3)

Tags: políticas de Trump, Trump se alía con la industria farmacéutica par que suban los precios de los medicamentos, aumento del gasto en medicamentos en Europa, políticas de Trump que afectan a terceros países

Un artículo publicado en Statnews [1] describe cómo los países europeos están respondiendo a la presión que EE UU para aumentar su gasto en medicamentos patentados, a la vez que intentan preservar las inversiones de la industria y el acceso a los medicamentos. Según el artículo, mientras el gobierno del Reino Unido ha adoptado políticas más favorables a la industria y se ha comprometido a aumentar el gasto en medicamentos, Alemania ha propuesto medidas que recortarían el gasto en salud y aumentarían los reembolsos que la industria debe pagar.

En Europa, los países negocian directamente los precios de los medicamentos con las empresas farmacéuticas, evaluando el valor que ofrece un nuevo medicamento en comparación con los que ya están en el mercado. De hecho, las empresas no comercializan los medicamentos si consideran que los gobiernos no les ofrecen un precio satisfactorio. Ahora, EE UU pretende que las naciones europeas ricas paguen precios comparables a los de EE UU, y se refieren a ellos como “precios de nación más favorecida”. La forma como se establecerían los precios en uno y otro lado del Atlántico no está bien definida, por una parte, EE UU querría basar sus precios en los establecidos en otras economías comparables. Esto hace que las empresas teman que fijar o acordar precios más bajos en Europa, como lo han hecho tradicionalmente, limite su margen de maniobra para fijar precios en EE UU, que es su mercado más importante. De hecho, ya hay indicios de que el número de nuevos medicamentos que se lanzan en Europa ha disminuido.

La empresa biotecnológica Insmed, por ejemplo, ha declarado que, por el momento, no lanzará su medicamento para enfermedades pulmonares en Europa ni en el Reino Unido, debido a la incertidumbre en torno al precio de nación más favorecida en EE UU; y porque considera que si los programas de evaluación de tecnología establecen que el precio resulta demasiado alto en comparación con los beneficios que aporta, los países se negaran a pagarlo.

Las empresas parecen estar a la espera de como se resuelve la situación. Actualmente, la política de EE UU se basa en acuerdos confidenciales alcanzados por la Casa Blanca con las principales farmacéuticas del mundo, que parecen aplicarse principalmente a medicamentos específicos para el mercado relativamente pequeño de Medicaid. Sin embargo, la administración Trump también está pidiendo al Congreso que codifique la política, y está impulsando diferentes programas piloto que podrían vincular los precios de Medicare y Medicaid a los que pagan los países

europeos más ricos, así como Canadá y Japón; estas medidas tendrían consecuencias mayor alcance.

Algunas empresas están intentando adelantarse a las nuevas políticas. Cuando Amgen retiró recientemente su medicamento para el colesterol Repatha del mercado danés, fue porque Amgen no quería arriesgarse a tener que reducir su precio para Medicare solo con el objetivo de mantener su medicamento a la venta en Dinamarca, que tiene una población de seis millones de habitantes.

Alemania está discutiendo formas de reducir el gasto en salud, y algunos de los cambios más importantes afectarían el gasto en medicamentos. La propuesta exigiría que las empresas ofrecieran descuentos proporcionales al volumen de ventas de un determinado fármaco y aumentaría los reembolsos que las compañías deben abonar al Estado cuando el gasto sanitario supera ciertos umbrales, un mecanismo que a veces se conoce como “impuesto de recuperación” (*clawback tax*). Según la industria, hacer que la tasa de reembolso fluctúe anualmente no solo enturbiaría las perspectivas comerciales en Alemania, sino que también generaría incertidumbre y dificultaría la elaboración de planes empresariales a largo plazo para el país.

Alemania, sede de empresas como Bayer, Merck KGaA, Boehringer Ingelheim y BioNTech, se considera un mercado relativamente favorable al sector farmacéutico; permite, por ejemplo, comercializar medicamentos inmediatamente después de su aprobación al precio de lista fijado por la empresa durante un periodo previo a la entrada en vigor del precio negociado.

Cuando se presentó la propuesta de reforma, el Gobierno mantenía conversaciones con las empresas para fomentar su crecimiento, en el marco de la iniciativa conocida como «diálogo farmacéutico». Se esperaba que el gobierno apostara por promover la innovación, en cambio, el gobierno sorprendió con su política de reducción de costos. Ahora, el sector está reaccionando y empleando una estrategia similar a la que utilizó anteriormente en el Reino Unido. Tanto las empresas alemanas como las internacionales han anunciado que recortarán las inversiones en plantas de fabricación y ensayos clínicos. Los directores ejecutivos han advertido que retrasarán o paralizarán el lanzamiento de productos en Alemania.

Fuente Original

1. Andrew Joseph. As the U.S. looks on, European countries feel growing pressure on drug prices. Two of the region's biggest economies are taking divergent approaches. Statnews, June 10, 2026 <https://www.statnews.com/2026/06/10/european-drug-pricing-most-favored-nation-impact/>

Nota de Salud y Fármacos: Según un artículo publicado en Político [1], la estrategia de EE UU se basa en cerrar acuerdos bilaterales país por país, aprovechando la fragmentación de los sistemas sanitarios europeos, que dejan la fijación de precios de los medicamentos mayoritariamente en manos de cada nación.

Tras la época dorada de Europa como superpotencia de las ciencias de la vida hace más de 30 años, la inversión ha ido saliendo progresivamente del bloque, sin visos de detenerse. En 1990, el 49% de la investigación y el desarrollo farmacéutico privado a nivel mundial se realizaba en Europa. Para 2025, esa cifra se había reducido a la mitad, situándose en el 26%.

La farmacéutica estadounidense Eli Lilly y otras tres grandes compañías del sector paralizaron inversiones previstas en el Reino Unido el año pasado, reaccionando rápidamente después de que el presidente Donald Trump exigiera que los países europeos pagaran más por los medicamentos. Ahora, las empresas están haciendo lo mismo en Alemania.

Eli Lilly y la farmacéutica alemana Boehringer Ingelheim anunciaron que reducirían inversiones previstas en Alemania por valor de miles de millones de euros, en respuesta a los planes del país para recortar el gasto en salud, incluyendo en medicamentos. Los gobiernos europeos se muestran reticentes a seguir los pasos del Reino Unido. Los países se sienten presionados por la falta de presupuesto público y por un crecimiento económico lento. Muchos también se muestran escépticos de que ceder ante la industria farmacéutica ponga fin a la campaña de presión, pues temen que ello solo incite a plantear más exigencias en el futuro.

Por otra parte, "la política comercial es en gran medida competencia de la UE, mientras que los sistemas sanitarios y la fijación de precios farmacéuticos siguen siendo competencias predominantemente nacionales... Eso significa que Alemania no puede obtener concesiones comerciales por la vía bilateral, aunque quisiera hacerlo... para los países de la UE, ya se ha establecido un arancel estadounidense del 15%".

Alemania. USTR anuncia el inicio de una investigación, bajo la Sección 301, porque considera que Alemania no paga lo suficiente por los productos farmacéuticos innovadores. (*USTR Announces Initiation of Section 301 Investigation of Germany's Persistent Underpayment for Innovative Pharmaceutical Products*)

USTR 18 de junio de 2026

<https://ustr.gov/about/policy-offices/press-office/press-releases/2026/june/ustr-announces-initiation-section-301-investigation-germanys-persistent-underpayment-innovative>

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Propiedad Intelectual* 2026; 29 (3)

Tags: políticas de Trump que afectan a terceros países, maniobras de EE UU para encarecer el precio de los medicamentos en Europa, EE UU apoya a la industria farmacéutica en detrimento de las políticas farmacéuticas europeas

El 18 de junio de 2026, el Representante Comercial de Estados Unidos, Jamieson Greer, inició una investigación contra Alemania en virtud de la Sección 301 de la Ley de Comercio de 1974. El objetivo de esta investigación es determinar si el pago persistentemente bajo que realiza Alemania por los productos farmacéuticos innovadores es irrazonable o discriminatorio, y si supone una carga o restricción para el comercio estadounidense. La investigación se produce tras meses de conversaciones

La política de precios de medicamentos basada en el principio de "nación más favorecida" (NMF) de Donald Trump, que entrará en vigor en enero, ya está logrando que las empresas farmacéuticas no lancen sus productos en Europa, argumentando que perderían menos ventas lanzándolos a un precio más alto en EE UU que a un precio más bajo en todos esos países.

Por otra parte, no todos están convencidos de que la exención de impuestos para el Reino Unido esté claramente establecida en el acuerdo alcanzado con EE UU. Hay quienes consideran que la redacción del acuerdo resulta ambigua. Para muchos en Europa, el acuerdo del Reino Unido con Washington parece menos una victoria y más una advertencia. Algunos observaron que el acuerdo con el Reino Unido se logró, en gran medida, gracias a que una figura clave del gobierno defendió los intereses de la industria. Los activistas también mostraron su alarma, especialmente por la falta de una evaluación a largo plazo sobre el coste que el acuerdo supondría para los contribuyentes, y están intentando anular el pacto por la vía judicial.

El gobierno estimó que el acuerdo costaría unos £2.000 millones a corto plazo, pero ninguna evaluación oficial ha calculado el incremento de costes previsto para la próxima década. El economista Diederik Stigdig, del banco holandés ING Research, estima que los cambios podrían llegar a suponer un coste adicional de entre £2.000 y £3.500 millones anuales para el año 2036. E, incluso tras haber conseguido concesiones, la industria farmacéutica sigue presionando para obtener más".

Japón y Suiza son los otros dos mercados en donde se espera que EE UU ejerza mayor presión para influir en el precio de los medicamentos.

Referencia

1. Caroline Hug and Hans von der Burchard, *Trump's drug pricing war comes for Germany. U.S. and German officials are meeting in secret to talk about drug prices.* Político, June 9, 2026
<https://www.politico.eu/article/us-donald-trumps-drug-pricing-war-comes-for-germany>

significativas con los socios alemanes en un esfuerzo por resolver esta cuestión.

"El presidente Trump ha dejado claro que los pacientes estadounidenses no deben cargar con una parte desproporcionada del gasto en la investigación y el desarrollo farmacéutico a nivel global", declaró el embajador Greer. "Me preocupan especialmente las noticias de que Alemania está acelerando la tramitación de una legislación que reduciría aún más su gasto en productos farmacéuticos innovadores. Se trata de un grave retroceso en un momento en que nuestros socios comerciales deben dar un paso al frente y empezar a pagar lo que les corresponde para financiar la investigación y el desarrollo farmacéutico innovador. Creemos que EE UU y Alemania

pueden encontrar una vía de avance que amplíe el acceso de la población alemana a los medicamentos más innovadores, garantizando al mismo tiempo una remuneración justa por los productos farmacéuticos desarrollados por trabajadores estadounidenses".

"El 2 de abril de 2026, EE UU y el Reino Unido anunciaron un acuerdo pionero sobre precios farmacéuticos que ayudará a impulsar la inversión y la innovación en ambos países. Alemania debería seguir su ejemplo e iniciar negociaciones constructivas para abordar este desequilibrio".

"La lucha contra las enfermedades es una carga compartida por las naciones ricas", afirmó el Secretario de Salud y Servicios Humanos de EE UU, Robert F. Kennedy, Jr. "EE UU insta a Alemania a pagar la parte que le corresponde por los tratamientos innovadores que utiliza su población. Elogió al embajador Greer por su liderazgo al abordar este desequilibrio. Una remuneración justa fortalece la innovación médica y ayuda a garantizar el desarrollo de la próxima generación de curas que salvan vidas".

Antecedentes

El 12 de mayo de 2025, el Presidente instruyó al Representante Comercial de Estados Unidos a "tomar todas las medidas necesarias y apropiadas" para abordar las acciones desleales de países extranjeros que tienen el "efecto de obligar a los pacientes estadounidenses a pagar una cantidad desproporcionada de la investigación y el desarrollo farmacéutico global, incluyendo a través de la supresión del precio de los productos farmacéuticos por debajo de su valor justo de mercado en países extranjeros".

La Sección 301 de la Ley de Comercio de 1974, en su versión modificada (Ley de Comercio), está diseñada para abordar prácticas extranjeras desleales que afectan al comercio de EE UU. La Sección 301 se puede utilizar para responder a prácticas de gobiernos extranjeros que sean injustificables, irrazonables o discriminatorias, y que obstaculicen o restrinjan el comercio de EE UU. En virtud de la Sección 302(b) de la Ley de Comercio, el Representante Comercial de Estados Unidos puede iniciar una investigación conforme a la Sección 301.

Una investigación bajo la Sección 301(b) examina si determinados actos, políticas o prácticas son irrazonables o discriminatorias, y si obstaculizan o restringen el comercio de EE UU. El Representante Comercial de Estados Unidos inicia las investigaciones tras considerar las opiniones del Comité Interinstitucional de la Sección 301. Dicho Representante debe solicitar consultas con el gobierno extranjero cuyos actos, políticas o prácticas sean objeto de la investigación. La Oficina del Representante Comercial de Estados Unidos (USTR) ha solicitado consultas con Alemania en relación con esta investigación.

Para garantizar que sean tomados en cuenta, los interesados deben presentar comentarios por escrito, hacer solicitudes para comparecer en la audiencia y entregar un resumen de su testimonio a más tardar el 10 de agosto de 2026. La USTR celebrará una audiencia relacionada con estas investigaciones el 22 de septiembre de 2026.

Tal como se indica en el aviso del Registro Federal, la investigación se refiere a alegaciones sobre políticas y prácticas desleales de fijación de precios por parte de Alemania en lo que respecta a productos farmacéuticos innovadores; dichas prácticas ocasionan que EE UU asuma una proporción desproporcionada de los costos globales de investigación y desarrollo (I+D) de estos fármacos.

Si bien los mecanismos y herramientas que generan disparidades en los pagos por productos farmacéuticos innovadores varían, pueden incluir la imposición de:

- descuentos suplementarios a cambio de la confidencialidad de los precios negociados; y
- reembolsos obligatorios de diversos montos.

En este enlace está disponible una copia del aviso del Registro Federal.

<https://ustr.gov/sites/default/files/files/Press/Releases/2026/GermAnyPharmaSection301Initiation FRN 6-18-26.pdf>

En este enlace estará disponible un expediente para comentarios sobre la investigación. <https://comments.ustr.gov/s/>

En este enlace estará también disponible un expediente para las solicitudes de participación en la audiencia pública que se celebrará en relación con esta investigación.

<https://comments.ustr.gov/s/>

Nota de Salud y Fármacos: Como resultado de esta investigación, EE UU podría imponer aranceles a los ingredientes farmacéuticos activos (IFA) y productos terminados alemanes, lo que alteraría sustancialmente el funcionamiento de la industria farmacéutica europea, obligando a replantear la selección de emplazamientos, la diversificación del abastecimiento y los plazos para la relocalización de la producción.

Más del 20% de las exportaciones farmacéuticas de Alemania son a EE UU. Es decir, la industria farmacéutica depende del mercado estadounidense más que casi cualquier otro sector industrial del país. Si EE UU impone nuevos aranceles este otoño, la situación podría volverse muy complicada. Se calcula que "Si se aplicaran aranceles de entre el 10% y el 35% durante un periodo de tres a cuatro años, las exportaciones del sector a EE UU —el mayor mercado farmacéutico del mundo— podrían reducirse entre un 5% y un 53%, lo que se traduciría en pérdidas de entre €1300 y €13 400 millones" [1].

Por otra parte, hay que tener en cuenta que si bien los precios de los medicamentos se negocian a nivel de país, la política comercial entre Europa y EE UU se negocia en bloque, y EE UU no podría imponer un arancel específico sólo para EE UU.

Referencia

1. Thomas Kohlmann. Why is the US targeting Germany's drug industry? DW, 27 de junio de 2026 <https://amp.dw.com/en/us-germany-drug-industry-pharmaceuticals-trade-tariffs-healthcare/a-77727707>

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

Francesc Puigventós

Revista AAJM n.º 48 de mayo de 2026

<https://accesojustomedicamento.org/transparencia-sobre-el-precio-de-los-medicamentos-financiados-por-la-sanidad-publica/>**Atrapados por el dilema del prisionero**

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

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

La asignación de precios de los medicamentos y la decisión de financiación para el sistema público de salud está regulada en nuestro país [7]. Este proceso de negociación entre la administración y las compañías farmacéuticas no es transparente y los acuerdos de precios son muchas veces abusivos. Las compañías farmacéuticas mantienen precios diferentes y secretos para cada país, solo publicando precios de catálogo que sirven de base a los llamados precios de referencia externos, que determinan en buena parte la negociación. La situación se explica por la capacidad y privilegio de la industria farmacéutica, blindada por el sistema de patentes y exclusividad que conforman los monopolios farmacéuticos, lo que permite generar ingresos muy por encima de los costos de I+D y de producción. Los elevados precios son una de las principales causas de que sea tan elevado y sostenido el gasto de medicamentos de nuestro país [8], que alcanza el 24 % del total del gasto sanitario público [9].

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

Puede leer el artículo completo en el enlace que aparece en el encabezado. Le adelantamos que los temas que discute este artículo, que está muy bien documentado son las siguientes:

La defensa de la transparencia por las organizaciones sociales.

¿Qué aportan las iniciativas legislativas actuales del ministerio frente a estas demandas?

Las consecuencias, lo que podemos perder.

Corolario

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

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

Referencias

1. Roiz J, Alvarez P. La falta de confidencialidad apunta a disparar un 50% el precio de fármacos. Redacción Medica 13 abr. 2026 <https://www.redaccionmedica.com/secciones/industria/la-falta-de-confidencialidad-apunta-a-disparar-un-50-el-precio-de-farmacos-9560>
2. Farmaindustria. Así afecta la situación geopolítica a los medicamentos en España. Abril 2026 <https://www.farmaindustria.es/web/reportaje/asi-afecta-la-situacion-geopolitica-a-los-medicamentos-en-espana/>
3. de Quiroga S. Transparencia: el fuego amigo que puede dejar sin innovación a España. El Global Frama 21 marzo 2026 <https://elglobalfarma.com/opinion/editorial/carta-del-editor/transparencia-el-fuego-amigo-que-puede-dejar-sin-innovacion-a-espana/>
4. Arganda C. Farmaindustria ve “muy urgente” garantizar la confidencialidad de precios de los fármacos DiarioFarma 25 marzo 2026 <https://diariofarma.com/2026/03/25/farmaindustria-ve-muy-urgente-garantizar-la-confidencialidad-de-precios-de-farmacos>
5. Public Citizen. Estados Unidos decide incluir a la Unión Europea en la lista de vigilancia del informe especial 301. 30-04-2026. Revista 11 mayo, 2026. Revista AAJM n° 47 de Abril de 2026
6. Homedes N y Ugalde A. ¿A qué obedece y quién se beneficia de las políticas farmacéuticas del gobierno de EEUU? 6 abril, 2026. Revista AAJM n° 46 <https://accesojustomedicamento.org/a-que-obedece-y-quien-se-beneficia-de-las-politicas-farmacuticas-de-la-administracion-trump/>
7. Puigventós F. Mapa de Actores, Medicamentos y su regulación: Procedimientos de autorización y asignación de precios. Médicos del Mundo ed 2023 https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/old/sites/default/files/mapa_de_actores_medicamentos_y_su_regulacion_procedimientos_de_autorizacion_y_asignacion_de_precios.pdf
8. Lamata F. El gasto farmacéutico sigue al alza: 1.330,6 millones más en 2025 11 mayo, 2026. Revista AAJM n°47 de Abril de 2026. <https://accesojustomedicamento.org/el-gasto-farmacautico-sigue-al-alza-1-3306-millones-mas-en-2025/>
9. Lamata F. Sistemas sanitarios, medicamentos y patentes. Revista AAJM n° 44 Enero 2026

<https://accesojustomedicamento.org/sistemas-sanitarios-medicamentos-y-patentes/>

10. Salud por Derecho. Nace la campaña NO es SANO
17/09/2015 <https://saludporderecho.org/nace-la-campana-no-es-sano/>

España. Lo que paga la sanidad por cada medicamento será secreto por ley

Civio, 22 de junio de 2026

<https://civio.es/novedades/2026/06/22/psoe-y-sumar-secreto-precios-de-medicamentos-cribado-neonatal/>

Lo adelantamos antes que nadie, y ya ha pasado. Llevábamos [más de un año avisando](#). Los precios y las condiciones que el Ministerio de Sanidad y otras administraciones pacten con las farmacéuticas para la sanidad pública serán secretos por ley. PSOE, SUMAR y PP, que no coinciden en casi nada, se han puesto de acuerdo en esto.

La trampa está en qué cambia. La ley ya protegía lo que las farmacéuticas entregan durante la negociación; lo que esta reforma añade es blindar lo que acaba pagando el Estado, y prohibir contarlo, también a la propia Administración. No hay otro contrato público de régimen ordinario en España con el precio sellado por ley. Las farmacéuticas y el Ministerio de Sanidad lo han conseguido.

Lo seguimos desde marzo, cuando el mismo texto asomó en una ley de discapacidad, por si colaba. Y antes, en la nueva ley del medicamento. Esta vez volvió por una puerta más discreta: una enmienda transaccional, de esas que se pactan a puerta cerrada y no se publican hasta que toca votarlas. Sirven para acercar posturas entre enmiendas que ya están sobre la mesa, no para colar lo que nadie había pedido abiertamente. Y aquí, de una enmienda del PP que iba de otra cosa, colgaba una reescritura entera de la ley del medicamento. Ninguna de las 40 enmiendas registradas hablaba de precios. Se votó el jueves, por urgencia. Ahora está en el Senado.

47. Soledad Cabezón Ruiz. Dos a ños (más) defendiendo que la salud no sea un negocio opaco. 11 mayo, 2026 Revista AAJM nº47 de Abril de 2026. Editorial

¿A qué venía la prisa? A que el Supremo tiene admitidos [dos recursos nuestros](#) para decidir [1], por fin, si estos precios deben ser públicos. La propia Enmienda 259 lo confesaba por escrito: temía que un juez obligara a divulgarlos. Se legisla para ganarle la mano al tribunal. Sin más. Basta repasar la cronología: más de siete años de pleitos contra Sanidad y las farmacéuticas, y siempre han usado la misma excusa para exigir el secreto, el interés económico y comercial de las empresas. [Está todo aquí \[1\]](#). Trump y la cláusula de nación más favorecida son solo la coartada del momento.

Dicen que la transparencia debilita al Estado a la hora de negociar. La evidencia dice lo contrario. Quien no puede comparar, paga a ciegas. Y todos creen que pagan menos, pero no. La industria siempre gana. Lo contamos todo aquí [Cómo se ha tejido esta maniobra \[2\]](#)

Referencias

1. CIVIO. Que los precios de los nuevos medicamentos dejen de ser secretos <https://civio.es/precios-medicamentos-transparencia/>
2. CIVIO. PSOE y SUMAR sellarán por ley el secreto de los precios de los medicamentos, con respaldo del PP y colándolo en una norma sobre cribado neonatal. 22 de junio de 2026. <https://civio.es/novedades/2026/06/22/psoe-y-sumar-secreto-precios-de-medicamentos-cribado-neonatal/>

España. El Gobierno aprueba el proyecto de ley del medicamento: más sostenibilidad, autonomía estratégica y modernización para el SNS

Ministerio de Salud, 21 de julio de 2026

<https://www.sanidad.gob.es/en/gabinete/notasPrensa.do?id=6969>

- La norma sustituye al marco vigente desde 2015 y adapta la regulación a los avances científicos, industriales y sociales.
- Introduce la figura del medicamento estratégico para proteger fármacos indispensables con cadena de suministro vulnerable.
- Incorpora un sistema de precios dinámicos para fomentar la competencia y la penetración de genéricos y biosimilares.
- Permite incorporar antes medicamentos innovadores, con financiación ligada a resultados en vida real.
- Se reconocen nuevas competencias de prescripción a enfermería y fisioterapia dentro de su ámbito profesional.

El Consejo de Ministros ha aprobado el Proyecto de Ley de los Medicamentos y Productos Sanitarios, una reforma integral que sustituye al marco normativo vigente desde 2015 para

adaptar el sistema a los desafíos científicos, industriales y sociales actuales. Este nuevo texto legal busca garantizar el acceso equitativo a la innovación, asegurar el abastecimiento de fármacos críticos y fortalecer la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) mediante un modelo de evaluación independiente y sistemas de precios competitivos.

Entre los principales cambios, el proyecto de ley incorpora nuevos instrumentos para evitar desabastecimientos, generar más competencia en precios, facilitar el acceso temprano a medicamentos innovadores y adaptar la prescripción y la dispensación a las nuevas necesidades del SNS.

Garantía de abastecimiento: El proyecto de ley introduce el concepto de "Medicamento estratégico", definido como aquel indispensable para el sistema de salud cuya cadena de suministro es vulnerable. Para asegurar su permanencia en el mercado, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

(AEMPS) podrá adoptar medidas económicas y regulatorias especiales que eviten desabastecimientos. Además, ante emergencias de salud pública, se refuerzan las obligaciones de comunicación de existencias por parte de laboratorios, distribuidores y oficinas de farmacia.

Nuevo modelo de financiación y precios: La norma redefine el modelo de fijación de precios para fomentar la competencia y el ahorro.

- **Precios de referencia y precios dinámicos:** La nueva norma articula un modelo de convivencia entre dos sistemas complementarios para garantizar el ahorro, bajo la regla estricta de que un mismo medicamento no puede estar sometido a ambos a la vez.

1. Precios de Referencia: sigue siendo el marco general para establecer los techos máximos de financiación de agrupaciones homogéneas de fármacos equivalentes (con el mismo principio activo y vía de administración) y cuyos precios se revisan con carácter anual para consolidar el ahorro estructural del sistema.

1. Precios Dinámicos: Es una herramienta dirigida principalmente a medicamentos fuera de patente, como genéricos, híbridos y biosimilares, y a mercados consolidados en los que su penetración se haya estancado. El sistema permitirá ajustar los precios de forma progresiva y automática en función de la cuota de mercado alcanzada. Así, cuando estos medicamentos lleguen a determinados umbrales de penetración —por ejemplo, el 50% o el 70%—, se activarán nuevas reducciones del precio industrial, de manera que el aumento de su uso vaya acompañado de precios más competitivos.

- **Rango de precios financiados:** Dentro de una misma agrupación homogénea (medicamentos que tienen el mismo principio activo y vía de administración), podrán coexistir medicamentos a diferentes precios, permitiendo que el paciente opte por una marca con un precio superior pagando la diferencia con el medicamento de menor precio de la agrupación, siempre que el SNS garantice la cobertura total de las opciones más eficientes.

Es decir, el Ministerio fija un precio máximo de financiación. Todos los medicamentos que estén por debajo de ese tope están financiados.

1. Si el paciente elige la opción más barata o cualquier otra dentro del rango financiado, solo paga su copago habitual.
1. Si el paciente desea una marca específica que es más cara y está fuera del rango financiado, puede obtenerla pagando la diferencia de precio, además de su copago.

De esta forma el SNS asegura siempre la financiación de las opciones más eficientes, pero permite que existan marcas a precios superiores en el mercado sin que el Estado asuma ese sobrecoste.

- **Financiación Condicional para la Innovación:** La norma permite que determinados medicamentos innovadores se

incorporen de forma temprana a la prestación pública cuando cubren una necesidad médica no resuelta o cuando el tratamiento no puede demorarse, aunque todavía exista incertidumbre sobre su efectividad en la práctica clínica real o sobre su impacto económico definitivo.

Durante este periodo provisional, el medicamento se utiliza en pacientes del Sistema Nacional de Salud y se monitorizan sus resultados. Si confirma el beneficio esperado, la financiación podrá consolidarse en las condiciones acordadas. Si los resultados no son satisfactorios, o si el precio definitivo resulta inferior al provisional, el laboratorio deberá compensar o devolver las cantidades correspondientes.

Nuevas competencias en prescripción: Se reconoce formalmente la capacidad de prescripción a los profesionales de enfermería y fisioterapia, quienes se integran al equipo prescriptor junto a médicos, odontólogos y podólogos dentro de su ámbito de competencia.

Para garantizar la efectividad de esta medida, en el plazo de un año se actualizará el marco reglamentario para armonizar el ejercicio de la prescripción de todos estos profesionales autorizados. Un proceso que incluye la elaboración y publicación de protocolos interdisciplinarios diseñados para facilitar la coordinación operativa entre médicos, enfermeros y fisioterapeutas, asegurando en todo momento una atención integral y coherente al paciente.

Dispensación no presencial y entrega en domicilio: El proyecto de ley regula nuevas modalidades para facilitar el acceso a los medicamentos cuando existan situaciones sanitarias excepcionales o cuando la situación clínica, de dependencia, discapacidad o vulnerabilidad del paciente dificulte el desplazamiento.

Estas modalidades permitirán que el paciente no tenga que acudir físicamente al servicio de farmacia hospitalaria o a la oficina de farmacia, siempre bajo responsabilidad del centro dispensador y con garantías de trazabilidad, conservación, transporte y atención farmacéutica.

No se trata de una venta a distancia de medicamentos, sino de una forma de acercar la dispensación al paciente cuando concurren circunstancias justificadas y manteniendo el control profesional farmacéutico.

Uso racional de medicamentos y productos sanitarios: Por primera vez, el proyecto de ley ordena en un marco integral el uso racional de medicamentos y productos sanitarios, reconociéndolo como un principio rector de la política farmacéutica y como una responsabilidad compartida entre administraciones, profesionales, pacientes y ciudadanía.

La norma busca garantizar que cada paciente reciba el tratamiento más adecuado a sus necesidades clínicas, en la dosis correcta, durante el tiempo necesario y con el menor coste posible para la persona y para la sociedad. Para ello, refuerza la formación y la información independiente, la coordinación entre niveles asistenciales, la revisión de tratamientos, la adherencia terapéutica, el seguimiento farmacoterapéutico, la sostenibilidad ambiental y el uso prudente de antimicrobianos.

Con esta norma, el Gobierno culmina la actualización integral del marco regulatorio de los medicamentos y productos sanitarios y refuerza la capacidad del Sistema Nacional de Salud para responder a los retos de innovación, abastecimiento, financiación y uso racional. Tras su aprobación por el Consejo de Ministros, el proyecto de ley inicia ahora su tramitación parlamentaria en las Cortes Generales.

Puede leer el anteproyecto de Ley de abril de 2025 en este enlace <https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/legislacion/home.htm>. El texto aprobado por el Gobierno no está disponible en este momento. Se espera que en septiembre se empiece a discutir en el Congreso y el Senado, por lo que la versión final no estará disponible hasta finales de 2026 o en 2027..

Nota de Salud y Fármacos. Javier Alberca Lamas publicó un comentario sobre los puntos clave del borrador de mayo de 2026 de la Ley de Medicamentos para la preparación y la respuesta a emergencias sanitarias [1]. A continuación, adelantamos los puntos más importantes. Según este autor, la Ley incorpora los aprendizajes durante la pandemia e incluye un sistema de respuesta ágil y flexible basado en:

Compras conjuntas: El Estado asume el mando ante la crisis.

Introduce una reforma estructural en la contratación pública para evitar la competencia entre administraciones en momentos críticos, y faculta al [Consejo Interterritorial del SNS \(CISNS\)](#) para solicitar al Ministerio de Sanidad que se haga una compra conjunta de medicamentos y productos de salud a nivel nacional, o europeo. «

Soberanía industrial y Reserva Estratégica. El Ministerio de Sanidad asume la «administración y gestión de la reserva estratégica nacional de medicamentos, productos sanitarios y cualquier producto necesario para la protección de la salud». Esta gestión se hará en coordinación con el Centro de Coordinación y Promoción de la Industria Estratégica (CECOPIE), vinculando la

disponibilidad de suministros a las «Capacidades Nacionales de Producción Industrial». La ley protege a los medicamentos estratégicos.

Control en tiempo real y autorizaciones excepcionales. Durante una emergencia, la opacidad informativa se castigará. La Agencia Española de Medicamentos (AEMPS) exigirá a laboratorios, distribuidores y farmacias que comuniquen, mediante una plataforma específica, «la información que se determine en cada caso sobre existencias, ventas o previsiones de recepción de unidades».

Asimismo, se regulan las «autorizaciones especiales» para medicamentos no autorizados en España ante la «propagación supuesta o confirmada de un agente patógeno o químico, toxina o radiación nuclear capaz de causar daños»; y se exime a los involucrados de cualquier responsabilidad civil o administrativa por todas las consecuencias derivadas de la utilización del medicamento... salvo por los daños causados por productos defectuosos.

También se permite que, cuando no haya alternativas adecuadas, los hospitales fabriquen productos para la salud para su propio uso. Por último, el texto incorpora formalmente el enfoque 'One Health', al asumir la «interrelación entre salud humana, animal y planetaria» como eje de preparación ante crisis climáticas y de biodiversidad.

Fuente Original

1. Javier Alberca Lamas, Los puntos clave de la nueva Ley de los Medicamentos en materia de preparación y respuesta ante emergencias sanitarias. El anteproyecto pretende reforzar la capacidad de reacción del SNS con compras conjuntas, una reserva estratégica nacional de medicamentos, control reforzado del suministro y autorizaciones excepcionales para situaciones de crisis. Gaceta Medica, 8 junio 2026 <https://gacetamedica.com/politica/puntos-clave-nueva-ley-medicamentos-preparacion-respuesta-emergencias-sanitarias/>

España. Sanidad abre a audiencia pública el real decreto que culmina la reforma farmacéutica de la legislatura

Ministerio de Salud, 19 de junio de 2026

<https://www.sanidad.gob.es/en/gabinete/notasPrensa.do?id=6943>

- Comienza el trámite de audiencia e información pública del proyecto de real decreto de financiación y precios de medicamentos [1]. Ciudadanos, entidades y sectores implicados podrán presentar sus aportaciones hasta el 10 de julio de 2026.
- La regulación incorpora mecanismos para mejorar el acceso, gestionar la incertidumbre clínica, económica y presupuestaria de determinados medicamentos innovadores y vincular la financiación al valor real que aportan.
- El proyecto introduce un sistema de precios dinámicos para reforzar la competencia en los medicamentos que ya han perdido la exclusividad de mercado y favorecer una bajada progresiva de precios ligada a la entrada de genéricos y biosimilares.
- El texto fija plazos más claros para la resolución de expedientes e incorpora una tramitación simplificada para

medicamentos genéricos y biosimilares, con el objetivo de facilitar su incorporación al Sistema Nacional de Salud.

El Ministerio de Sanidad ha iniciado el trámite de audiencia e información pública del proyecto de real decreto que actualiza el sistema de financiación y fijación de precios de los medicamentos en el Sistema Nacional de Salud para hacerlo más transparente, previsible y vinculado al valor que aportan los tratamientos.

El proyecto introduce medidas para facilitar el acceso a la innovación terapéutica, reforzar la competencia en los mercados cuando ya existen medicamentos genéricos o biosimilares, mejorar la eficiencia de la prestación farmacéutica y garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Este real decreto complementa el recientemente aprobado Real Decreto 415/2026, de 27 de mayo, por el que se regula la evaluación de tecnologías sanitarias, y completa el nuevo marco

de evaluación, financiación y seguimiento de los medicamentos en el Sistema Nacional de Salud. De este modo, Sanidad avanza en un modelo más coherente, transparente y basado en evidencia, en el que la evaluación técnica y las decisiones de financiación y precio quedan mejor conectadas.

La reforma establece, **por primera vez, plazos administrativos estrictos para la resolución de expedientes:**

Trámite ordinario: La Administración dictará y notificará la resolución en un plazo máximo de seis meses desde la admisión a trámite de la solicitud.

Trámite simplificado: Se establece un plazo de 30 días para la resolución de medicamentos competidores (genéricos y biosimilares), facilitando su entrada rápida al mercado.

La norma incorpora también nuevas **herramientas para gestionar la incertidumbre asociada a las terapias más innovadoras** que, en ocasiones, llegan al mercado con evidencia clínica todavía limitada sobre sus efectos a largo plazo.

Financiación condicionada y provisional: Permite el acceso rápido a fármacos necesarios cuando aún existen dudas sobre su eficacia a largo plazo. El SNS financia el medicamento de forma temporal mientras el laboratorio genera nuevas pruebas clínicas; si la resolución final es negativa o fija un precio inferior, la empresa debe devolver la diferencia para que el Estado nunca pague un sobrecoste por esa incertidumbre.

Acuerdos de riesgo compartido: Son pactos bilaterales donde el pago del medicamento se vincula directamente a que funcione en los pacientes. Si el medicamento no logra los resultados de salud medibles y verificables que se acordaron, el laboratorio asume parte del coste, asegurando que el sistema público solo pague por tratamientos que demuestren un beneficio real en la práctica clínica.

Techos de gasto: Se establece la cuantía máxima total que el SNS pagará por la financiación de un medicamento específico durante un periodo determinado. En caso de que el volumen de utilización supere el impacto presupuestario pactado, se activan automáticamente mecanismos de devolución o compensaciones económicas por parte del laboratorio, garantizando que el gasto sea siempre predecible y no comprometa la viabilidad y sostenibilidad del sistema.

Una de las principales novedades del real decreto es la incorporación de un sistema de precios dinámicos para reforzar la competencia entre los medicamentos que ya han perdido la

exclusividad de mercado, a partir de la entrada de medicamentos genéricos y biosimilares.

Este sistema tiene en cuenta que la capacidad de los medicamentos competidores para ofrecer precios más bajos depende también del volumen que alcancen en el mercado. Por ello, permitirá ajustar los precios de forma progresiva conforme aumente la competencia real y la cuota de mercado.

El régimen dinámico se aplicará desde la entrada del primer competidor hasta la incorporación del medicamento al sistema anual de precios de referencia.

Para garantizar la **autonomía estratégica** y evitar desabastecimientos, la norma no solo busca bajar precios, sino proteger los medicamentos esenciales que son vitales pero cuya comercialización puede dejar de ser viable. Para ello, se prevé la aplicación de mecanismos correctores y ajustes de precio en fármacos críticos que tengan un precio muy bajo. El objetivo es garantizar la seguridad del suministro, evitando que estos medicamentos desaparezcan por falta de rentabilidad económica.

Otra novedad técnica es la posibilidad de que **un mismo medicamento tenga dos precios distintos**. Podrá coexistir un precio de financiación para las dispensaciones pagadas por el Estado y un precio notificado (superior al anterior) para cuando el fármaco se utilice fuera de la financiación pública, como en indicaciones no cubiertas.

La norma refuerza la evaluación de los medicamentos antes de su financiación pública, con criterios más claros para valorar su aportación real al Sistema Nacional de Salud. Entre ellos se incluyen el beneficio terapéutico, el impacto presupuestario, la existencia de alternativas, la gravedad de la enfermedad, las necesidades de determinados colectivos y la contribución a la sostenibilidad del sistema.

Referencia

1. Proyecto de Real Decreto por el que se regula el procedimiento de financiación y fijación de precios de los medicamentos en el Sistema Nacional de Salud
https://www.sanidad.gob.es/normativa/audiencia/docs/2026.06.19_Texto_y_MAIN_IP_TA_PRD_PRECIOS_MEDICAMENTOS_EN_EL_SNS.pdf

Nota de Salud y Fármacos. Puede leer más detalles sobre este tema en Ana Sánchez Caja. Las novedades que introduce el RD de Precio y Financiación de Medicamentos. *Globalfarma*, 19 junio 2026 <https://elglobalfarma.com/politica/novedades-rd-precio-financiacion-medicamentos/>

España. El Consejo de Ministros aprueba el primer marco estatal para evaluar tecnologías sanitarias en el Sistema Nacional de Salud

Ministerio de Salud, 26 de mayo de 2026

<https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6918>

- El Real Decreto regula por primera vez en España un sistema completo, transparente y coordinado para evaluar medicamentos, productos sanitarios, pruebas diagnósticas, terapias digitales y procedimientos clínicos.
- La norma adapta el modelo español al reglamento europeo y refuerza la toma de decisiones basadas en la evidencia científica con un sistema que separa la evaluación científica de la decisión política, garantizando equidad, eficiencia y sostenibilidad.

- Las evaluaciones tendrán carácter preceptivo, aunque no vinculante, y analizarán no solo la eficacia y seguridad de las tecnologías, sino también su impacto económico, social, ético, organizativo y ambiental.
- Se fija un plazo máximo de 180 días naturales para completar la evaluación. En el caso de los medicamentos, cuando exista una evaluación clínica conjunta de la Comisión Europea, el informe de aspectos clínicos deberá emitirse en un plazo máximo de 15 días.
- El texto incorpora mecanismos de participación de pacientes y sociedad civil, impulsa el uso de datos clínicos en vida real y establece estrictas garantías de transparencia e independencia frente a conflictos de interés.

El Consejo de Ministros ha aprobado el Real Decreto que regula la evaluación de tecnologías sanitarias (ETS), una norma que establecerá por primera vez en España un marco reglamentario completo, transparente y coordinado para analizar medicamentos, productos sanitarios y otras herramientas utilizadas en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

El objetivo de la norma es regular cómo se van a evaluar las tecnologías sanitarias cuando estos análisis -que tendrán carácter preceptivo, pero no vinculante- sirvan para apoyar decisiones públicas sobre financiación, precio, incorporación a la cartera de servicios, modificación de las condiciones de uso o retirada de tecnologías sanitarias.

La futura regulación adapta el sistema español al reglamento de la Unión Europea. Una coordinación que asegura la eficiencia del proceso al prohibir expresamente la duplicidad de evaluaciones clínicas —aquellas centradas en la eficacia y seguridad— que ya se hayan realizado a nivel comunitario, permitiendo centrar los esfuerzos nacionales en determinar el valor añadido y analizar los aspectos no clínicos, como el impacto económico, organizativo, social, ético y ambiental, específicos del contexto español.

Entre las tecnologías que se evaluarán se incluyen medicamentos y productos sanitarios; pruebas diagnósticas —por ejemplo, PCR, test rápidos, pruebas genéticas o herramientas de inteligencia artificial capaces de detectar tumores en radiografías—; procedimientos clínicos —como técnicas quirúrgicas, intervenciones mínimamente invasivas o nuevos métodos de rehabilitación—; terapias digitales —como aplicaciones móviles para controlar la diabetes—; y **nuevas formas de organizar la atención sanitaria**, como programas de seguimiento remoto de pacientes o sistemas de atención domiciliaria.

El Sistema para la Evaluación de las Tecnologías Sanitarias está integrado por tres pilares fundamentales diseñados para separar la evaluación científica de la decisión política.

1. Consejo de Gobernanza (Consejo de ETS): Es el máximo órgano de dirección del sistema y está integrado en la Secretaría de Estado de Sanidad. Su función es liderar la estrategia de evaluación, supervisar el correcto funcionamiento de todo el modelo y aprobar las directrices técnicas que

aseguran que las evaluaciones sean coherentes con las políticas de salud y farmacia.

2. Oficinas para la Evaluación de las Tecnologías

Sanitarias: Se establecen dos oficinas independientes con autonomía funcional para realizar las evaluaciones:

- La Oficina para la Evaluación de Medicamentos, configurada como una unidad funcional dentro de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).
- La Oficina para la Evaluación de Tecnologías Sanitarias no Farmacológicas, que asume la configuración de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (RedETS).

3. Grupo para la Adopción de las Tecnologías Sanitarias (Grupo de Adopción):

Actuará como puente entre la evaluación científica y los órganos decisores (como la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos), realizando la valoración final sobre la posición relativa de la tecnología en el esquema terapéutico.

La norma busca también convertir el sistema de evaluación en una herramienta para impulsar la innovación biomédica y reforzar la capacidad estratégica de España en el ámbito sanitario. Con este objetivo, establece un marco más estable, transparente y con plazos definidos, de manera que empresas, centros de investigación y desarrolladores puedan conocer con mayor claridad los requisitos que deberán cumplir y la duración de los procesos de evaluación.

En este contexto, el sistema establece un plazo máximo de 90 días naturales para la elaboración de los informes sobre aspectos clínicos y de otros 90 días naturales para los aspectos no clínicos en el caso de los medicamentos, mientras que las tecnologías sanitarias no farmacológicas contarán con un plazo máximo de evaluación de 180 días. Estos plazos podrán ampliarse cuando sea necesario realizar reevaluaciones.

En el caso de los medicamentos, cuando exista una evaluación clínica conjunta realizada por la Comisión Europea, el informe nacional sobre los aspectos clínicos deberá emitirse en un plazo máximo de 15 días desde su publicación.

Además, el real decreto incorpora la posibilidad de realizar **consultas científicas voluntarias** entre la Administración y las compañías desarrolladoras antes de que una tecnología llegue al mercado. Estos encuentros permitirán orientar desde fases tempranas la investigación hacia las necesidades reales del Sistema Nacional de Salud y facilitar que los nuevos productos lleguen con la evidencia necesaria para ser evaluados más rápidamente.

La norma también prevé reforzar el uso de datos clínicos obtenidos en la práctica asistencial real —por ejemplo, información sobre cómo funciona un medicamento o una tecnología una vez utilizada en hospitales y centros de salud— para comprobar sus resultados a largo plazo. Esto permitirá revisar periódicamente el valor de las tecnologías ya incorporadas al sistema y, si dejan de aportar beneficios frente a

alternativas más eficaces o modernas, recomendar su retirada o sustitución.

En el plano social, la normativa marca un hito al garantizar la **participación sistemática de la sociedad civil en todas las etapas de la evaluación**. El sistema ya no se limita a un análisis de expertos a puerta cerrada, sino que otorga un papel protagonista a las organizaciones de pacientes y de personas con discapacidad. Esta apertura asegura que la evaluación no solo mida datos clínicos, sino que considere de forma explícita el impacto real en la calidad de vida de los afectados, valorando aspectos clave como la usabilidad de las tecnologías, la facilidad de uso y la eliminación de barreras de accesibilidad que puedan condicionar el éxito de un tratamiento.

Finalmente, el Real Decreto impone las más estrictas **garantías de transparencia y ética**. Todos los intervinientes, desde los técnicos del sistema hasta los expertos clínicos externos que colaboren puntualmente, están obligados por ley a actuar de manera independiente e imparcial.

Para ello, se establece la obligatoriedad de realizar declaraciones de intereses públicas y anuales, que deberán actualizarse ante cualquier cambio y reiterarse antes de cada reunión de trabajo. La norma es tajante al prohibir que los evaluadores tengan intereses económicos o profesionales en las empresas desarrolladoras (como farmacéuticas o fabricantes de tecnología) que puedan comprometer su objetividad.

En caso de detectarse cualquier conflicto, se aplicarán restricciones de participación rigurosas, asegurando así que el proceso científico sea totalmente autónomo y esté libre de presiones comerciales. Como garantía adicional de control social, tanto el listado de participantes como las actas de las reuniones y los informes finales serán accesibles para toda la ciudadanía.

Con este Real Decreto, el Ministerio de Sanidad sitúa a España entre los países europeos con un modelo más avanzado de evaluación de tecnologías sanitarias, reforzando la capacidad del SNS para incorporar innovación útil, segura y basada en la evidencia.

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

Salud por Derecho, 26 de mayo de 2026

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

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

Desde Salud por Derecho valoramos positivamente que el texto final del Real Decreto mantenga, como se ha anunciado [1], la obligación de que los desarrolladores aporten información sobre fuentes de financiación, así como sobre los costes de producción y desarrollo necesarios para los análisis económicos. Valoramos que esta cláusula se haya conservado, ya que fue una demanda que defendimos durante la elaboración del borrador y consideramos imprescindible para contar con una imagen real del escenario sobre el que se toman las decisiones de precio y financiación.

Sin embargo, a falta de conocer el texto final, consideramos que el planteamiento es insuficiente, como venimos alertando desde el inicio de su redacción [2]. Por ello, reiteramos nuestra demanda de un desarrollo exhaustivo que obligue a detallar, de forma clara y verificable, los incentivos fiscales recibidos, las subvenciones públicas de origen nacional e internacional, y un desglose de costes por cada fase del desarrollo, desde la investigación básica hasta los estudios post comercialización.

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

Según datos de la OCDE, la proporción de incentivos fiscales en relación con las asignaciones presupuestarias públicas globales

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

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

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

Referencias

1. Padilla, Javier Evaluación para la acción: a propósito de las tecnologías sanitarias. 26 de mayo de 2026 <https://agranescala.substack.com/p/evaluacion-para-la-accion-a-proposito>
2. Salud por Derecho. Pedimos al Ministerio de Sanidad más transparencia en la evaluación de los medicamentos y de otras tecnologías sanitarias. 23 de septiembre de 2024. <https://saludporderecho.org/pedimos-al-ministerio-de-sanidad-mas->

[transparencia-en-la-evaluacion-de-los-medicamentos-y-de-otras-tecnologias-sanitarias/](https://www.transparencia-en-la-evaluacion-de-los-medicamentos-y-de-otras-tecnologias-sanitarias/)

España. El Gobierno reforma el sistema de copago farmacéutico para blindar la equidad y proteger a las rentas medias y bajas

Ministerio de Salud, 12 de mayo de 2026

<https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6905>

El nuevo real decreto-ley adapta la aportación farmacéutica a la capacidad económica real de la ciudadanía y mejora la protección para pacientes polimedificados.

Incorpora nuevos tramos de aportación y topes mensuales progresivos en función de la renta sin incrementar la aportación que realizaban hasta ahora los diferentes colectivos.

La medida tendrá un impacto presupuestario estimado de 265,63 millones de euros y busca reducir desigualdades y garantizar la continuidad de los tratamientos.

El Consejo de Ministros ha aprobado un nuevo real decreto-ley por el que se modifica el sistema de aportación de los usuarios en la prestación farmacéutica ambulatoria. La reforma, impulsada conjuntamente por los ministerios de Sanidad y Hacienda, tiene como finalidad reforzar la equidad en el acceso a los medicamentos y garantizar que las condiciones económicas no supongan una barrera para la continuidad de los tratamientos, especialmente en un contexto marcado por el incremento del coste de vida y la incertidumbre económica internacional.

El Gobierno considera necesario adaptar el modelo vigente de copago farmacéutico para corregir situaciones de desigualdad detectadas en determinados colectivos, en particular entre pacientes con rentas bajas y medias que, pese a no estar incluidos en los supuestos de exención, asumían una carga económica elevada derivada de tratamientos prolongados o de alta necesidad terapéutica. La reforma aprobada permite implementar un sistema de copago más progresivo sin incrementar la aportación que realizaban hasta ahora los diferentes colectivos.

En este sentido, diversos análisis técnicos elaborados por el Comité Asesor de la Prestación Farmacéutica han puesto de manifiesto que determinados niveles de aportación pueden afectar negativamente a la adherencia terapéutica y favorecer interrupciones o reducciones de los tratamientos por motivos económicos, con el consiguiente impacto sobre la salud de los pacientes y sobre el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

Entre las principales novedades de la norma destaca la ampliación de los niveles de aportación para personas activas y sus beneficiarios, que pasan de tres a seis tramos de renta, ajustando de forma más progresiva los porcentajes de copago. Además, se incorporan nuevos topes máximos mensuales de aportación para los colectivos con una renta anual inferior a 35.000 euros, que hasta ahora no disponían de límites

específicos, con el objetivo de limitar el impacto económico en las personas con tratamientos prolongados y en polimedificados.

Tramo de renta anual	% de copago	Límite máximo mensual
Inferior a 9.000 €	40%	8,23 €
9.000-17.999 €	40%	18,52 €
18.000-34.999 €	45%	61,75 €
35.000-59.999 €	45%	Sin tope mensual
60.000-99.999 €	50%	Sin tope mensual
Superior a 100.000 €	60%	Sin tope mensual

En el caso de los pensionistas, la reforma introduce también una revisión de los tramos de aportación y de los límites máximos mensuales con el objetivo de reforzar la protección de las personas mayores con menores ingresos y garantizar la continuidad de los tratamientos de larga duración.

La norma incorpora un nuevo tramo intermedio para pensionistas con rentas entre 18.000 y 60.000 euros anuales y actualiza los topes máximos de aportación mensual de manera progresiva. Además, se establece la exención automática para los pensionistas perceptores de complementos por mínimos, evitando que las revalorizaciones de las pensiones puedan provocar la pérdida de este derecho.

Tramo de renta anual	% de copago	Límite máximo mensual
Inferior a 18.000 €	10%	8,23 €
18.000-59.999 €	10%	13,37 €
60.000-99.999 €	10%	18,52 €
Superior a 100.000 €	60%	61,75 €

Asimismo, la reforma mantiene las exenciones ya existentes para colectivos vulnerables, como personas beneficiarias del ingreso mínimo vital, perceptores de pensiones no contributivas, personas desempleadas sin prestación, menores con discapacidad reconocida o personas afectadas por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. También se incorpora expresamente la exención para las personas beneficiarias del complemento de ayuda para la infancia.

Según la Memoria del Análisis de Impacto Normativo, la medida tendrá un impacto presupuestario estimado de 265,63 millones de euros. El Ministerio de Sanidad destaca que la reforma contribuirá a mejorar la adherencia terapéutica, prevenir complicaciones evitables y reducir la presión asistencial derivada de interrupciones de tratamientos por motivos económicos.

Dentro del acuerdo farmacéutico de £64.000 millones que podría costar más vidas que la covid

Revista AAJM, nº47, abril de 2026

<https://accesojustomedicamento.org/dentro-del-acuerdo-farmaceutico-de-64-mil-millones-de-libras-esterlinas-que-podria-costar-mas-vidas-que-el-covid/>**The Bureau of Investigative Journalism.**

Global Health, 13-04-2026.

<https://www.thebureauinvestigates.com/stories/2026-04-13/inside-the-64bn-pharma-deal-that-could-cost-more-lives-than-covid> (disponible en inglés, abajo el resumen que ha hecho AAJM, editado por SyF)

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

Las consecuencias en la salud de la población atendida por el sistema nacional de salud (NHS), que ha decidido pagar más a las compañías farmacéuticas, se traducirá en miles de vidas perdidas.

Un vistazo inicial

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

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

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

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

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

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

Sin tener en cuenta el acuerdo, el sistema de salud británico sobrevive a duras penas y está bajo una enorme presión. Datos del Real Colegio de Medicina de Urgencias muestran que, en

2024, alrededor de 320 pacientes fallecieron semanalmente en Inglaterra debido a retrasos en la atención de urgencias, algo que podrían haberse evitado. En todo el país, más de siete millones de personas permanecieron en listas de espera del NHS (Servicio Nacional de Salud).

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

Cuando finalmente se alcanzó un acuerdo, el gobierno británico declaró que este costaría al NHS de Inglaterra mil millones de libras esterlinas en los próximos tres años. Los expertos afirman que esta cifra representa solo una fracción del coste real.

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

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

El NICE declaró: «Nuestras decisiones se basan en encontrar el equilibrio entre que los tratamientos innovadores estén disponibles y garantizar el mejor uso de los fondos públicos».

Acuerdos como este entre EE UU y el Reino Unido tienen un impacto importante en que pacientes británicos reciban medicamentos que salvan vidas. Los críticos del acuerdo afirman que desviar fondos de las salas de hospital, los servicios de urgencias y otras formas de atención vitales costará vidas. En una carta abierta a Streeting (miembro del Parlamento), más de 200 expertos, activistas y profesionales sanitarios calificaron el acuerdo de «catástrofe» para todos los pacientes del NHS. En ella describen las posibles consecuencias como «trágicas» e «impactantes».

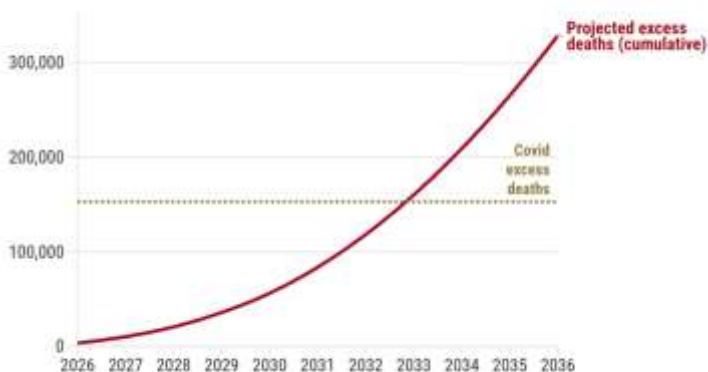
Karl Claxton, destacado economista de la salud que formó parte del comité de evaluación del NICE, dirigió un equipo de investigadores de la Universidad de York para modelar los posibles resultados. Sus conclusiones son contundentes: «Para 2033, el exceso de muertes derivado de este acuerdo será mayor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

Más letal que la covid-19.

Investigadores de la Universidad de York proyectan que el acuerdo farmacéutico del Reino Unido provocará más muertes adicionales que las sufridas durante dos años de pandemia.

Deadlier than Covid

Researchers at the University of York project the UK's pharma deal will result in more additional deaths than two years of the pandemic



Source: University of York, Costings and mortality model (April 2026)

Made with Flourish - Create a chart

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

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

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

Pero a pesar de las enormes implicaciones del acuerdo para la salud pública, no se ha permitido que el Parlamento revise sus términos. A activistas y periodistas se les han denegado solicitudes de acceso a la información para obtener detalles clave. Las preguntas de los políticos no han recibido respuestas satisfactorias.

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

Dentro de las negociaciones

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

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

devolverían £13.500 millones en cuatro años bajo la normativa actual).

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

Lobby (cabildeo) a larga distancia

PhRMA, el grupo de presión en Washington que representa a las grandes farmacéuticas estadounidenses, lleva años presionando al NICE y al sistema para establecer los precios de los medicamentos en el Reino Unido. Lo que diferenció las negociaciones del año pasado fue «la agresividad con la que Trump está dispuesto a oponerse a estos controles de precios», afirmó Nick Dearden, de Global Justice Now.

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

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

Durante las negociaciones, la ABPI encargó a Global Counsel un estudio que justificaba muchos de los cambios finalmente alcanzados en el acuerdo. ABPI afirmó que Global Council facilitó talleres durante la elaboración del informe, el cual se produjo bajo su control exclusivo, y añadió que colabora con diversas organizaciones para la producción de sus publicaciones.

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

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

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

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

Luego, en el transcurso de una sola semana en septiembre, se desencadenó una reacción en cadena. Una tras otra, las empresas amenazaron con retirar importantes proyectos en el Reino Unido: MSD canceló un centro de investigación en Londres valorado en £1.000 millones de libras; AstraZeneca suspendió un proyecto de £200 millones en Cambridge; Eli Lilly aplazó la construcción de un laboratorio previsto en Londres. Ante la preocupación de que los gigantes farmacéuticos hubieran conspirado para aumentar los precios de los medicamentos, la Autoridad de Competencia y Mercados declaró que había decidido no investigar.

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

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

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

En diciembre, se cerró el acuerdo.

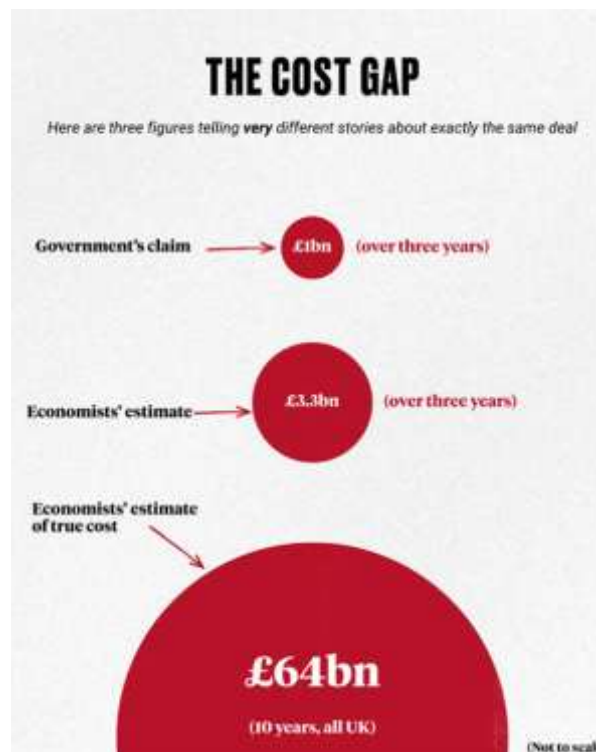
La interpretación de Claxton sobre la situación es sencilla: «El gobierno se enfrentó a una clara disyuntiva», afirmó, «o apoyaba al NHS y a la atención social para adultos y resistía estas presiones, o no. Y decidió no hacerlo».

Los costes reales

Los ministros han presentado el acuerdo como una victoria: cero aranceles estadounidenses a los productos farmacéuticos británicos, crecimiento económico, inversión y empleos que «refuerzan la posición del Reino Unido como potencia en ciencias de la vida». La asociación de la industria farmacéutica lo calificó de «buenas noticias para los pacientes del NHS».

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

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



Lord Vallance afirma que el acuerdo costará al NHS England £1.000 millones en los próximos tres años. E incluso si se aceptara ese coste al pie de la letra, argumenta Claxton, esos £1.000 millones podrían utilizarse mejor. «La mejor manera de gastarlo no es dárselo a la industria farmacéutica», dijo. «La mejor manera de gastarlo es aumentar los presupuestos del NHS o de la atención social para adultos».

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

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

En resumen

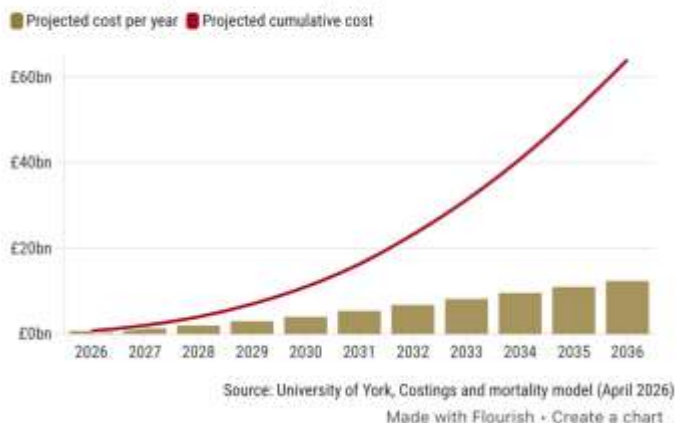
El gobierno británico ha valorado el acuerdo en £1.000 millones. Los investigadores afirman que el coste real a lo largo de 10 años será muchísimo mayor.

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

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

Totting it up

The UK government has priced the deal at £1bn. Researchers say the real cost over 10 years will be vastly higher



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

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

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

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

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

Secretos y vidas

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

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

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

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

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

Nick Dearden, de la organización sin ánimo de lucro Global Justice Now, declaró: «Cuando se trata de una regulación política interna, como el control de precios del NHS, me parece extraordinario que ni el público ni los parlamentarios tengan acceso a los cálculos».

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

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

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

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

Parece que los estadounidenses están satisfechos. El secretario de Salud de EE UU, Robert F. Kennedy, agradeció a Trump por «obtener resultados que priorizan a los estadounidenses», y el secretario de Comercio, Howard Lutnick, afirmó que el acuerdo implicaría que «los avances del futuro se desarrollarán, probarán y producirán en suelo estadounidense».

En cuanto a las farmacéuticas que amenazaron con abandonar el Reino Unido, aún no se han comprometido a quedarse. AstraZeneca y Bristol Myers Squibb no respondieron a nuestras preguntas. La última declaración de Eli Lilly, que había suspendido su proyecto de laboratorio en Londres, fue que la confirmación del acuerdo era alentadora y que la compañía

«revisará sus planes de inversión allí a medida que mejore el entorno». En otras palabras: todavía no.

¿Qué sigue?

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

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

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

Activistas presentan una impugnación legal por «apropiación ilegal de poder» por los cambios en el control de precios de medicamentos para el NHS en respuesta a las exigencias de Trump

(Campaigners file legal challenge to 'unlawful powergrab' over NHS drug price control changes demanded by Trump)

Global Justice Now, 2 de junio de 2016

<https://www.globaljustice.org.uk/news/campaigners-file-legal-challenge-to-unlawful-powergrab-over-nhs-drug-price-control-changes-demanded-by-trump/>

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios 2026; 29 (3)*

Tags: Ilegalidades en el acuerdo entre EE UU y el Reino Unido, aumento en el gasto de medicamentos en el Reino Unido, presiones de la administración Trump al Reino Unido, litigación contra políticas del gobierno

- Activistas afirman que la legislación que se utilizó para acabar con la independencia del NICE fue ilegal y antidemocrática.

Los cambios forman parte de concesiones más amplias a favor de la industria farmacéutica que realizó el Reino Unido en respuesta a la presión de la Casa Blanca y de la propia industria, que, según expertos, ponen en peligro cientos de miles de vidas.

Tras un intercambio formal con los abogados del gobierno, una batalla legal iniciada por activistas contra el Gobierno británico por los cambios introducidos en el sistema de control de precios de los medicamentos en el Reino Unido se traslada a los tribunales. El gobierno, en su respuesta a una carta previa a la demanda, intentó justificar la forma en que se han realizado los cambios, que pondrán fin a la independencia de NICE (*National Institute for Health and Care Excellence* o Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención) del control ministerial. Sin embargo, los activistas y sus abogados siguen convencidos de que el gobierno actuó ilegalmente y han solicitado autorización judicial para que se haga una revisión judicial completa.

La organización de pacientes Just Treatment y la organización de justicia social Global Justice Now han demandado al gobierno, junto con sus abogados, Leigh Day, por la inclusión de nuevas regulaciones para implementar un pilar fundamental del acuerdo comercial entre EE UU y el Reino Unido sobre productos farmacéuticos. Los grupos están recaudando fondos mediante micromecenazgo para llevar el caso hasta el final y cubrir la totalidad de los gastos legales y judiciales.

Un instrumento legal, aprobado en abril, otorga el control directo sobre el umbral de costo-efectividad que utiliza NICE para determinar qué medicamentos se ofrecen de forma rutinaria en el

NHS a los ministros. Este cambio se tuvo que hacer para que el gobierno pudiera cumplir las promesas hechas a Donald Trump en el marco del acuerdo comercial sobre productos farmacéuticos anunciado en diciembre de 2025. Forma parte de un paquete de cambios que compromete al Reino Unido a aumentar drásticamente el gasto en medicamentos patentados por parte del NHS durante los próximos diez años.

Sin embargo, el mes pasado, en una carta dirigida al gobierno (disponible en:

<https://drive.google.com/file/d/1WgCNhbWQsd5tRvHGP-A6szwNQg3UCNYd/view?usp=sharing>) los activistas expusieron las razones por las que los cambios son ilegales, y pidieron al gobierno que revocara la legislación o enfrentara a una batalla legal. Los activistas creen que los cambios acaban con la independencia del NICE y permiten la injerencia política, dejando que los precios de los medicamentos estén sujetos al cabildeo político de las grandes farmacéuticas y el gobierno estadounidense. Afirman que esto supone un riesgo existencial para el riguroso marco de salvaguardias del Reino Unido, diseñado para proteger a los pacientes y al Servicio Nacional de Salud (NHS) de los precios abusivos que exige la industria. Se estima que los cambios a los que se ha comprometido el gobierno, en virtud del acuerdo con Trump, costarán al NHS miles de millones de libras esterlinas al año para 2035, y han sido ampliamente criticados por expertos en salud.

El gobierno, en su respuesta, se mantuvo firme en su postura de haber actuado legalmente. Activistas y sus abogados han presentado documentos ante los tribunales, solicitando autorización para celebrar una vista judicial y que un juez se pronuncie sobre el asunto.

Diarmaid McDonald, directora de Just Treatment, declaró:

“Es sumamente decepcionante, aunque lamentablemente no sorprendente, que el gobierno se haya negado a admitir el error cometido al intentar eludir el control parlamentario para aprobar estos cambios. Durante todo este proceso, el gobierno ha escuchado al gobierno

estadounidense y a los grupos de presión de las farmacéuticas en lugar de a los pacientes, el personal, los parlamentarios y los expertos independientes del NHS. No podemos permitir que pongan en riesgo tantas vidas y nuestro sistema de salud público para inflar las ganancias de la industria y alimentar el ego de Trump.

Si bien esperamos que los tribunales obliguen al gobierno a revertir este cambio ilegal y antidemocrático, hay que hacer un análisis mucho más profundo de todo el acuerdo. Cuando este acuerdo pone en riesgo tantas vidas, debemos preguntarnos por qué se accedió a las demandas de la industria farmacéutica y cuáles son las implicaciones de su poder monopólico para nuestra democracia, economía y salud”.

Nick Dearden, director de Global Justice Now, afirmó:

“El gobierno ha demostrado que no se opondrá a Trump para proteger a nuestro NHS, por lo que estamos tomando cartas en el asunto”. No nos quedaremos de brazos cruzados y no permitiremos que el NHS se debilite simplemente para aumentar aún más los beneficios de una industria que se preocupa más por los intereses de sus accionistas que por los de la gente común. El gobierno ha impuesto estas medidas sin debatirlas en el Parlamento, por lo que no nos queda otra opción que luchar contra esto en los tribunales.

Rowan Smith, abogado de Leigh Day, declaró:

«Nuestros clientes están profundamente preocupados por el impacto que el acuerdo comercial farmacéutico entre el Reino Unido y EE UU podría tener en el precio y la disponibilidad de medicamentos. Argumentan que el nuevo poder que otorgan al Secretario de Salud sobre la dirección del NICE en materia de costo-efectividad corren el riesgo de socavar un organismo de salud importante y reconocido mundialmente, y podrían afectar significativamente a los medicamentos disponibles en el NHS».

Los parlamentarios han intentado forzar un debate público sobre estos cambios, pero el mecanismo que el gobierno utilizó para implementarlos, conocido como instrumento legal negativo, está diseñado para que este tipo de escrutinio independiente sea prácticamente imposible. No obstante, diputados y lores ... Representantes del Partido Laborista, el Partido Conservador, el SNP, los Liberal Demócratas, el Partido Verde y Plaid Cymru, así como dos comités multipartidistas, han expresado su preocupación.

El NICE se creó para operar con independencia del control ministerial; sin embargo, el acuerdo que el Reino Unido firmó con Trump incluía el compromiso de elevar los umbrales de costo-efectividad que el organismo utiliza para determinar si los medicamentos ofrecen una buena relación calidad-precio y, por tanto, pueden incorporarse al sistema público de salud (NHS). Esto obligó al Gobierno a legislar para otorgarse la facultad de imponer dicho cambio al NICE, una potestad que ya ha ejercido

para ajustar los umbrales. No obstante, la demanda judicial sostiene que la finalidad de estas modificaciones contradice directamente la ley principal que se está reformando y que, por consiguiente, tales cambios solo deberían tramitarse mediante un nuevo proceso legislativo de rango principal.

Notas para los editores:

1. Se puede acceder a las respuestas del Gobierno del Reino Unido hasta la fecha aquí: <https://www.globaljustice.org.uk/wp-content/uploads/2026/06/PAP-Response-DAC-Beachcroft-NICE-to-LD-20-05-2026-redacted-1.pdf>, y en: <https://www.globaljustice.org.uk/wp-content/uploads/2026/06/PAP-Response-GLD-to-LD-20-05-2026-REDACTEDv2-1.pdf>

El acuerdo entre EE UU y el Reino Unido sobre precios de medicamentos logró un compromiso temporal de EE UU de no imponer aranceles a las exportaciones farmacéuticas del Reino Unido hacia dicho país [1]. A cambio, el Reino Unido se ha comprometido a una serie de reformas permanentes y de gran alcance en los mecanismos de control de precios, así como a acelerar rápidamente el gasto del NHS (Servicio Nacional de Salud) en medicamentos patentados: se prevé duplicar dicho gasto en un plazo de diez años sin fondos adicionales del Tesoro para compensar el coste.

El acuerdo se produjo tras meses de presión sostenida por parte de la industria farmacéutica y la Casa Blanca; y según expertos de la Universidad de York, el pacto pone en riesgo la vida de más de 328.000 pacientes del NHS a lo largo de los 19 años de vigencia del acuerdo.

El NICE, un organismo pionero en la evaluación de tecnologías sanitarias, respetado y emulado en todo el mundo, es la pieza clave del complejo entramado de instrumentos que ha diseñado el Reino Unido para controlar los precios y el gasto en medicamentos patentados, un ámbito en el que las compañías farmacéuticas que ostentan el monopolio pueden fijar unilateralmente sus precios y ejercer un poder significativo sobre el sistema de salud. La medida para acabar con la independencia del NICE ha sido duramente criticada por expertos. El fundador y director clínico y de salud pública del NICE la describió como "la mayor amenaza hasta la fecha para su existencia".

La carta sostiene que el Gobierno ha actuado de manera ilegal por tres motivos (<https://drive.google.com/file/d/1WgCNhbWQsd5tRvHGP-A6szwNQg3UCNYd/view?usp=sharing>): ha utilizado un procedimiento parlamentario que no le otorga la autoridad para implementar los cambios deseados (dichos cambios contradicen directamente el propósito de la legislación principal que se pretendía modificar y, por tanto, solo deberían tramitarse mediante el procedimiento legislativo ordinario); no ha hecho ni publicado evaluaciones adecuadas sobre el impacto y las consecuencias de estos cambios para las distintas comunidades del Reino Unido; y ha actuado en contra del verdadero propósito de la ley.

La carta otorga al Gobierno un plazo hasta el 15 de mayo para responder, solicita que el Secretario de Estado se comprometa a revocar la legislación ilegal. De no producirse dicha respuesta, los promotores de la iniciativa llevarán al Gobierno ante los

tribunales. El Gobierno solicitó más tiempo para responder, y los demandantes están a la espera de dicha respuesta. La demanda debe presentarse ante los tribunales antes del 2 de junio.

Referencias

1. UK Government. UK-US arrangement on pharmaceutical trade and pricing. 2 de abril de 2026
<https://www.gov.uk/government/publications/uk-us-arrangement-on-pharmaceutical-trade-and-pricing>

Canadá y EE UU

Los intermediarios inútiles que hacen que los medicamentos de venta con receta sean inasequibles

(The Useless Middlemen Making Prescriptions Unaffordable)

Ashley Bishop

Jacobin, 29 de junio de 2026

<https://jacobin.com/2026/06/pbms-pharmacy-benefit-managers>

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios* 2026; 29 (3)

Tags: gestores de beneficios farmacéuticos, contribución de los PBM al aumento del precio de los medicamentos, historia de los PBM, eliminar a los PBM, abaratar los precios de los medicamentos, prácticas anticompetitivas de los PBM

Los gestores de prestaciones farmacéuticas (*pharmacy benefit managers o PBM*) se sitúan en el centro de una transacción de cuatro partes, entre pacientes, aseguradoras, fabricantes de medicamentos y farmacias; y han descubierto cómo obtener ganancias de cada una de esas relaciones, explica el candidato al Senado, Abdul El-Sayed.

Las compañías de seguros acaparan toda la atención porque controlan el acceso de los estadounidenses a los servicios médicos. Pero puede que haya otro intermediario corporativo que ejerza aún más influencia sobre los precios de los medicamentos de venta con receta: los gestores de prestaciones farmacéuticas. La mayoría de los estadounidenses no ha oído hablar de ellos, y esa falta de visibilidad es parte de su poder.

El candidato al Senado, Abdul El-Sayed, explicó el papel de los PBM a la revista Jacobin [1]: "Se sitúan en el centro de una transacción de cuatro partes, que se produce a diario en el ámbito de la atención médica, entre un paciente, una compañía de seguros médicos, un fabricante farmacéutico y una farmacia. Y, al situarse en el centro de esa transacción de cuatro partes, están en una posición ideal para poder sacarles dinero a todos".

El pagador, una compañía de seguros, una empresa o un sindicato, contrata a un PBM para que actúe como administrador de sus cuentas de prestaciones farmacéuticas. En su calidad de administradores, los PBM se encargan de diseñar y gestionar los formularios de medicamentos en nombre del pagador, un término confuso que se refiere a la lista principal de las prestaciones farmacéuticas que ofrecerá el pagador. Determinan qué medicamentos cubrirá el seguro, cuáles serán los preferidos, cuáles requieren autorización previa o terapia escalonada, qué farmacias pertenecen a la red y cuáles son los copagos, deducibles y coaseguros. Se encargan de las negociaciones con los fabricantes de medicamentos y tramitan las facturas de las farmacias.

Los PBM surgieron a finales de la década de 1960 para tramitar un volumen cada vez mayor de facturas de medicamentos de venta con receta y ayudar a las aseguradoras a gestionar los formularios de medicamentos. A medida que el gasto en medicamentos de venta con receta se disparaba y la industria

farmacéutica se consolidaba, estas empresas pasaron de ser simples gestoras de facturas a convertirse en intermediarios integrados verticalmente en el sector de la salud, controlando de forma encubierta gran parte de la cadena farmacéutica de suministro y sacando provecho de ella [2].

"Estos PBM se independizaron, pero luego pasaron a formar parte de algunas de las mayores corporaciones del mundo, ya fuera en el ámbito farmacéutico o en el de los seguros", explicó El-Sayed. "Y no es más que otro ejemplo de cómo en nuestro sistema de salud existe este sistema legalizado de corrupción, casi en torno a la gestión de complejidades, que en realidad no tienen por qué existir".

Los "tres grandes" PBM son CVS Caremark, OptumRx y Express Scripts. En conjunto, gestionan casi el 80% de todas las recetas dispensadas en EE UU, y las farmacias especializadas con las que están afiliadas acaparan cerca del 70% de todos los ingresos por medicamentos especializados.

Las oportunidades de obtener ganancias para las PBM están en cada eslabón de la cadena farmacéutica de suministro.

CVS Caremark es propiedad de CVS Health, que también es propietaria de Aetna, CVS Pharmacy y CVS Specialty (la cual dispensa medicamentos especializados, como productos biológicos y oncológicos). OptumRx es propiedad de UnitedHealth Group, al que también pertenecen UnitedHealthcare y Optum Specialty Pharmacy. Express Scripts es propiedad de Cigna, que también es propietaria de la farmacia especializada, Accredo.

Cuando tu aseguradora rechaza la cobertura de tu receta, a favor de un genérico, para el que te ves obligado a esperar hasta recibir una autorización previa y que, además, solo se puede dispensar en una farmacia específica, la culpa recae directamente sobre la aseguradora, y con justa razón. Pero no son los únicos villanos de la historia. Es probable que esos requisitos de autorización previa y las guías sobre los medicamentos preferidos las hayan establecido los PBM contratados por tu aseguradora (que, a menudo, pertenecen al mismo grupo). Esta frustrante falta de transparencia desvía la atención pública, por ejemplo, de CVS Caremark hacia Aetna, ambas propiedad de CVS Health, la cual también es propietaria de tu farmacia CVS local.

Remuneración oculta

A los PBM se les suele pagar una comisión administrativa por su trabajo. Pero la remuneración de un PBM no se limita únicamente a las comisiones administrativas. Por el contrario, las oportunidades de que los PBM obtengan ganancias están en cada eslabón de la cadena farmacéutica de suministro. El ejemplo más flagrante es una práctica indignante conocida como estrategia de fijación de precios.

Una vez que has pagado tu copago para recoger una receta, la compañía de seguros no reembolsa directamente a la farmacia la parte que le corresponde del costo. En su lugar, esta transacción la gestiona un PBM en calidad de intermediario. Y si el PBM aplica la práctica de fijación de precios diferenciados (*spread pricing*), el proceso es básicamente el siguiente: La farmacia le dice al PBM que el medicamento "A" le costará a la aseguradora US\$40; el PBM le dice a la aseguradora que el medicamento "A" le costará US\$70; la aseguradora entrega los US\$70; el PBM paga a la farmacia US\$40; y el PBM se queda con US\$30.

La estrategia de fijación de precios diferenciados (*spread pricing*) no solo afecta a los precios de las recetas. También puede suponer una mayor carga fiscal para los trabajadores. Una auditoría estatal de Ohio, realizada en 2018, reveló que los PBM, como CVS Caremark y OptumRx, habían cobrado al programa Medicaid del estado más de US\$224 millones mediante la estrategia de fijación de precios diferenciados. Entre abril de 2017 y marzo de 2018, los PBM habían obtenido un margen del 31% en los medicamentos genéricos, y del 9% en todos los medicamentos, lo que significa que ese 31% y ese 9% adicionales fueron retenidos por los PBM y subvencionados por los contribuyentes.

¿Por qué los pagadores toleran un sistema diseñado para estafarlos? Pues bien, los mecanismos de fijación de precios diferenciados no siempre figuran en los contratos, lo que significa que es posible que el pagador no sepa cuánto le están costando realmente los PBM. El retraso en los informes de las facturas, y los resúmenes trimestrales que agregan los precios, suelen mostrar únicamente lo que se facturó a los PBM, no lo que realmente se reembolsó a la farmacia, y ofrecen poca o ninguna transparencia sobre cada ítem que aparece en las transacciones individuales de las facturas. Esto crea una situación en la que el verdadero costo de los márgenes de precios puede quedar oculto en informes crípticos y tardíos.

Pero antes de que se compadezca demasiado de los pagadores, recuerde que muchas de estas entidades siguen siendo compañías de seguros integradas en la misma estructura de generación de ganancias que los PBM. Ellos aceptan el trato porque los PBM les prometen ayudarles a obtener el máximo beneficio posible, manteniendo una enredada y exasperante maraña de políticas que generan fricciones innecesarias y opacidad entre usted y su atención médica.

Otra fuente lucrativa para los PBM son los reembolsos. Aprovechando el acceso a su formulario de medicamentos y, por tanto, acceso a los pacientes y a su dinero, los PBM pueden incentivar a los fabricantes de medicamentos para que les ofrezcan acuerdos de reembolso favorables. Los reembolsos se suelen calcular como un porcentaje del precio de catálogo de un medicamento, por lo que los medicamentos con un precio de

catálogo más alto pueden generar mayores reembolsos para los PBM.

Para un fabricante, garantizar que los PBM obtengan algún beneficio puede traducirse en obtener una posición destacada en el formulario y en menos obstáculos para la venta de sus productos, como copagos elevados y requisitos de autorización previa.

Por el contrario, los PBM pueden utilizar su influencia para rechazar a los fabricantes que no hayan podido o no hayan querido ofrecerles generosos reembolsos y extras, excluyendo sus medicamentos de los formularios o imponiendo tantos obstáculos como sea posible, como los requisitos de autorización previa y copagos elevados, mencionados anteriormente.

Así pues, cuando de repente su seguro deja de cubrir su medicamento en favor de un genérico, o de otra marca, sin requisitos de autorización previa, puede que sea porque a su PBM le hicieron una oferta que no pudo rechazar, lo que le obliga a cambiar de medicamento.

"No paran de decirnos que los mercados se regulan por sí solos. Pero cuando surgen los oligopolios que las PBM protegen, surgen ineficiencias profundas y graves, y eso se nota en nuestros bolsillos", afirmó El-Sayed. "Pagamos más por los medicamentos que tenemos que comprar, y todo ello se enmarca en un sistema que está consolidando el poder en manos de muy pocas empresas".

Eliminar a la competencia

Las farmacias independientes, en particular, sufren la presión de la integración vertical. Los PBM pueden orientar a los pacientes hacia farmacias específicas, a menudo de su propiedad, lo que dificulta que las farmacias independientes puedan competir. Incluso cuando logran participar en las redes de los PBM, se suelen enfrentar a prácticas de reembolso poco transparentes, como las tarifas de remuneración directa e indirecta (DIR o direct and indirect remuneration) y las recuperaciones de fondos (*clawbacks*), lo que genera mucha incertidumbre financiera.

Las recuperaciones son, en esencia, lo que su nombre indica. A una farmacia se le reembolsa una receta, pero meses más tarde el PBM "recupera" una parte de ese reembolso basándose en métricas de rendimiento o comisiones poco transparentes. Así pues, la farmacia creía que había ganado US\$50 con una receta, solo para descubrir meses más tarde que en realidad eran US\$30. Mientras tanto, las farmacias afiliadas al PBM tienen más probabilidades de recibir un trato favorable y pueden absorber las pérdidas de mejor manera, ya que operan dentro de una estructura corporativa más amplia e integrada verticalmente.

Los propietarios de las farmacias no asumen los costos por sí solos. El cierre de farmacias independientes, especialmente en las comunidades rurales, reduce el acceso local a la atención médica y provoca que los pacientes recurran a las farmacias de venta por correo y a las cadenas de farmacias, que son propiedad de estos mismos conglomerados de atención médica, con mayor frecuencia.

Los legisladores se han empezado a dar cuenta de ello. En 2022, la Comisión Federal de Comercio (FTC o *Federal Trade*

Commission), dirigida por Lina Khan, inició una investigación, que aún continúa, sobre los PBM. En 2024, la FTC presentó una demanda contra los "Tres Grandes", alegando que habían creado "un sistema perverso de reembolsos de medicamentos que prioriza los reembolsos elevados de los fabricantes de medicamentos, provocando que los precios de catálogo de la insulina estén inflados artificialmente" [3]. La FTC concluyó que los fabricantes de medicamentos competían por ocupar los primeros puestos en los formularios, aumentando artificialmente los precios de catálogo de la insulina, lo que les permitía aumentar los reembolsos que podían pagar a los PBM.

A medida que prácticas como la fijación de precios diferenciales y los esquemas de reembolsos han sido objeto de un mayor escrutinio público, los PBM han trasladado sus prácticas lucrativas a otras partes del sistema.

Y, como siempre, fueron los pacientes quienes más perdieron. A medida que subían los precios de catálogo de la insulina y los PBM obtenían reembolsos cada vez mayores, esos reembolsos más elevados deberían haber reducido los costos para los pacientes. En cambio, muchos pacientes, especialmente aquellos con deducibles o coaseguros, siguieron pagando el precio de catálogo más alto antes de que se aplicaran los reembolsos, en lugar del precio neto más bajo, y algunos llegaron a pagar de su bolsillo una cantidad superior al costo total para el pagador.

Según la demanda, los PBM sabían que excluir de los formularios a la insulina con precios de catálogo más bajos aumentaba los costos para los pacientes vulnerables; sin embargo, los PBM siguieron negociando términos de reembolso que trasladaban los costos a los pacientes. Como lo expresó con descaro un vicepresidente de una PBM, este sistema "perverso" permitía que estos PBM siguieran "disfrutando de los succulentos reembolsos".

En febrero de 2026, Express Scripts llegó a un acuerdo con la FTC que incluía reformas en sus operaciones, mientras que los procesos contra CVS Caremark y OptumRx siguen en curso [4].

Prohibir a los intermediarios

Tras la auditoría, realizada en Ohio en 2018, el estado ordenó la rescisión de todos los contratos con los PBM que practicaran la estrategia de fijación de precios diferenciales [5]. En adelante, los PBM contratados por el estado estarían obligados a aplicar una política de precios de transferencia, lo que garantizaría que se limitaran a pagar las facturas a las farmacias en nombre de los pagadores, sin obtener ninguna ganancia de la transacción.

Desde entonces, otros trece estados, como Nueva York, Luisiana, Kentucky y Texas, han seguido el ejemplo de Ohio, ya sea exigiendo la aplicación de precios de transferencia o adoptando alguna variante de las reformas sobre el establecimiento de precios diferenciales. Lo mismo han hecho muchas empresas autoaseguradas, que ahora exigen el uso de precios de transferencia.

A principios de este año, el Congreso aprobó reformas federales para los PBM, como parte del proyecto de ley de gastos para 2026. El objetivo de esta legislación es desvincular la remuneración de los precios de los medicamentos que forman parte de las prestaciones farmacéuticas de Medicare, exigir el

traspaso del 100% de los reembolsos a los planes de salud de las empresas, mejorar la transparencia en relación con la remuneración de los PBM, y establecer normas federales para los contratos con las farmacias [6].

El proyecto de ley de gastos no aborda la integración vertical. Tampoco incluye las amplias reformas a los PBM para gestionar el programa Medicaid, como las prohibiciones de las estrategias de fijación de precios diferenciales a nivel nacional y los requisitos de reembolso por transferencia, propuestas en otras leyes.

Y dado que estos cambios no entrarán en vigor hasta 2028-29, todavía queda mucho tiempo para que la industria farmacéutica, y quienes sacan provecho de ella, presenten recursos legales, neutralicen las reformas o ideen formas alternativas para obtener ganancias.

A medida que prácticas como la fijación de precios diferenciales y los esquemas de reembolsos han sido objeto de un mayor escrutinio público, los PBM han desplazado sus prácticas lucrativas a otras partes del sistema. En el caso de los reembolsos, los PBM han centrado su atención en una gran variedad de otros incentivos, como las tarifas administrativas, las tarifas por datos, los incentivos por cuota de mercado, las tarifas de acceso al formulario, los descuentos por volumen, las tarifas de las organizaciones de compras grupales (GPO o *group purchasing organization*), los incentivos de conversión y las garantías de rendimiento, que se pueden añadir a los acuerdos de reembolso. Esta vertiginosa estructura de ganancias ha convertido los intentos de reforma en un sombrío juego de "golpear al topo", es decir, un esfuerzo repetitivo, interminable e inútil que no logra resolver el problema.

"Cada dólar que pasa por el sistema de salud proviene, en última instancia, de nuestros bolsillos", afirmó El-Sayed. "Se están enriqueciendo excesivamente sin prestar ningún servicio real que el Gobierno no pueda ofrecer con mayor calidad". En su campaña para el Senado, El-Sayed propone una estrategia diferente para hacer frente a estos poderosos intermediarios: prohibirlos por completo.

La "Ley para prohibir a los intermediarios" propuesta por El-Sayed eliminaría gradualmente a los PBM y trasladaría sus funciones a sistemas públicos e independientes más transparentes, incluyendo una negociación federal ampliada de los precios de los medicamentos y comités independientes para orientar la cobertura y el acceso a las farmacias, con el objetivo de reducir los precios de los medicamentos para los pacientes, al eliminar a los intermediarios con ánimo de lucro [7].

"Necesitamos un seguro médico garantizado por el Gobierno federal, desde que nacemos hasta que morimos, sin copagos, primas ni deducibles", afirmó El-Sayed. "Y la aparición de los PBM se debe a la ineficiencia del seguro médico privado en sí mismo. Así que, incluso mientras avanzamos hacia un sistema de 'Medicare para todos', podemos eliminar este sistema derrochador, y casi fraudulento, que simplemente se queda con una parte del dinero de cada transacción".

El argumento que utilizan los PBM en su defensa es que la estructura de incentivos que han creado sigue reduciendo los

precios para los pacientes. Pero, en la práctica, esto no ha funcionado. Durante el último cuarto de siglo, casi todos los indicadores del precio de los medicamentos de venta con receta que deben asumir los pacientes han aumentado drásticamente, mientras que las primas han subido y los planes se han orientado hacia copagos, deducibles, coaseguros y estructuras de precios para los medicamentos especializados más elevadas.

Mientras sigamos atrapados en este sistema de salud abusivo, que antepone las ganancias a todo lo demás, serán los ciudadanos quienes sigan pagando el precio.

Referencias

1. Abdul El-Sayed's plan to win in Michigan. Jacobin, 16 de junio de 2026. <https://jacobin.com/2026/06/michigan-senate-primary-el-sayed-interview>
2. Matthew Birnholz. (16 de enero de 2013). 30 rock vertical integration [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=ZZ7oht6TD9c>
3. FTC sues prescription drug middlemen for artificially inflating insulin drug prices. Federal Trade Commission. 20 de septiembre de 2024.

- <https://www.ftc.gov/news-events/news/press-releases/2024/09/ftc-sues-prescription-drug-middlemen-artificially-inflating-insulin-drug-prices>
4. FTC Secures Landmark Settlement with Express Scripts to Lower Drug Costs for American Patients. Federal Trade Commission. 4 de febrero de 2026. <https://www.ftc.gov/news-events/news/press-releases/2026/02/ftc-secures-landmark-settlement-express-scripts-lower-drug-costs-american-patients>
5. Associated Press. Ohio ends pharmacy middlemen contracts over 'Spread pricing' WOUB Public Media. 14 de agosto de 2018. <https://woub.org/2018/08/14/ohio-ends-pharmacy-middlemen-contracts-over-spread-pricing/>
6. H.R.7148 - Consolidated Appropriations Act, 2026. Congress.gov, 20 de enero de 2026. https://www.congress.gov/bill/119th-congress/house-bill/7148?_cf_chl_f_tk=Tf1bFZQ3RU0oq9rFCOH4ZRGfWkijyZwyCt9V.QE4AjjU-1782965252-1.0.1.1-4wpnvbSlm9H2JVD8iZAN8kfQzTgPmTBfoNyhwcNfZQo
7. Dr. Abdul El-Sayed Announces "Ban the Middleman" Act to Lower Prescription Drug Costs. Abdul for U.S. Senate. 6 de mayo de 2026. <https://abdulforsenate.com/2026/05/dr-abdul-el-sayed-announces-ban-the-middleman-act-to-lower-prescription-drug-costs/>

Antimonopolio y medicamentos de venta con receta: lo que pasan por alto Krugman y Khan

(Antitrust and Prescription Drugs: What Krugman and Khan Miss)

Dean Baker

CEPR, 5 de abril de 2026

<https://cepr.net/publications/antitrust-and-prescription-drugs-what-krugman-and-khan-miss/>

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios* 2026; 29 (3)

Tags: monopolios de medicamentos por patentes, PBM, prácticas anticompetitivas de los PBM, competencia en el mercado de medicamentos

Siento un enorme respeto tanto por Paul Krugman como por la excomisionada de la FTC, Lina Khan. Por eso me resultó frustrante ver la breve discusión que mantuvieron sobre los gestores de beneficios farmacéuticos (pharmacy benefit managers o PBM) durante una entrevista más extensa que Krugman realizó a Khan.

Khan señaló cómo, en su calidad de comisionada de la FTC, intentó combatir las prácticas anticompetitivas de los PBM que elevaban los precios de los medicamentos. Si bien es probable que Khan tuviera razón al afirmar que los PBM abusaban de su poder de mercado para inflar los precios, tanto ella como Krugman pasaron por alto el problema fundamental y evidente que nadie quería ver: los medicamentos son caros debido al gobierno, y específicamente a los monopolios por patentes que les otorga el gobierno.

Sé que insisto constantemente en este punto, pero es una cuestión de gran importancia, tanto en términos económicos (US\$550.000 millones anuales en total) como por su impacto directo en la salud y la supervivencia de las personas. El aspecto clave aquí es que no necesitamos monopolios de patentes para financiar el desarrollo de nuevos fármacos; podemos hacerlo mediante otros mecanismos, como la financiación pública directa. De hecho, ya lo hacemos en gran medida a través de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) y otras agencias gubernamentales.

Hay tres razones por las que este asunto es de vital importancia:

1. Fabricar y distribuir medicamentos es barato. En un mercado libre, sería raro que un medicamento se vendiera por más de US\$20 o US\$30 la receta. Resulta absurdo que algunos se vendan por veinte, treinta o incluso cien veces esa cantidad. Esto obliga a las personas con problemas de salud, o a sus familias, a luchar para que las aseguradoras cubran el coste del medicamento o a tener que mendigar el dinero necesario.
2. Los enormes márgenes de beneficio son el caldo de cultivo perfecto para la corrupción, como la que observamos con los PBM. La realidad es aún peor: estos márgenes ofrecen a las farmacéuticas incentivos enormes para mentir sobre la seguridad y eficacia de sus productos. Lo hacen constantemente; un ejemplo destacado es cuando engañaron a los médicos sobre el potencial adictivo de la nueva generación de opioides, contribuyendo así a la crisis de los opioides. Entre los economistas hay un dicho sobre la mejor manera de eliminar la corrupción asociada a un mercado negro: hay que eliminar el incentivo económico legalizando el producto en cuestión, ya sea alcohol o marihuana. Esta misma lógica se aplicaría perfectamente para acabar con los monopolios de patentes de los medicamentos de venta con receta.
3. Los monopolios derivados de las patentes solo incentivan el desarrollo de productos patentables. Cuando existen pruebas de que la dieta, el ejercicio o los factores ambientales influyen en el control o la prevención de una enfermedad, las compañías farmacéuticas carecen de incentivos para investigar en esa línea. No se puede patentar el brócoli.

En principio, la financiación pública podría cubrir este vacío, pero no hay razón para establecer una división tajante en la investigación para el desarrollo de productos patentables y la que

se hace para otras curas y tratamientos. Algunos albergábamos la esperanza de que RFK Jr. impulsara una mayor financiación para la investigación en este sentido, pero parece más interesado en propagar disparates sobre las vacunas y el Tylenol, además de montar un espectáculo circense con sus rutinas de ejercicio.

Como comisionada de la FTC, Khan no estaba en condiciones de promover mecanismos alternativos para financiar el desarrollo de

nuevos fármacos; sin embargo, tiene plena libertad para plantear la cuestión en debates de amplio alcance como el que mantuvo con Krugman. La industria farmacéutica estaría dispuesta a todo para preservar su actual modelo operativo, por lo que, incluso si lográramos poner el tema sobre la mesa, el camino hacia cualquier cambio sería largo y arduo. No obstante, deberíamos ser capaces de iniciar el debate. Me decepcionó que Khan y Krugman no abordaran esta cuestión.

Autorización previa de medicamentos recetados: costos para farmacias y médicos

(Prescription Drug Prior Authorization: Costs to Pharmacies and Physicians)

Norman V. Carroll, Nathan W. Carroll, Erica R. Brody

Am J Manag Care. 2026;32(6):359-364. <https://doi.org/10.37765/ajmc.2026.89956>

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios* 2026; 29 (3)

Tags: costos de la autorización previa para acceder a los medicamentos, costo de tramitar la autorización previa

Resumen

Objetivo: Determinar los costos de la autorización previa para los medicamentos de venta con receta en entornos ambulatorios de EE UU y Canadá.

Diseño del estudio: Revisión sistemática de la literatura.

Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed, CINAHL y Embase, utilizando palabras clave y vocabulario controlado para obtener artículos en inglés que abordaran la autorización previa y los costos. Dos autores revisaron cada artículo para determinar su elegibilidad para el estudio.

Resultados: La búsqueda identificó 14 artículos que cumplían los criterios de inclusión. Cuatro de ellos examinaron el tiempo y los costos de la autorización previa para las farmacias; todos se llevaron a cabo en clínicas hospitalarias. Los tiempos medios para completar la autorización previa oscilaron entre 15 y 24

minutos. Los costos de mano de obra variaron de US\$15 a US\$63. Un estudio estimó que el tiempo medio para completar una apelación de autorización previa era de 74 minutos.

Once estudios midieron el tiempo y/o los costos de la autorización previa para los consultorios médicos. Cuatro subestimaron y uno posiblemente sobreestimó el tiempo dedicado a la autorización previa. Las estimaciones medias de los estudios restantes variaron entre 25 y 64 minutos. Seis estudios también midieron los costos relacionados con la mano de obra. Los estudios que reportaron tiempos erróneos también reportaron costos de mano de obra erróneos. Las tres estimaciones medias restantes oscilaron entre US\$21 y US\$49.

Conclusiones: Los proveedores incurren en costos considerables para tramitar las autorizaciones previstas. Sin embargo, no se han realizado suficientes estudios para estimar con precisión la magnitud de estos costos o identificar las principales fuentes de variación de los mismos. Además, no existen investigaciones sobre los costos de la autorización previa para las farmacias comunitarias, de venta por correo o especializadas.

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

Revista de la AAJM 2026; 47, abril

<https://accesojustomedicamento.org/asequibilidad-de-medicamentos-en-el-informe-de-public-citizen-ante-el-senado-estadounidense/>

Public Citizen ante el Comité de Salud, Educación, Trabajo y Pensiones del Senado, 16 de abril de 2026.

<https://www.citizen.org/article/public-citizen-testimony-asking-medicines-more-affordable/>

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

Señor Presidente y miembros del Comité:

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

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

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

El gobierno estadounidense invierte decenas de miles de millones en la investigación biomédica más fundamental, participando en la investigación de casi todos los medicamentos recetados que llegan al mercado. Comparte los frutos de su investigación sin condiciones.

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

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

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

El resultado de este sistema es precisamente la injusticia que cabría esperar: enormes ganancias para las farmacéuticas, salarios exorbitantes para los directores ejecutivos, precios monopolísticos y racionamiento generalizado de medicamentos importantes y, en ocasiones, vitales.

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

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

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

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

Puede leer el documento completo en el siguiente enlace <https://accesojustomedicamento.org/asequibilidad-de-medicamentos-en-el-informe-de-public-citizen-ante-el-senado-estadounidense/>

Los precios de los principales medicamentos de venta con receta aumentan en EE UU y disminuyen en el extranjero

(Prices for Top Prescription Drugs Rise in U.S., Fall Abroad)

Rachel Nania

AARP, 28 de mayo de 2026

<https://www.aarp.org/health/drugs-supplements/us-prescription-drug-prices-rise/>

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios* 2026; 29 (3)

Tags: reducción de precios de los medicamentos en EE UU, no bajan los precios de los medicamentos en EE UU, fracaso de las políticas de contención de precios de los medicamentos en EE UU, precios de los medicamentos de marca, precios de nación más favorecida

Un nuevo informe de AARP revela que el precio de los 25 medicamentos de marca más populares han aumentado en una media de 81% desde su comercialización en EE UU.

Los estadounidenses pagan más por medicamentos de venta con receta de marcas populares, incluso cuando los precios de esos mismos fármacos bajan o se mantienen estables en otros países de ingresos altos.

Los precios de los 25 medicamentos de marca principales han aumentado una media del 81% desde su llegada al mercado estadounidense, según un nuevo informe del Instituto de Políticas Públicas de AARP [1]. En otros 19 países de ingresos altos, los

precios de esos mismos medicamentos se han reducido en una media del 13%.

Estos 25 medicamentos, que se utilizan para tratar problemas de salud como la diabetes tipo 2, los coágulos sanguíneos y el cáncer, representaron un gasto total superior a los US\$100.000 millones del total de gastos en medicamentos de venta con receta para los beneficiarios Medicare en 2024, y los utilizaron casi 15 millones de beneficiarios de dicho programa.

"Estos hallazgos ponen de relieve otro factor que contribuye a los precios comparativamente elevados de los medicamentos de marca en EE UU, así como el potencial de las iniciativas en curso para equiparar mejor los precios de los fármacos en EE UU con los que se pagan en otras naciones de ingresos altos", afirma Leigh Purvis, directora de políticas de medicamentos de venta con receta de AARP y autora del nuevo informe.

El elevado coste de los medicamentos caros

¿Por qué son más altos los precios de los medicamentos de marca en EE UU? Muchos países tienen la capacidad de negociar el precio de un medicamento poco después de su aprobación, señala el informe de AARP, pero en EE UU las compañías farmacéuticas fijan los precios. Estas empresas pueden aumentar los precios con el paso del tiempo, mientras que otros países suelen aplicar políticas que reducen el coste de los fármacos una vez que llegan al mercado.

El último informe de AARP reveló que los precios de lista de 24 de los 25 medicamentos aumentaron entre un 14% y un 873% tras su lanzamiento. Enbrel, que se utiliza para tratar enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide, registró el mayor incremento. En otros países comparables, los precios de 24 de los 25 medicamentos disminuyeron entre un 1% y un 42%.

El resultado son precios más altos para muchos medicamentos, una carga que afecta especialmente a los estadounidenses de mayor edad.

La mayoría de los adultos mayores toman al menos un medicamento recetado, y muchos toman varios, según un estudio de 2026 publicado en JAMA Network Open [2]. Un informe muy citado del Lown Institute reveló que el 42% de los adultos de 65 años o más toman cinco o más medicamentos recetados [3].

Una investigación de AARP reveló que aproximadamente el 60% de los adultos de 50 años o más expresan preocupación por su capacidad para costear los medicamentos recetados en los próximos años [4]. Cerca de 4 de cada 10 adultos estadounidenses afirman no haber tomado sus medicamentos según las indicaciones durante el último año debido a los costos, según una encuesta de 2026 realizada por KFF, una organización sin fines de lucro dedicada a políticas de salud [5].

Se estima que esta falta de adherencia al tratamiento provoca 1 de cada 10 hospitalizaciones y aproximadamente 125.000 muertes al año en EE UU, según sugiere un estudio de 2024 [6].

Los estadounidenses quieren precios más bajos para los medicamentos recetados

Hay iniciativas federales para reducir los precios de los medicamentos recetados en EE UU, y las investigaciones demuestran que existe un fuerte apoyo bipartidista para tales políticas.

Se espera que una ley aprobada en 2022, que permite que Medicare negocie los precios de los medicamentos de alto costo más utilizados [7], ahorre a los afiliados US\$1.500 millones este año; además, se prevé que dichos ahorros aumenten. Hasta la fecha, se han negociado los precios de 25 medicamentos recetados de marca y de uso frecuente.

Los precios vigentes para 10 medicamentos ya son más bajos, y está previsto que otros 15 se ajusten a partir del 1 de enero de 2027. Se han seleccionado otros 15 medicamentos para negociar sus precios, que entrarán en vigor el 1 de enero de 2028; y cada año se seleccionarán y negociarán 20 medicamentos adicionales.

El informe más reciente del Instituto de Políticas Públicas de AARP reveló que seis de los 25 medicamentos principales experimentaron una reducción puntual de precio en EE UU tras años de aumentos constantes. Estos seis medicamentos, Linzess, Jardiance, Eliquis, Januvia, Imbruvica e Ibrance, están sujetos a la negociación de precios de Medicare.

Sin embargo, los precios de otros seis medicamentos seleccionados para la negociación de precios de Medicare no se redujeron, lo que indica, según explica Purvis, que las reducciones significativas de precios obtenidas mediante la negociación de Medicare no se traducen necesariamente en precios más bajos para otros pagadores, y que se requieren reformas adicionales para mejorar la asequibilidad de los medicamentos recetados de manera más amplia.

La administración actual encabeza esfuerzos para equiparar los precios de los medicamentos recetados en EE UU con los que se pagan en países comparables; una política conocida como fijación de precios de medicamentos bajo el modelo de "Nación Más Favorecida" (Most Favored Nation o MFN). A través de los acuerdos alcanzados con la industria farmacéutica, algunos fabricantes han aceptado poner sus medicamentos a disposición de los programas estatales de Medicaid a precios MFN, y vender ciertos fármacos directamente a los consumidores con descuento.

"Como alternativa", escribe Purvis, "EE UU podría aprovechar ideas de otros países desarrollados —tales como negociar los precios de los medicamentos poco después de su aprobación o ampliar el universo de fármacos sujetos a negociación— para desarrollar un enfoque propiamente estadounidense que garantice que todos los ciudadanos puedan costear los medicamentos que necesitan".

Referencias

1. Leigh Purvis. After Entering Market, Top Brand Name Drug Prices Surge in US While Dropping Elsewhere. AARP Public Policy Institute, 28 de mayo de 2026 <https://www.aarp.org/pri/topics/health/prescription-drugs/top-brand-name-drug-prices-increase-us-decrease-globally/>
2. J.L. Green, T. Dailey-Govoni, S.D. Kalidindi, S.K. Vosburg. Prevalence of Over-the-Counter and Prescription Medication Use in the US. JAMA Netw Open. 2026;9(2):e2559479. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.59479
3. Lown Institute. Medication overload and older Americans. <https://lowninstitute.org/projects/medication-overload-how-the-drive-to-prescribe-is-harming-older-americans/>
4. Teresa A. Keenan. Prescription Drug Costs Continue to Vex Midlife and Older Adults. Many Want To See Action by Congress and the Incoming Trump Administration. AARP, 7 de febrero de 2025 <https://www.aarp.org/pri/topics/health/coverage-access/prescription-drug-affordability-older-adults/>
5. Audrey Kearney, Alex Montero, Julian Montalvo III, Isabelle Valdes, Ashley Kirzinger, Liz Hamel. Public Views on Prescription Drug Costs: Regulation, Affordability and TrumpRx, Kaiser Family Foundation, 13 de marzo de 2026. <https://www.kff.org/public-opinion/public-views-on-prescription-drug-costs-regulation-affordability-and-trumprx/>
6. Minghui Li, Matthew Harmon, Mike Wasson, Lindsey Cardosi, Lindsey Henson, Hunter Hill, Brad Ian Jobe, Sydnee E. Hewitt, Kenneth C. Hohmeier. Abandonment of prescriptions in medically underserved areas: Primary medication non-adherence in community pharmacies in the delta region of the United States. Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy, 2024; 15:100484, <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2024.100484>.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667276624000817>

7. Tony Pugh. Supreme Court Rejects Drugmakers' Challenge to Medicare Price Negotiations. AARP, consumer groups hail high

court's decision that continues cost-cutting, money-saving talks.

AARP, May 18, 2026 <https://www.aarp.org/advocacy/supreme-court-medicare-drug-price-negotiations/>

Gasto de bolsillo en insulina por parte de los beneficiarios de Medicare tras limitar el gasto mensual (*Out-of-Pocket Spending for Insulin by Medicare Beneficiaries After Monthly Caps*).

D. Hong, K. Cantos, D. Morgenstern, et al.

JAMA Intern Med. 2026;186(6):723–731. doi:10.1001/jamainternmed.2026.0255

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios* 2026; 29 (3)

Tags: mejorar el acceso a la insulina, reducir el copago de la insulina, acceso a medicamentos vitales

Puntos clave

Pregunta: La implementación de un límite de US\$35 mensuales en el gasto de bolsillo en insulina para los beneficiarios de Medicare ¿Se asoció con cambios en el gasto, el uso de insulina o los resultados clínicos entre los beneficiarios de Medicare con diabetes tipo 2?

Resultados: Este estudio de cohorte, para el periodo 2019-2023, incluyó a 4,8 millones de beneficiarios de Medicare, y un análisis de series temporales interrumpidas reveló que la implementación del límite al gasto de bolsillo en insulina en 2021 y 2023 se asoció con reducciones significativas en dicho gasto, un aumento en el uso de insulina, niveles más bajos de hemoglobina A1c y pequeños incrementos en las tasas de episodios de hipoglucemia grave.

Significado: Estos hallazgos sugieren que reducir los copagos podría mejorar el acceso y la adherencia de los pacientes con enfermedades crónicas a medicamentos esenciales.

Resumen

Importancia: Para algunos beneficiarios de Medicare, el gasto de bolsillo en insulina se limitó a US\$35 mensuales en 2021, y en 2023 se limitó para todos los beneficiarios. Sin embargo, no hay evaluaciones independientes sobre el impacto del límite federal en los resultados clínicos.

Objetivo: Medir los cambios en el gasto del paciente, el uso de insulina y los resultados para la salud asociados con el límite de US\$35 mensuales en el gasto de bolsillo en insulina.

Diseño, entorno y participantes: Este estudio de cohorte utilizó un análisis de series temporales interrumpidas con los datos de beneficiarios de Medicare Parte D con diabetes tipo 2 (DT2) incluidos en la base longitudinal de datos de las facturas pendientes de IQVIA, a nivel nacional, entre 2019 y 2023; para un subgrupo de pacientes para los que se habían vinculado los datos provenientes de historias clínicas electrónicas ambulatorias. El análisis se realizó entre enero y julio de 2025.

Exposiciones: Implementación del límite de US\$35 mensuales en el gasto de bolsillo en insulina para algunos beneficiarios en enero de 2021 y para todos los beneficiarios en enero de 2023.

Principales resultados y mediciones: Los resultados incluyeron el gasto de bolsillo trimestral promedio en insulina, el promedio de unidades diarias de insulina, el nivel promedio de hemoglobina A1c y las tasas de incidencia de hipoglucemia grave que derivaron en hospitalizaciones o visitas a servicios de urgencias. Los cambios se evaluaron mediante regresión segmentada con ecuaciones de estimación generalizadas, ajustadas por edad y sexo del paciente y por la variación estacional a lo largo del año.

Resultados: El estudio incluyó a 4,8 millones de pacientes, la mediana de la cohorte trimestral era de 1.393.402 pacientes (rango: 1.261.976-1.475.460). En el primer trimestre de 2019, la cohorte inicial incluía a 707.416 hombres (51,1%), y 711.075 pacientes (51,3%) de entre 65 y 74 años. El gasto trimestral medio de bolsillo en insulina fue de US\$192,66 (IC del 95%: US\$192,63 – US\$192,68) al inicio del estudio; esta cifra se redujo US\$47,90 (IC del 95%: US\$-48,95 a US\$-46,84) en 2021 y otros US\$58,59 (IC del 95%: US\$-59,91 a US\$-57,27) en 2023.

Entre todos los pacientes con diabetes tipo 2 (DT2), el uso diario medio de insulina fue de 12,86 unidades (IC del 95%: 12,86-12,87) al inicio y aumentó 0,23 unidades (IC del 95%: 0,15-0,31) en 2023. En un subgrupo de 207.197 pacientes con datos vinculados de historias clínicas electrónicas, el nivel medio de hemoglobina A1c fue del 7,28% (IC del 95%: 7,28%-7,28%) al inicio y disminuyó un 0,06% (IC del 95%: -0,08% a -0,03%) después de 2023. Se observaron aumentos moderados en las tasas de episodios de hipoglucemia grave.

Conclusiones y relevancia: En este estudio de cohorte, se observó que un límite mensual de US\$35 en el gasto de bolsillo para la insulina se asociaba con un gasto de bolsillo significativamente menor, un mayor acceso a la insulina y una disminución de los niveles de glucosa en sangre entre los beneficiarios de Medicare con diabetes tipo 2. Estos hallazgos sugieren que las políticas federales de costos compartidos podrían mejorar el acceso a medicamentos esenciales y la adherencia a los mismos en casos de diabetes y otras enfermedades crónicas.

Rechazos de cobertura de seguro basadas en el formulario para medicamentos de marca de fuente única en EE UU
(*Formulary-Related Insurance Denials of Single-Source Branded Drugs in the United States*).

J. F. Levy, G. C. Alexander, B. Vabson, B. N. Ippolito

JAMA. Publicado en línea el 9 de julio de 2026. doi:10.1001/jama.2026.8702

<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2851461>

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios* 2026; 29 (3)

Tags: control del acceso a los medicamentos, aseguradoras impiden el acceso a medicamentos de marca, estrategias para disminuir el gasto en medicamentos

Puntos clave

Pregunta: ¿Con qué frecuencia se rechazan las recetas debido a restricciones del formulario de las aseguradoras en EE UU, y con qué frecuencia se dispensan finalmente los medicamentos rechazados?

Resultados: En este estudio de cohorte longitudinal que abarcó todos los tipos de seguro y a aproximadamente 1,17 millones de personas que intentaron surtir más de 2 millones de recetas de medicamentos de marca de fuente única entre 2018 y 2024, el 32,0% de las solicitudes fueron rechazadas. Tras el rechazo, el 38,6% de las personas obtuvo el medicamento prescrito, el 13,0% recibió un medicamento de la misma clase terapéutica y casi la mitad (48,4 %) no recibió ningún medicamento de la misma clase terapéutica en un plazo de 90 días.

Significado: Los rechazos basados en el formulario son cada vez más frecuentes en todos los tipos de seguro y a menudo impiden que los pacientes obtengan los tratamientos prescritos inicialmente, lo que pone de relieve las contrapartidas entre el costo y el acceso a los medicamentos.

Resumen

Importancia: Las exclusiones de los formularios y la gestión de la utilización de medicamentos, incluyendo la autorización previa y la terapia escalonada, reducen el gasto farmacéutico, pero pueden limitar el acceso oportuno al tratamiento.

Objetivo: Estimar la frecuencia de los rechazos basados en el formulario y su posterior dispensación tras los intentos iniciales de surtir recetas de medicamentos de marca de fuente única.

Diseño, entorno y población: Estudio de cohorte retrospectivo y de nivel nacional, que abarcó todos los tipos de seguro, utilizando la herramienta *IQVIA Formulary Impact Analyzer*, que contiene datos anonimizados a nivel de paciente sobre las facturas farmacéuticas ambulatorias procesadas en EE UU, desde enero de 2018 hasta septiembre de 2024. El estudio se centró en 1,17 millones de personas que intentaron surtir por primera vez 2 millones de recetas de medicamentos de marca de fuente única.

Exposición: Intento de surtir por primera vez una receta de un medicamento de marca de fuente única.

Principales resultados y mediciones: Los resultados principales fueron: (1) el rechazo de un intento inicial de surtir una receta, debido a que no estaba incluida en el formulario o a gestión de la utilización (autorización previa o terapia escalonada); y (2) la falta de dispensación de la molécula rechazada o de otro miembro de la misma clase terapéutica en un plazo de 90 días tras el intento inicial de surtir la receta original.

Resultados: De entre más de 2 millones de intentos iniciales de dispensación (seguro comercial: 0,84 millones; plan independiente de medicamentos recetados de Medicare: 0,40 millones; plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage: 0,39 millones; Medicaid de pago por servicio: 0,21 millones; Medicaid de atención gestionada: 0,10 millones; plan del mercado de seguros médicos [exchange]: 0,06 millones), el 68,0% se aprobó en el primer intento, mientras que el resto fue rechazado por exclusión del formulario (14,8%) o debido a requisitos de autorización previa o terapia escalonada (es decir, gestión de la utilización; 17,2%).

Los rechazos basados en el formulario aumentaron un 67,4 % durante el periodo analizado, pasando del 24,3% (2018) al 40,7% (2024); dichos rechazos fueron más frecuentes en los planes del mercado de seguros médicos (48,7%) y en los planes de Medicaid de atención gestionada (49,8%), en comparación con los planes independientes de medicamentos recetados de Medicare (24,0%) y los planes de medicamentos recetados de Medicare Advantage (19,8%). Del 32% de los intentos rechazados inicialmente, el 38,6% culminó finalmente con la dispensación del fármaco rechazado en un plazo de 90 días, mientras que casi la mitad (48,4%) no resultó en la dispensación de ningún medicamento de la misma clase terapéutica en ese mismo periodo. El inicio del tratamiento se retrasó una media de 12,2 días (DE: 17,8 días) tras el rechazo inicial entre aquellos pacientes que finalmente recibieron el mismo fármaco o un sustituto terapéutico.

Conclusiones y relevancia: En esta muestra amplia y diversa de personas en EE UU, los rechazos basados en el formulario fueron frecuentes y a menudo provocaron retrasos o la ausencia de tratamiento, lo que pone de manifiesto las contrapartidas existentes entre el coste y el acceso a los medicamentos.

Las negociaciones de precios de Trump con las empresas farmacéuticas

Salud y Fármacos

Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios 2026; 29 (3)

Tags: estrategias de Trump para abaratar los precios inaceptables para empresas pequeñas, fracasa la estrategia de Trump para abaratar los medicamentos

El año pasado, Trump envió cartas a 17 de las mayores compañías farmacéuticas exigiendo precios más bajos, dando inicio a meses de intensas negociaciones. Sin embargo, los acuerdos alcanzados por la administración con cada una de estas

17 empresas se mantienen en privado y, en algunos casos, es posible que aún no se hayan formalizado definitivamente.

Podría haber más acuerdos en camino, ya que la administración mantiene conversaciones con empresas farmacéuticas más pequeñas para lograr concesiones de precios y trasladar la fabricación a EE UU. Sin embargo, representantes de fabricantes de medicamentos más pequeños han advertido que tales acuerdos podrían resultar difíciles para empresas con carteras de productos más reducidas, ya que es posible que no puedan aplicar descuentos sustanciales sin experimentar problemas financieros.

Regeneron fue la última empresa con la que el gobierno de EE UU estableció un acuerdo a finales de abril de 2026. Como parte de este acuerdo privado, Regeneron reducirá los precios de sus medicamentos para el programa Medicaid, ofrecerá el fármaco para el colesterol Praluent a través de TrumpRx por US\$225 al mes (un 58% de descuento respecto al precio inicial) e invertirá US\$27.000 millones en el desarrollo de medicamentos en EE UU.

Regeneron también se ha comprometido a ofrecer gratuitamente Otarmeni (*lunsotogene parvec-cwha*), su terapia génica recién aprobada para una forma rara de pérdida auditiva, a los pacientes estadounidenses. En los primeros ensayos, el fármaco proporcionó mejoras auditivas modestas a personas con un tipo poco frecuente de pérdida auditiva, aunque su desarrollo ha encontrado resistencia en sectores de la comunidad sorda.

Hasta ahora, el impacto de estas negociaciones en el acceso y gasto de los pacientes ha sido inferior al esperado, como puede leer en el informe del Senado que hemos traducido y estamos publicando esta misma sección del boletín.

Fuente Original

1. Daniel Payne. Trump celebrates closing first round of drug pricing deals, promises more ahead. Despite the fanfare, the impact of the deals has fallen short of the president's promises. Statnews, 23 de abril de 2026 <https://www.statnews.com/2026/04/23/trump-drug-price-deal-regeneron-mfn-negotiations/>

Promesas hechas, promesas rotas: los precios de los medicamentos de venta con receta siguen aumentando bajo el mandato del presidente Trump

(Promises Made, Promises Broken: Prescription Drug Prices Continue to Skyrocket Under President Trump)

Bernard Sanders

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

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios* 2026; 29 (3)

Tags: crítica a las políticas de medicamentos de Trump, políticas de Trump no abaratan medicamentos, ingresos exorbitantes de la industria farmacéutica, pagos exagerados a los CEO de las empresas farmacéuticas, beneficios de las empresas farmacéuticas para los inversionistas, comparación de los precios negociados de los medicamentos en EE UU con los de otros países

I. Resumen ejecutivo

En enero de 2026, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE UU anunció: "Se han acabado los días en que las grandes empresas farmacéuticas inflen los precios. El presidente Trump se ha asegurado de que todos los estadounidenses obtengan los medicamentos de venta con receta, a los precios más bajos que se obtienen entre los países desarrollados" [1]. Para lograrlo, Trump ha firmado 16 acuerdos secretos de "nación más favorecida" (MFN o most favored nation) con empresas farmacéuticas, desde que asumió el cargo. Afirma que estos acuerdos reducirán los precios de los medicamentos de venta con receta para los estadounidenses hasta los niveles que se pagan en otros países.

El senador Bernie Sanders, miembro de mayor rango del Comité de Salud, Educación, Trabajo y Pensiones del Senado (Senate Health, Education, Labor and Pensions Committee), encargó a su equipo que analizara los cambios en los precios de los medicamentos de venta con receta, a partir del inicio del segundo mandato de Trump. Este informe revela que:

Los precios de los medicamentos de venta con receta han subido, no bajado. Las empresas que firmaron acuerdos de nación más favorecida con la Administración Trump lanzaron al mercado nuevos medicamentos de venta con receta, a un precio

promedio de US\$353.000 al año, y subieron los precios de cientos de medicamentos ya existentes, mientras negociaban sus acuerdos.

Estas mismas empresas han recabado enormes ganancias durante el mandato de Trump. En 2024, las empresas que firmaron acuerdos con Trump ganaron, en conjunto, US\$107.000 millones [3]. En 2025, las empresas obtuvieron US\$177.000 millones en ganancias, lo que supone un aumento del 66%. Del mismo modo, estas empresas han incrementado la recompra de acciones y los dividendos para los accionistas en un 21%.

A los directores ejecutivos de las empresas farmacéuticas nunca les ha ido tan bien. Los directores ejecutivos de las empresas que firmaron acuerdos con Trump recibieron, en conjunto, un 24% más en remuneración en 2025 (US\$346 millones) que en 2024 (US\$279 millones). Por ejemplo, Albert Bourla, director ejecutivo de Pfizer, ganó US\$27,6 millones en 2025, mientras que David Ricks, director ejecutivo de Eli Lilly, ganó US\$36,7 millones, una cifra considerablemente superior a la de 2024.

En lugar de tomar medidas contra las ganancias excesivas de las empresas farmacéuticas, Trump ha hecho exactamente lo contrario. Su gran y hermoso proyecto de ley ("One Big Beautiful Bill") eximió o retrasó las negociaciones sobre los precios de los medicamentos de Medicare para muchos de los fármacos más caros que venden las empresas que firmaron acuerdos de nación más favorecida. Por ejemplo, Medicare retrasará la negociación del precio del medicamento contra el cáncer, Keytruda, de Merck, que cuesta US\$210.000 en EE UU,

pero solo US\$109.000 en Canadá, US\$88.100 en Francia y US\$37.900 en Japón. Esto supondrá un coste de miles de millones para los contribuyentes.

Cuadro 1: Las empresas subieron los precios de los medicamentos más vendidos mientras negociaban acuerdos de nación más favorecida con la Administración Trump [2]

Medicamento (enfermedad para la que se utiliza)	Fabricante	Precio anterior	Aumento de precio	Precio actual por año	Comparación con otros países
Opdivo (cáncer)	Bristol Myers Squibb	US\$250.000	US\$10.100 (4,04%)	US\$260.000	Canadá: US\$109.000 Francia: US\$90.300 Alemania: US\$89.900 Japón: US\$56.300 Reino Unido: \$113.000
Darzalex (cáncer)	Johnson & Johnson	US\$213.000	US\$13.400 (6,3%)	US\$226.000	Canadá: US\$121.000 Francia: US\$115.000 Alemania: US\$114.000 Japón: US\$79.300 Reino Unido: US\$132.000
Mekinist (cáncer)	Novartis	US\$205.000	US\$14.300 (7%)	US\$219.000	Canadá: US\$89.200 Francia: US\$57.500 Alemania: US\$48.800 Japón: US\$63.700 Reino Unido: US\$77.000
Keytruda (cáncer)	Merck	US\$198.000	US\$12.100 (6,12%)	US\$210.000	Canadá: US\$109.000 Francia: US\$88.100 Alemania: US\$79.000 Japón: US\$37.900 Reino Unido: US\$121.000
Kesimpta (esclerosis múltiple)	Novartis	US\$131.000	US\$10.500 (8%)	US\$141.000	Canadá: US\$23.500 Francia: US\$17.000 Alemania: US\$17.300 Japón: US\$17.900 Reino Unido: US\$27.900

Si Trump se tomara en serio la reducción de los precios de los medicamentos de venta con receta, apoyaría una legislación significativa y animaría al Congreso a aprobarla. La Ley para Ayudar con el Pago de los Medicamentos de Venta con Receta (Prescription Drug Price Relief Act), presentada por el senador Sanders, garantizaría que los estadounidenses no paguen por los medicamentos de venta con receta más de lo que se paga en promedio en Canadá, el Reino Unido, Francia, Alemania y Japón. Investigadores de la Universidad de Yale estiman que, si esta ley se aprobara, se reduciría el precio de los medicamentos de venta con receta en EE UU en más del 50%, lo que supondría un ahorro de US\$184.000 millones al año para los estadounidenses.

II. Mientras Trump celebra los acuerdos de nación más favorecida, los precios siguen aumentando

Ante las intensas críticas de pacientes y familias por los recortes históricos a Medicaid y a la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act), así como por el aumento desorbitado de las primas de los seguros médicos, Trump suele cambiar de tema para hablar de sus supuestos "acuerdos" con las grandes empresas farmacéuticas para reducir los precios de los medicamentos.

En un discurso pronunciado en marzo en Cincinnati, Trump se jactó diciendo: "Hemos pasado de tener el precio más alto del mundo entero; pagábamos más que cualquier otro país, y ahora vamos a pagar el precio más bajo en el mundo entero. Y eso nunca había ocurrido" [4]. En múltiples ocasiones, ha afirmado que va a reducir los precios de los medicamentos en porcentajes imposibles. En un discurso pronunciado en noviembre, afirmó: "Vamos a reducir los precios de los medicamentos a niveles que nadie hubiera creído posibles jamás, recortes enormes: del 200%, del 300%, del 500%, del 700%" [5].

Trump tiene razón: los estadounidenses pagan los precios más altos del mundo por los medicamentos de venta con receta, a veces más de diez veces más que los pacientes de otros países. Trump ha firmado acuerdos con 16 fabricantes de medicamentos en un intento por reducir los precios de los medicamentos hasta los niveles de la nación más favorecida. Sin embargo, esos acuerdos no han logrado reducir de forma significativa los precios de los medicamentos de venta con receta para los pacientes, y no están cambiando el *statu quo*.

Trump afirma que va a aplicar los precios de la nación más favorecida a Medicaid, pero Medicaid ya paga los precios más bajos por los medicamentos de venta con receta, en comparación

con otros programas federales [6]. Algunos expertos consideran que cambiar la forma en que Medicaid paga los medicamentos tendrá un efecto mínimo y podría, en algunos casos, aumentar los precios [7]. Trump afirma que su página web, TrumpRx, reducirá los precios de los medicamentos caros para quienes carecen de seguro. En realidad, TrumpRx tampoco parece ofrecer un ahorro significativo a los pacientes. Análisis recientes han revelado que muchos de los medicamentos que figuran en TrumpRx cuentan con versiones genéricas más baratas que no están disponibles en la página web. Es posible que los pacientes que compran medicamentos en TrumpRx no sepan que existe una versión más barata disponible en otro sitio [8,9].

En lugar de promover los medicamentos más económicos, TrumpRx podría, de hecho, orientar a los pacientes hacia medicamentos más caros. Eso no beneficia a los pacientes, sino que llena los bolsillos de las empresas farmacéuticas que firmaron los acuerdos de nación más favorecida. Por ejemplo, la versión genérica del medicamento de Pfizer, Protonix

(*pantoprazol*), un fármaco que se receta con frecuencia para el reflujo gástrico, lleva casi 20 años en el mercado [10]. En 2023, más de 9 millones de estadounidenses surtieron más de 37 millones de recetas de *pantoprazol* [11]. Si los 37 millones de recetas se dispensaran al precio de TrumpRx (US\$200) [12], en lugar de la mediana del precio en efectivo disponible en GoodRx (US\$15,60), los pacientes gastarían casi US\$7.000 millones más en *pantoprazol* cada año.

Los fabricantes comercializan nuevos medicamentos a precios elevados y siguen subiéndolos
Aunque los detalles de los acuerdos de la nación más favorecida siguen sin estar claros, las afirmaciones de Trump de que los medicamentos de venta con receta se están volviendo más asequibles bajo su mandato son claramente falsas. Desde que Trump asumió la presidencia, las 16 empresas, implicadas en acuerdos de nación más favorecida, han comercializado 23 medicamentos nuevos. El precio medio de lanzamiento de estos medicamentos es de US\$353.000.

Cuadro 2: Selección de medicamentos nuevos comercializados por empresas que han firmado acuerdos de la nación más favorecida, desde enero de 2025 [13]

Medicamento	Empresa	Enfermedad para la que se utiliza	Precio
Itvisma	Novartis	atrofia muscular espinal	US\$2.586.630
Inlexzo	Johnson & Johnson	cáncer	US\$1.035.000
Qfitlia	Sanofi	hemofilia	US\$968.400
Emrelis	AbbVie	cáncer	US\$718.971
Rybrevant Faspro	Johnson & Johnson	cáncer	US\$480.447
Datroway	AstraZeneca	cáncer	US\$419.235
Imaavy	Johnson & Johnson	miastenia grave	US\$333.394
Inluriyo	Eli Lilly	cáncer	US\$289.286
Hernexeos	Boehringer Ingelheim	cáncer	US\$260.004
Wayrilz	Sanofi	recuento bajo de plaquetas	US\$210.000
Keytruda Qlex	Merck	cáncer	US\$206.252
Jascayd	Boehringer Ingelheim	Función pulmonar	US\$194.636

Las 16 empresas que han firmado acuerdos de nación más favorecida han subido los precios de varios medicamentos desde la toma de posesión de Trump, y todas menos una han aumentado los precios de los medicamentos de venta con receta desde la firma de dichos acuerdos. En conjunto, las 16 empresas han subido los precios de 337 medicamentos, desde el 21 de enero de 2025. Aunque las fechas de los acuerdos de nación más favorecida varían, las empresas aumentaron los precios de un total de 272 medicamentos de venta con receta tras firmar sus respectivos acuerdos de nación más favorecida con la administración Trump. Las empresas subieron los precios de los medicamentos de venta con receta en una mediana del 5%.

Los precios de muchos medicamentos caros subieron incluso más que eso.

Entre los medicamentos de venta con receta cuyo precio ha aumentado se incluyen terapias celulares y genéticas muy costosas, fármacos contra el cáncer y algunos de los medicamentos más vendidos del mundo. Por ejemplo, desde el inicio de la presidencia de Trump, Novartis aumentó el precio de Zolgensma, un medicamento para la atrofia muscular espinal, en casi US\$200.000, hasta alcanzar los US\$2.587.000 por tratamiento. Pfizer aumentó el precio de Vizimpro, un medicamento contra el cáncer, en un 5% hasta los US\$208.000 al año varios meses después de firmar un acuerdo de nación más favorecida.

III. De hecho Trump está ayudando a que industria farmacéutica aumente sus ganancias

Los fabricantes de productos farmacéuticos tienen muchas razones para estar satisfechos con el primer año de la administración Trump.

La ley estrella del presidente, "el gran y hermoso proyecto de ley" (OBBA o One Big Beautiful Bill), incluía una disposición destinada a debilitar la autoridad de Medicare para negociar precios más bajos para los medicamentos que consumen sus beneficiarios. La disposición de la OBBA impide o retrasa que

Cuadro 3: Aumentos de precios de medicamentos que, durante la administración Trump, quedaron excluidos o experimentaron demoras en su posible negociación

Medicamento (enfermedad para la que se utiliza)	Fabricante	Precio anterior	Aumento de precio	Precio anual	Comparación con otros países
Adcetris (cáncer)	Pfizer	US\$627.000	US\$49.900 (7,95%)	US\$677.000	Canadá: US\$180.000 Francia: US\$151.000 Alemania: US\$161.000 Japón: US\$111.000 Reino Unido: US\$172.000
NPlate (recuento bajo de plaquetas)	Amgen	US\$283.000	US\$14.200 (5%)	US\$297.000	Canadá: US\$76.900 Francia: US\$53.700 Alemania: US\$95.400 Reino Unido: US\$49.700
Lumakras (cáncer)	Amgen	US\$261.000	US\$13.000 (5%)	US\$274.000	Canadá: US\$101.000 Japón: US\$67.000
Opdivo (cáncer)	Bristol Myers Squibb	US\$250.000	US\$10.100 (4,04%)	US\$260.000	Canadá: US\$109.000 Francia: US\$90.300 Alemania: US\$89.900 Japón: US\$56.300 Reino Unido: US\$113.000
Darzalex (cáncer)	Johnson & Johnson	US\$213.000	US\$13.400 (6,3%)	US\$226.000	Canadá: US\$121.000 Francia: US\$115.000 Alemania: US\$114.000 Japón: US\$79.300 Reino Unido: US\$132.000
Mekinist (cáncer)	Novartis	US\$205.000	US\$14.300 (7%)	US\$219.000	Canadá: US\$89.200 Francia: US\$57.500 Alemania: US\$48.800 Japón: US\$63.700 Reino Unido: US\$77.000
Reblozyl (anemia)	Bristol Myers Squibb	US\$207.000	US\$8.400 (4,04%)	US\$216.000	Canadá: US\$81.500 Francia: US\$66.300 Alemania: US\$50.500 Japón: US\$48.200
Keytruda (cáncer)	Merck	US\$198.000	US\$12.100 (6,12%)	US\$210.000	Canadá: US\$109.000 Francia: US\$88.100 Alemania: US\$79.000 Japón: US\$37.900 Reino Unido: US\$121.000
Venclexta (cáncer)	AbbVie	US\$183.000	US\$5.500 (3%)	US\$188.000	Canadá: US\$72.000 Japón: US\$59.000
Kesimpta (esclerosis múltiple)	Novartis	US\$131.000	US\$10.500 (8%)	US\$141.000	Canadá: US\$23.500 Francia: US\$17.000 Alemania: US\$17.300 Japón: US\$17.900 Reino Unido: US\$27.900
Gazyva (cáncer)	Genentech	US\$88.600	US\$8.600 (9,73%)	US\$97.200	Canadá: US\$19.600 Japón: US\$22.600

Medicare negocie los precios de algunos de los medicamentos de venta con receta más caros del mercado, lo que le supone un gasto de US\$9.000 millones [14]. Varios investigadores y medios

de noticias han informado sobre productos cuya negociación se verá retrasada o que incluso podrían quedar exentos de la negociación. KFF informó que al menos 18 medicamentos se

podrían beneficiar de esta excepción [15]. De ellos, 13 son comercializados por empresas que firmaron un acuerdo de nación más favorecida. Las empresas aumentaron el precio de al menos 11 de esos medicamentos, tras firmar un acuerdo de nación más favorecida.

Al mismo tiempo, la FDA, bajo el mandato de Trump, ha creado un nuevo programa nacional de vales prioritarios del comisionado (CNPV o Commissioner's National Priority Voucher) [16], que está a punto de convertirse en un lucrativo regalo para la industria farmacéutica. El CNPV agiliza el proceso de revisión de medicamentos en la FDA, lo que permite que las empresas obtengan la autorización de sus productos en un plazo más breve que el del proceso de revisión habitual. Es probable que el acceso anticipado al mercado que otorga el CNPV resulte extremadamente beneficioso para los fabricantes de medicamentos.

No está claro qué proceso está utilizando actualmente la FDA para conceder el CNPV, y los criterios de elegibilidad del programa son lo suficientemente amplios como para incluir

prácticamente a cualquier producto. Estos criterios incluyen cualidades del producto como "tratamientos innovadores, una gran necesidad no cubierta y asequibilidad" [17]. La Administración no ha dado respuestas adecuadas a las preguntas del Congreso sobre cómo está evitando que el CNPV se convierta en una herramienta de corrupción [18].

Hasta la fecha, la FDA ha concedido 18 vales prioritarios del comisionado (CNPV). La FDA ha aprobado cinco de los 18 productos que recibieron un CNPV. Cuatro de los cinco son comercializados por empresas que firmaron acuerdos de nación más favorecida. Cuatro de las autorizaciones corresponden a costosos productos de marca que ya se comercializan: Wegovy en dosis altas, una combinación de dos medicamentos oncológicos ya existentes, Tecvayli y Darzalex, y una nueva indicación para el medicamento oncológico Hernexeos. A pesar de que la "asequibilidad" es un criterio para la CNPV, actualmente cada empresa fija los precios de estos productos en EE UU a niveles significativamente más altos que en otros países.

Cuadro 4: Precios de las formulaciones existentes e indicaciones de Wegovy, Tecvayli, Darzalex y Hernexeos

Medicamento	Fabricante	Costo al año	Comparación con otros países
Tecvayli	Johnson & Johnson	US\$426.000	Canadá: US\$132.000 Francia: US\$95.000 Alemania: US\$95.000 Japón: US\$235.000 Reino Unido: \$200.000
Hernexeos	Boehringer Ingelheim	US\$260.000	Japón: US\$55.300
Darzalex	Johnson & Johnson	US\$226.000	Canadá: US\$121.000 Francia: US\$115.000 Alemania: US\$114.000 Japón: US\$79.300 Reino Unido: US\$132.000
Wegovy	Novo Nordisk	US\$17.300	Canadá: US\$3.600 Alemania: US\$3.100 Japón: US\$2.900 Reino Unido: US\$3.000

La autorización más reciente bajo el CNPV es la de Foundayo, una forma oral del exitoso agonista del GLP-1 de Eli Lilly, Zepbound. Los analistas de inversión prevén que Foundayo podría generar alrededor de US\$1.600 millones para Eli Lilly, solo en 2026 [19].

IV. 2025 fue un año de grandes ventas para la industria farmacéutica
Si Trump hubiera tomado medidas significativas para hacer frente a la codicia de la industria farmacéutica y reducir los precios para los pacientes estadounidenses, se debería haber reflejado en los estados financieros de las empresas. Pero la realidad es exactamente la contraria: 2025 fue un año de grandes ventas para la industria farmacéutica y sus acaudalados inversionistas.

En 2025, las 16 empresas que firmaron acuerdos de nación más favorecida obtuvieron, en conjunto, US\$177.000 millones en ganancias. De hecho, de las 15 empresas de las que se disponía

de datos, 12 registraron mayores ganancias en 2025. Las ganancias aumentaron más del 50% para siete de estas empresas. Esas mismas 16 empresas destinaron US\$97.300 millones a los pagos de dividendos y US\$34.000 millones en recompras de acciones para enriquecer a sus accionistas. En 2025, las empresas gastaron casi un 21% más en dividendos y recompras de acciones en conjunto, que en 2024.

Los directores ejecutivos de las empresas farmacéuticas también tuvieron un gran año en 2025. La mayoría de los directores ejecutivos de las empresas que firmaron acuerdos de nación más favorecida, recibieron paquetes de compensaciones significativamente más elevados en 2025 que en 2024. Teniendo en cuenta únicamente su remuneración anual, los directores ejecutivos de las 15 empresas, cuya remuneración es de dominio público, ganaron casi US\$346 millones en 2025, lo que supone un aumento del 24%, con respecto a los US\$279 millones de 2024.

Cuadro 5: 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
En conjunto -total	842.890	781.380	177.150	106.770

Cuadro 6: Recompra de acciones y dividendos de 15 empresas farmacéuticas en 2024 y 2025 [21] (en millones de US\$)

Empresa	Dividendos en 2025	Dividendos en 2024	Recompra de acciones en 2025	Recompra de acciones en 2024
Johnson & Johnson	12.380	11.820	5.950	2.410
AbbVie	11.660	11.030	610	1.300
Genentech (Roche)	10.100	9.130	n/a	n/a
Pfizer	9.770	9.510	n/a	n/a
Merck	8.180	7.840	5.100	1.300
Novo Nordisk	7.830	6.400	n/a	n/a
Novartis	7.820	7.620	8.900	8.300
Eli Lilly	5.380	4.680	4.110	2.500
Sanofi	5.380	5.130	5.670	330
Amgen	5.100	4.800	n/a	200
AstraZeneca	4.850	4.600	n/a	n/a
Gilead Sciences	400	3.920	1.920	1.150
GSK	3.280	3.220	1.760	n/a
Bristol Myers Squibb	1.280	1.260	n/a	n/a
EMD Serono	320	310	n/a	n/a
En conjunto - Total	97.320	91.280	34.020	17.480

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.

Cuadro 7: Remuneración en 2024 y 2025 de los directores ejecutivos de las empresas que firmaron acuerdos de nación más favorecida [22] (en US\$)

Empresa	Director ejecutivo en 2025	Su pago en 2025	Su pago en 2024
Eli Lilly	David Ricks	36.698.337	29.242.926
Johnson & Johnson	Joaquin Duato	32.758.111	24.302.360
AbbVie	Robert Michael	32.530.984	18.492.517
Novartis	Vasant Narasimhan	29.948.055	21.759.649
Gilead Sciences	Daniel O'Day	28.437.198	23.689.392
Pfizer	Albert Bourla	27.585.301	24.648.727
AstraZeneca	Pascal Soriot	23.314.888	18.809.706
Amgen	Robert Bradway	24.693.120	24.428.495
Merck	Robert Davis	20.797.845	23.186.064
GSK	Emma Walmsley	20.660.079	13.485.313
Bristol Myers Squibb	Christopher Boerner	21.879.919	18.787.618
Sanofi	Paul Hudson	12.423.595	10.767.033
Genentech	Thomas Schinecker	12.310.629	11.404.780
Novo Nordisk	Mike Doustdar (actual, parte del año)	3.129.867	n/a
	Lars Jorgensen (antiguo, parte del año)	9.843.204	8.280.763
EMD Serono	Belen Garijo	9.420.159	7.341.370
Total		346.431.291	278.626.713

V. Congreso debería promulgar auténticos precios de nación más favorecida que realmente reduzcan los costes para los pacientes

La Ley para Ayudar con el Pago de los Medicamentos de Venta con Receta, presentada por el miembro de mayor rango, Sanders, y respaldada por otros siete senadores, obligaría a las empresas farmacéuticas a reducir los precios de sus productos hasta la mediana del precio de los productos en cinco países comparables (Canadá, Francia, Alemania, Japón y Reino Unido) [23]. Si las empresas no redujeran sus precios, el Gobierno federal estaría obligado a aprobar un genérico de bajo coste como alternativa al producto de marca, independientemente de las protecciones de patente.

Bajo este proyecto de ley, el precio del inmunosupresor de AbbVie, Skyrizi, bajaría de US\$153.000 al año a US\$21.200 al año. El precio del inmunosupresor de Sanofi, Dupixent, bajaría de US\$53.000 al año a US\$16.000 al año. El medicamento contra el cáncer de Merck, Keytruda, pasaría de costar US\$210.000 al año a US\$88.000 al año.

La Ley para Ayudar con el Pago de los Medicamentos de Venta con Receta supondría un ahorro real para los pacientes, las aseguradoras médicas y el Gobierno federal. Un análisis independiente del proyecto de ley, que realizaron investigadores de la Universidad de Yale, reveló que la Ley para Ayudar con el Pago de los Medicamentos de Venta con Receta reduciría a la mitad el gasto de los pacientes ambulatorios estadounidenses en medicamentos de venta con receta, lo que supondría un ahorro de

US\$184.000 millones al año [24]. Medicare ahorraría US\$70.500 millones (el 62%) al año, Medicaid ahorraría US\$12.900 millones (el 35%) al año y las aseguradoras privadas ahorrarían US\$82.200 millones (el 51%) al año. Los gastos de bolsillo de los pacientes en la farmacia se reducirían en un 40%.

Los elevados precios de los medicamentos en EE UU son una elección. En un momento en el que uno de cada cuatro estadounidenses no se puede permitir los medicamentos que les recetan sus médicos, el Congreso tiene la responsabilidad de actuar para reducir los precios de los medicamentos de venta con receta para todos los estadounidenses.

Referencias

1. U.S. Department of Health and Human Services (@HHSgov). "The days of Big Pharma price-gouging are over. President Trump has ensured every American gets the lowest prices on prescription medications in the developed world. Visit TrumpRx and SAVE BIG." X (2026). <https://x.com/HHSGov/status/2026492592284647931>
2. All drug pricing data in tables 1-4 taken from NAVLIN. HELP Minority Staff analyzed NAVLIN data to determine price changes and increases.
3. Profit, buybacks, and executive compensation data was available for 15 of the 16 companies.
4. "TRANSCRIPT: President Trump Speaks with Tyler Madden of WKRC-TV Local 12 Cincinnati, 3.11.26." Senate Democrats (2026). <https://www.democrats.senate.gov/newsroom/trump-transcripts/transcript-president-trump-speaks-with-tyler-madden-of-wkrc-tv-local-12-cincinnati-31126>
5. "TRANSCRIPT: President Trump Announces Deals to Lower Some Prescription Drug Prices, 11.06.25." Senate Democrats (2025).

- <https://www.democrats.senate.gov/newsroom/trump-transcripts/transcript-president-trump-announces-deals-to-lower-some-prescription-drug-prices-110625>
6. Edwin Park. "New CBO Study Compared Net Prices for Brand-Name Drugs Among Federal Programs, Finds Medicaid Gets Largest Discounts." Georgetown Center for Children and Families (2021). <https://ccf.georgetown.edu/2021/02/22/new-cbo-study-compares-net-prices-for-brand-name-drugs-among-federal-programs-finds-medicaid-gets-largest-discounts/>
 7. Edwin Park. "Many Unanswered Questions: Will the Trump Administration's Drug Pricing Deals Result in Any Cost Savings for State Medicaid Programs?" Georgetown Center for Children and Families (2025). <https://ccf.georgetown.edu/2025/10/29/many-unanswered-questions-will-the-trump-administrations-drug-pricing-deals-result-in-any-cost-savings-for-state-medicaid-programs/>
 8. Wilkerson et al. "TrumpRx claims to offer the lowest prices. But many drugs have cheaper generics." STAT (2026). <https://www.statnews.com/2026/02/06/trumprx-discount-drug-website-undercut-by-cheaper-generics/>
 9. "TrumpRx Could Cost Families Thousands in Higher Drug Costs." U.S. Congress Joint Economic Committee Minority (2026). <https://www.jec.senate.gov/public/cachefiles/ad634777-aad5-4fdd-ab11-0df48c17f8d7/jec-trump-rx-fact-sheet-final.pdf>
 10. "Teva launches generic Protonix, ups '07 forecast." Reuters (2007). <https://www.reuters.com/article/business/healthcare-pharmaceuticals/teva-launches-generic-protonix-ups-07-eps-forecast-idUSL24611555/>
 11. "Pantoprazole Drug Usage Statistics, United States, 2014-2023." ClinCalc.com (2023). <https://clincalc.com/drugstats/Drugs/Pantoprazole>
 12. "Protonix." TrumpRx (2026). <https://trumprx.gov/p/protonix>
 13. Pricing information is not available for two additional drugs that received recent FDA approval, Awiqli and Lynavoy.
 14. Philip L. Swagel. "Revised Estimate of Changes Under the 2025 Reconciliation Act for Exemptions from Medicare Price Negotiations for Orphan Drugs." Congressional Budget Office (2025). <https://www.cbo.gov/publication/61818>
 15. Juliette Cubanski & Tricia Neuman. "People with Medicare Will Face Higher Costs for Some Orphan Drugs Due to Changes in the New Tax and Budget Law." KFF (2025). <https://www.kff.org/medicare/policy-issues/people-with-medicare-will-face-higher-costs-for-some-orphan-drugs-due-to-changes-in-the-new-tax-and-budget-law/>
 16. "Commissioner's National Priority Voucher (CNPV) Pilot Program." Food & Drug Administration (2026). <https://www.fda.gov/industry/commissioners-national-priority-voucher-cnpv-pilot-program>
 17. "Commissioner's National Priority Voucher (CNPV) Pilot Program." Food & Drug Administration (2026). <https://www.fda.gov/industry/commissioners-national-priority-voucher-cnpv-pilot-program>
 18. Ranking Member Frank Pallone & Ranking Member Bernard Sanders. "Final Letter to FDA on CNPV." US Congress (2025). <https://democrats-energycommerce.house.gov/sites/evo-subsites/democrats-energycommerce.house.gov/files/evo-media-document/11.20.25-final-letter-to-fda-on-cnpv.pdf>
 19. Fraiser Kansteiner. "Lilly's obesity pill Founday gains early blockbuster forecast as analysts float 5M+ prescriptions in 2026." Fierce Pharma (2026). <https://www.fiercepharma.com/pharma/lillys-obesity-pill-founday-gains-early-blockbuster-expectations-analyst-suggests-5m>
 20. Numbers in tables 5 and 6 are from annual reports and annual investors meetings from 2024 and 2025. Staff used annual conversion rates for foreign currency from the Federal Reserve Bank of St. Louis.
 21. Boehringer Ingelheim is a privately held company. Dividend and stock buyback information is not reported.
 22. Figures are from annual reports and proxy statements from 2024 and 2025. Staff used annual conversion rates for foreign currency from the Federal Reserve Bank of St. Louis.
 23. Ranking Member Bernard Sanders. "S.1818 – Prescription Drug Price Relief Act of 2025." Congress.gov (2025). <https://www.congress.gov/bills/119/congress/senate/bills/1818>
 24. "Yale study: U.S. could save \$184 billion by aligning drug prices with peer nations." Yale School of Public Health (2026). <https://ysph.yale.edu/news-article/yale-study-us-could-save-dollar184-billion-by-aligning-drug-prices-with-peer-nations/>

El elevado costo de los medicamentos contra el cáncer en EE UU: oportunidades para reformar las políticas (*High Cost of Cancer Medicines in the United States: Opportunities for Policy Reforms*)

A. Tibau, K.N. Vokinger, A.S. Kesselheim, T.J. Hwang

JCO Oncol Pract. 2026 Jun 16;OP2600328. doi: 10.1200/OP-26-00328. Epub ahead of print. PMID: 42302216.

<https://ascopubs.org/doi/10.1200/OP-26-00328> (de libre acceso en inglés)

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios* 2026; 29 (3)

Tags: evaluación de tecnologías para la salud, componentes del precio de los oncológicos en EE UU, toxicidad financiera por pago de medicamentos, precios exorbitantes de los tratamientos oncológicos

Introducción

El creciente costo de los medicamentos contra el cáncer representa un importante desafío para la salud pública global. Entre 2020 y 2024, el gasto global en fármacos oncológicos aumentó un 75% hasta alcanzar los US\$252.000 millones y se prevé que llegue a los US\$441.000 millones en 2029. Este crecimiento se debe no solo al aumento del uso, sino también a los precios persistentemente altos: los fármacos oncológicos cuestan hasta tres veces más que las terapias en otras áreas terapéuticas, incluso después de ajustar por eficacia, prevalencia y mortalidad. Este fenómeno se conoce como la prima del cáncer.

EE UU representa el 46% del gasto mundial en medicamentos oncológicos, con solo el 4% de la población de pacientes. En este contexto, el aumento de los costos de las terapias contra el cáncer se ha convertido en una gran preocupación para pacientes, gobiernos y responsables políticos. Los estudios muestran que los precios de las terapias contra el cáncer en EE UU son aproximadamente 2,3 veces superiores al promedio en países europeos con ingresos comparables, con una brecha que se amplía en los años posteriores a la aprobación.⁶

¿Cuáles son los factores que impulsan los altos precios de los medicamentos contra el cáncer en EE UU? La forma como se establecen los precios de los medicamentos de EE UU permite que los fabricantes fijen libremente los precios de las terapias contra el cáncer en el momento de su lanzamiento, y tiene pocos mecanismos para la negociación o regulación de precios. En consecuencia, los altos precios de lanzamiento y los posteriores

aumentos de precios impulsan el crecimiento del gasto, transfiriendo en última instancia la carga de los costos del tratamiento a los pacientes y a los sistemas de salud.

Los estudios indican que aproximadamente uno de cada dos pacientes con cáncer experimenta toxicidad financiera, definida como la carga económica derivada principalmente de los gastos de bolsillo asociados con la atención oncológica. Las consecuencias de la toxicidad financiera van más allá de las dificultades económicas, ya que se asocia con una menor adherencia al tratamiento, resultados clínicos menos favorables y un considerable sufrimiento psicosocial.

Para contrarrestar el aumento de los costos de los nuevos medicamentos, muchos países similares recurren a los procesos de evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) para evaluar los beneficios terapéuticos que añaden los nuevos fármacos a los tratamientos existentes, y negociar los precios en función de estas evaluaciones. Históricamente, EE UU ha carecido de tales

mecanismos. La Ley de Reducción de la Inflación de 2022 otorgó, por primera vez, la facultad a Medicare para negociar precios con los fabricantes para un número limitado de medicamentos de alto costo, incluyendo las terapias oncológicas.

En este artículo, analizamos los principales factores determinantes de los precios de los medicamentos contra el cáncer en EE UU, evaluamos los recientes cambios en las políticas que afectan al mercado estadounidense y extraemos lecciones de los procesos internacionales de evaluación de tecnologías sanitarias (ETS), con el objetivo de identificar opciones políticas que podrían lograr precios justos y, en última instancia, mejorar el acceso de los pacientes a las terapias contra el cáncer.

Nota de Salud y Fármacos. SaludbyDiaz ha publicado una traducción al español de este artículo y esta disponible en este enlace <https://saludbydiaz.com/2026/06/17/el-elevado-coste-de-los-medicamentos-contr-el-cancer-en-estados-unidos-oportunidades-para-la-reforma-de-las-politicas/>

Compras

Cómo detectar que los medicamentos que se venden por Internet son fraudulentos

Salud y Fármacos

Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios 2026; 29 (3)

Tags: fraude en la venta de medicamentos, oferta de medicamentos de baja calidad en el Internet, protegerse de la compra de medicamentos adulterados, protegerse de la compra de medicamentos falsos

El Colegio de Farmacéuticos de Madrid ofrece las siguientes recomendaciones para evitar el fraude al comprar medicamentos por Internet [1]. Podemos sospechar que estamos adquiriendo un medicamento ilegal o no original si:

- Únicamente puede comprarse a través de páginas web que no muestran el logotipo diseñado por la Comisión Europea para acreditar su legalidad.
- Estos sitios web no disponen de información sobre los responsables de la página, ni la ubicación o el contacto de la empresa.
- Se ofrecen medicamentos sujetos a prescripción médica y el precio de estos es anormalmente bajo o están disponibles para su venta cuando son difíciles de encontrar en farmacias legales por problemas de desabastecimiento.
- Las plataformas de venta envían anuncios por correo electrónico o aplicaciones móviles y efectúan promociones, ofertas, ofrecen regalos y/o incitan al consumo de medicamentos.
- Además, se pueden encontrar productos milagro o afirmaciones de curación y resultados garantizados sin aval científico y formulado de forma publicitaria.

Si aun así hemos adquirido el medicamento, en muchos casos es el propio envase el que nos puede alertar de que estamos frente a

una unidad falsificada. Estos medicamentos falsificados se hacen pasar por productos auténticos, copiando el material de acondicionamiento, la imagen comercial, el logo del laboratorio titular, así como la forma, colores y el aspecto exterior del envase del medicamento original. Además, pueden llegar a emplear el mismo número de lote, fecha de caducidad y otros elementos que identifican al producto auténtico. A pesar de ello, y de que pueden llegar a ser especialmente difíciles de identificar, es común que aparezcan fallos que nos den la pista definitiva de que efectivamente se trata de falsificaciones.

Deberíamos, por tanto buscar: errores ortográficos y/o gramaticales, falta de información que habitualmente aparece en los prospectos (sobre efectos secundarios, contraindicaciones, interacciones...), que la información se encuentre en un idioma distinto al de la web que lo ofrece, la no coincidencia de los números de lote y fecha de caducidad en todos los sitios en los que aparecen referenciados, la unidad recibida no parece estar en buen estado y no tiene el aspecto físico que debiera (color, forma, olor, sabor, textura, ranuras, símbolos, letras, nombres, grabados o impresos en su superficie diferentes de los habituales). Una opción sería comparar el medicamento adquirido con otro comprado anteriormente en un cauce legal, o en caso de ser la primera vez, solicitar ayuda a un profesional farmacéutico para que asesore en la identificación del mismo.

Si por cualquier razón, somos conscientes o tenemos la sospecha de que hemos adquirido y consumido algún medicamento falsificado, deberemos dejar de consumirlo de inmediato, acudir a buscar atención sanitaria y poner este hecho en conocimiento de las autoridades.

El consumo de medicamentos ilegales o falsificados puede tener efectos muy perjudiciales para la salud, en el mejor de los casos

puede no producir ningún efecto, pero en otros casos pueden ser responsables del descontrol de la enfermedad, sobredosificación, aparición de reacciones adversas no habituales, intoxicaciones o, incluso, reacciones mortales, por lo que nunca se debe correr el riesgo de adquirir los fármacos en sitios no autorizados.

México concentra en BIRMEX la compra y distribución de medicamentos: así cambia el abasto público en salud

Consultor Salud, 1 de junio de 2026

<https://consultorsalud.com.mx/birmex-compra-consolidada-medicamentos/>

La Presidencia de México modificó el esquema de compra consolidada de medicamentos para que BIRMEX pueda asumir un papel más amplio en la contratación, administración y operación del abasto público. El Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de mayo de 2026 busca que exista una sola relación contractual del sector salud con la industria farmacéutica y laboratorios, con el objetivo de simplificar la ejecución de la compra, asegurar el abasto oportuno y obtener mejores condiciones para el Estado.

La medida fue emitida por la presidenta Claudia Sheinbaum Pardo y modifica el acuerdo publicado el 22 de diciembre de 2023, así como su reforma del 29 de octubre de 2024. El nuevo esquema aplica a la Secretaría de Salud, BIRMEX, IMSS, ISSSTE, IMSS-BIENESTAR, Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y otras instituciones públicas que se integren previa consideración de la SISCoSAM.

El punto más relevante del Acuerdo está en su justificación normativa: el Gobierno federal plantea que BIRMEX pueda otorgar un servicio integrado de suministro, almacenamiento, abastecimiento y distribución de medicamentos, material de curación e insumos para la salud, de manera que el sector salud concentre en una sola relación contractual su vínculo con la industria farmacéutica y laboratorios. La finalidad expresa es simplificar los procedimientos administrativos relacionados con la ejecución de la compra, asegurar el abasto oportuno y buscar mejores condiciones para el Estado.

BIRMEX tendrá un papel más amplio en la compra consolidada de medicamentos

El cambio principal es que BIRMEX no solo participará como área consolidadora para la compra de medicamentos, material de curación e insumos para la salud. También podrá operar un servicio integrado que incluya suministro, almacenamiento, abastecimiento y distribución.

Esto significa que BIRMEX podrá intervenir en más etapas del proceso: desde la contratación hasta la entrega de los bienes, cuando las instituciones públicas lo soliciten y se firmen los convenios correspondientes. El Acuerdo busca ordenar la relación entre las instituciones de salud y los proveedores, bajo un esquema de compra consolidada.

La norma también precisa que BIRMEX podrá ser, en su caso, firmante y administrador único de los contratos con los proveedores adjudicados. En esa función deberá verificar el cumplimiento de las obligaciones, aplicar deducciones y penas convencionales, solicitar suspensión, rescisión o terminación anticipada de contratos, gestionar gastos no recuperables cuando procedan y atender restituciones por pagos en exceso.

Referencia

1. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid. Cómo detectar medicamentos falsificados en internet. 22 de junio de 2026. <https://www.cofm.es/es/blog/como-detectar-medicamentos-falsificados-en-internet/>

Secretaría de Salud coordinará la planeación de necesidades

La Secretaría de Salud, por conducto de la Subsecretaría de Integración Sectorial y Coordinación de Servicios de Atención Médica (SISCoSAM), tendrá a su cargo la planeación de la contratación consolidada y el diagnóstico de necesidades.

Su tarea será reunir la información de las instituciones públicas participantes, revisar sus requerimientos y consolidar la demanda de medicamentos, material de curación e insumos. Después, deberá enviar esa demanda consolidada a BIRMEX para que se realicen los procedimientos de contratación.

La SISCoSAM también deberá implementar herramientas tecnológicas para dar seguimiento al abasto. Esta parte es relevante porque el Acuerdo no solo regula la compra, sino también el control del proceso de suministro dentro de las instituciones públicas de salud.

Instituciones públicas deberán reportar sus demandas y usar herramientas tecnológicas

El IMSS, ISSSTE, IMSS-BIENESTAR, Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y las demás instituciones que participen deberán entregar a SISCoSAM la información sobre sus necesidades de medicamentos, material de curación e insumos para la salud.

También deberán colaborar con BIRMEX y SISCoSAM para definir cómo se recibirán los bienes en almacenes y cuáles serán los criterios documentales de aceptación. Esto busca homologar procesos que suelen ser críticos en la operación diaria del abasto público.

Otra obligación expresa es el uso de las herramientas tecnológicas que pongan a disposición SISCoSAM y BIRMEX en cualquier fase del proceso de abasto. Además, cuando una institución requiera el servicio integrado de BIRMEX, deberá firmar el convenio de colaboración correspondiente y aportar los recursos necesarios mediante el mecanismo financiero previsto.

Equipo médico de alta tecnología tendrá una ruta diferente

El Acuerdo separa el tratamiento del equipo médico de alta tecnología. Este componente no queda dentro del esquema de contratación consolidada asignado a BIRMEX para medicamentos e insumos.

En este caso, la Secretaría de Salud, a través de SISCoSAM, actuará como área consolidadora. Las instituciones participantes deberán colaborar en la integración de sus necesidades y entregar sus demandas de equipo médico de alta tecnología.

Para definir el alcance de esta compra consolidada, la Secretaría de Salud y las instituciones participantes deberán firmar el

acuerdo de consolidación correspondiente. Con ello, el Acuerdo diferencia claramente dos rutas: una para medicamentos e insumos, con BIRMEX como actor operativo central, y otra para equipo médico de alta tecnología, bajo conducción directa de SISCoSAM.

Acuerdo entra en vigor de inmediato y da 30 días hábiles a BIRMEX

El Acuerdo entra en vigor el mismo día de su publicación en el Diario Oficial de la Federación, es decir, el 29 de mayo de 2026.

Los procedimientos de contratación consolidada que ya hubieran iniciado antes de esa fecha deberán continuar y concluir conforme a la normativa vigente al momento de su inicio. Esta disposición evita que los procesos en curso cambien de reglas a mitad de camino.

BIRMEX tendrá un plazo máximo de 30 días hábiles, contados desde la entrada en vigor del Acuerdo, para modificar los Lineamientos para los procedimientos de contratación consolidada y/o distribución de medicamentos, material de curación e insumos para la salud, publicados el 15 de noviembre de 2024. Esa modificación deberá contar previamente con opinión favorable de SISCoSAM.

En materia presupuestaria, el Acuerdo establece que las erogaciones deberán cubrirse con el presupuesto aprobado a los ejecutores de gasto correspondientes. También precisa que no se autorizarán recursos adicionales.

También operará un sistema para casos de excepción

El Acuerdo mantiene la operación del Sistema de Compensación para Casos de Excepción. BIRMEX deberá operarlo en coordinación con SISCoSAM y con participación de las instituciones públicas integradas.

Este sistema aplicará para medicamentos, material de curación e insumos para la salud entre las instituciones participantes, conforme a los lineamientos emitidos por BIRMEX, los sistemas de abasto institucionales y los instrumentos jurídicos que sean necesarios.

El Acuerdo presidencial reorganiza la compra, contratación y operación del abasto público de medicamentos e insumos en México. La principal novedad es que BIRMEX podrá asumir un papel más amplio: contratar, administrar contratos y prestar servicios integrados de suministro, almacenamiento, abastecimiento y distribución.

Para las instituciones públicas de salud, el cambio implica reportar sus necesidades a SISCoSAM, participar en la consolidación de la demanda, usar herramientas tecnológicas y formalizar convenios cuando requieran el servicio integrado de BIRMEX. Para el sistema público, la medida establece una cadena de responsabilidades más definida entre planeación, contratación y distribución.

Descargue aquí el acuerdo firmado por presidencia

https://consultorsalud.com.mx/wp-content/uploads/2026/06/2026_05_29_MAT_presrep.doc

Perú. Médicos del INEN que trabajaban para Merck Sharp & Dohme avalaron compras por S/172 millones de su medicamento

Fabiola Torres, Jason Martínez y Alicia Tovar

Salud con Lupa, 28 de abril de 2026

<https://saludconlupa.com/noticias/medicos-del-inen-que-trabajaban-para-merck-sharp-dohme-avalan-compras-por-s172-millones-de-su-medicamento/>

El gasto en cáncer en Perú se ha concentrado en pocas terapias de alto costo, mientras los medicamentos esenciales reciben cada vez menos recursos. Entre 2023 y 2025, el Ministerio de Salud destinó más de S/172 millones al pembrolizumab de Merck Sharp & Dohme (US\$1= 3,4 soles). Diez médicos del INEN que eran investigadores clínicos de la farmacéutica participaron en las decisiones que sustentaron su uso y compra.

Mientras el presupuesto para terapias esenciales contra el cáncer se ha reducido en los últimos años, el Ministerio de Salud ha concentrado cientos de millones de soles en pocos medicamentos de alto costo.

Entre 2023 y 2025, cinco fármacos absorbieron el 81% del gasto nacional en medicamentos oncológicos. Uno de los principales fue el *pembrolizumab*, comercializado como Keytruda por Merck Sharp & Dohme (MSD), un tratamiento que se utiliza en varios tipos de cáncer porque ayuda al sistema de defensa del cuerpo a reconocer y atacar las células cancerosas.

Solo este fármaco implicó un gasto de 172 millones de soles en ese periodo. Es uno de los más caros: cada paciente necesita alrededor de 34 viales, lo que eleva el costo a unos 250.000 soles por terapia. A ese precio, el Estado apenas cubrió a unos 990 pacientes, incluyendo los previstos para este año.

El alcance es limitado. Y ha puesto en tensión la capacidad del sistema de salud para cubrir tratamientos oncológicos.

¿Quién es responsable por estas decisiones?

Esa responsabilidad recae en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), que en los últimos años ha asumido un rol central en estas decisiones. No solo es el principal centro público donde se atiende a miles de pacientes, sino que también define qué medicamentos se aprueban y cómo se usa el presupuesto público destinado al cáncer.

Puede leer el documento completo en el enlace que aparece en el encabezado

Más del 60% de laboratorios extranjeros que vendían medicamentos al Perú no logró demostrar condiciones adecuadas de fabricación

Salud con Lupa, 8 de junio de 2026

<https://saludconlupa.com/noticias/mas-del-60-de-laboratorios-extranjeros-que-vendian-medicamentos-al-peru-no-logro-demostrar-condiciones-adecuadas-de-fabricacion/>

Durante años, el Perú permitió que laboratorios extranjeros siguieran vendiendo medicamentos mientras esperaban ser inspeccionados por la Digemid. Ahora que la autoridad sanitaria empezó a revisar sus plantas, los primeros resultados revelan que la mayoría no logró demostrar condiciones adecuadas de fabricación.

El 5 de junio, la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (Digemid) informó que, entre noviembre de 2025 y mayo de 2026, evaluó a 70 laboratorios farmacéuticos ubicados en seis países, India, China, México, Paraguay, Polonia y Turquía, como parte de una medida urgente para verificar si las plantas que abastecen al mercado peruano cumplen con las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), los estándares que garantizan condiciones adecuadas de calidad y seguridad de los fármacos [1].

Según la propia entidad, en lo que va del año se desplegaron tres comisiones de inspectores internacionales. Las dos primeras lograron inspeccionar 51 laboratorios, pero solo 20 obtuvieron la certificación de Buenas Prácticas de Manufactura. Los otros 31 no superaron el proceso: 21 no alcanzaron los estándares exigidos, tres quedaron con observaciones parciales y siete desistieron de la evaluación. Es decir, más del 60% de las plantas inspeccionadas este año no aprobó el control de calidad que el Estado peruano recién empieza a exigir de manera sistemática a los fabricantes extranjeros que abastecen al país.

La magnitud de estos resultados se entiende mejor a la luz de lo que Salud con Lupa viene documentando desde el año pasado. En abril de 2025, una investigación de este medio reveló que al menos 80 laboratorios extranjeros no habían aprobado inspecciones de Buenas Prácticas de Manufactura [2]. Sin embargo, 51 de ellos mantenían registros sanitarios vigentes y seguían vendiendo medicamentos en el país, aprovechando vacíos legales en la regulación. Al mismo tiempo, otros 385 laboratorios esperaban ser inspeccionados por una Digemid desbordada, que entonces procesaba apenas unos ocho casos al mes. A ese ritmo, completar las verificaciones pendientes habría tomado por lo menos cuatro años más.

Puede seguir leyendo en el enlace que aparece en el encabezado

Referencias

1. DIGEMID. Digemid fortalece control sanitario nacional e internacional con la supervisión de 70 laboratorios farmacéuticos en seis países. Comunicado de prensa, 5 de junio de 2026. <https://www.digemid.minsa.gob.pe/webDigemid/notas/2026/digemid-fortalece-control-sanitario-nacional-e-internacional-con-la-supervision-de-70-laboratorios-farmaceuticos-en-seis-paises/>
2. Tuesta, Paul. 51 laboratorios extranjeros sin certificación de buenas prácticas aún venden medicinas en Perú. Salud con Lupa 9 de abril de 2025 <https://saludconlupa.com/noticias/51-laboratorios-extranjeros-sin-certificacion-de-buenas-practicas-aun-venden-medicinas-en-peru/>

Producción y Negocio

Modelos alternativos de innovación en medicamentos que defienden el interés público: tipología, evidencia y comparación con el modelo convencional

(Alternative innovation models for medicines in the public interest: a typology, evidence and comparison with the mainstream model)

S. Moon, I. Slovenski, A. Alonso Ruiz, et al

BMJ Innovations, publicado en línea el 26 de junio de 2026. doi: 10.1136/bmjinnov-2025-001491

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios 2026; 29 (3)

Tags: modelos alternativos de innovación farmacéutica, innovación por entidades sin ánimo de lucro, financiación pública de la innovación farmacéutica

Resumen

Introducción. El descontento con las deficiencias del sistema convencional de innovación farmacéutica comercial (p. ej., falta de innovación, precios elevados, disponibilidad limitada) ha hecho surgir modelos de innovación alternativos (MIA). Sin embargo, el análisis de los MIA está conceptual y empíricamente fragmentado, y hay interrogantes abiertos sobre las definiciones, el enfoque terapéutico, el funcionamiento, así como sobre sus logros y cómo se comparan con el modelo convencional.

Métodos. En la definición de MIA se incluyeron aquellas iniciativas dedicadas a defender el interés público, que difieren del modelo convencional en aspectos como la forma organizativa, la financiación, el establecimiento de prioridades, el

papel que juegan en las diferentes fases de investigación y desarrollo, la gestión del conocimiento y en las estrategias regulatorias, de fabricación o de fijación de precios. Elaboramos una base de datos con 138 iniciativas, realizamos 47 entrevistas y tres estudios de caso. Desarrollamos, de forma iterativa, marcos conceptuales novedosos a nivel de sistema, modelo e iniciativa, y utilizamos el análisis de marcos conceptuales (*framework analysis*) para analizar los datos.

Resultados. Encontramos pruebas suficientes de que los MIA pueden desarrollar nuevos medicamentos para responder a las necesidades de salud no cubiertas. Los MIA se agrupan en cuatro «nichos» del sistema de innovación: preparación ante pandemias, enfermedades tropicales desatendidas, enfermedades raras y antibióticos. Aunque comparten la misión de responder al interés público, las iniciativas MIA varían considerablemente en cuanto a su forma organizativa y sus estrategias. No obstante, identificamos tres arquetipos de MIA: los MIA impulsados por

gobiernos nacionales, por el sector privado reorientado socialmente y los basados en redes de colaboración; cada uno de ellos es capaz de generar innovación, pero con fortalezas y debilidades distintas a la hora de satisfacer el interés público.

Conclusiones. Los MIA han demostrado ser viables, ofrecen ventajas y tienen el potencial de desafiar el modelo convencional,

si bien operan a pequeña escala y son relativamente frágiles. Su institucionalización requiere contar con mayor financiación pública y filantrópica estable, un mayor intercambio de conocimientos científicos, regulatorios y de fabricación, así como cambios legales y normativos que garanticen los recursos necesarios para realizar su labor.

El tratamiento preventivo contra el VIH de Merck se podría elaborar por US\$5 al año por paciente

Salud y Fármacos

Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios 2026; 29 (3)

Tags: costo de producción de medicamentos, costo de la PrEP, costo de producción versus precio de los medicamentos, acceso universal a la PrEP

Según un nuevo análisis [1], la pastilla experimental MK 8527 para la prevención del VIH que está desarrollando Merck en colaboración con la Fundación Gates, se podría producir a gran escala por menos de US\$5 anuales por paciente, informa Statnews [2].

Aunque el fármaco está en fase experimental y los resultados de los ensayos clínicos no se esperan hasta finales de 2027, ya está despertando considerable interés. Un análisis preliminar de los datos existentes a mediados del verano pasado indicó que era segura y eficaz, y podría proteger contra la infección en un plazo de 24 horas tras su administración.

Este nuevo régimen es de administración mensual, por vía oral, lo que representa una ventaja sobre el inyectable de Gilead Sciences *lenacapavir*, que se debe administrar dos veces al año, y sobre Descovy y Truvada (de Gilead), que requieren una toma diaria.

Hasta ahora, los problemas de asequibilidad han limitado la adopción de los tratamientos preventivos para la infección por VIH (PrEP), por eso los activistas están preocupados por el posible costo del nuevo tratamiento de Merck.

Investigadores del Reino Unido y Sudáfrica analizaron el coste del principio activo de la pastilla de Merck, así como los costes de formulación, envasado, transporte, aranceles e impuestos, para determinar los costes de producción de la pastilla. Calcularon que

un año de tratamiento podría producirse a gran escala por solo US\$4,49 por persona [1].

Estos hallazgos llevaron a Winnie Byanyima, directora ejecutiva de ONUSIDA, a instar a Merck a iniciar «con urgencia» la concesión de licencias para la producción de genéricos, con el fin de «facilitar un acceso global, asequible y a gran escala. Esta investigación muestra lo que es posible. A un precio de US\$5 o menos por persona al año, la PrEP oral y de administración mensual podría generar una revolución en la prevención del VIH».

Merck se ha comprometido a acelerar el acceso global amplio a su producto, pero no ha revelado precios.

Nota de Salud y Fármacos: Recientemente, Merck ha anunciado que emitirá licencias voluntarias sobre su nuevo producto, pero no ha confirmado si las canalizara a través del Banco de Patentes.

Referencia

1. Levi, J., Hill, A., Cross, S., & Venter, F. (2026). The estimated cost of MK-8527 produced at scale for once-monthly oral HIV pre-exposure prophylaxis in low- and middle-income countries. *AIDS*, 40(8), 1209–1212. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000004487>

Fuente Original

2. Ed Silverman. Merck's experimental HIV prevention pill could be made for less than \$5 a year, researchers say. Advocates argue Merck should license its drug so poor countries gain easy access. Statnews, April 7, 2026 <https://www.statnews.com/pharmalot/2026/04/07/merck-experimental-hiv-prevention-pill-made-for-five-dollars-year/>

De polizón a innovador: el ascenso del desarrollo de fármacos en China

(From Free Rider to Innovator: The Rise of China's Drug Development)

Panle Jia Barwick, Hongyuan Xia & Tianli Xia

NBER, Working Paper 34977, DOI 10.3386/w34977, marzo 2026

<https://www.nber.org/papers/w34977>

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios* 2026; 29 (3)

Tags: ascenso de China en la innovación farmacéutica, forma en que China podría afectar a las empresas farmacéuticas occidentales, inversiones de las empresas farmacéuticas en China, advertencias para las empresas occidentales que quieran operar en China

Este artículo analiza la evolución del sector farmacéutico de China durante la última década: de «polizón» (*free rider*) a innovador global. En 2010, China representaba menos del 8% de los ensayos clínicos a nivel mundial; para 2020, el volumen

anual de ensayos clínicos registrados en China era superior al número de ensayos clínicos registrados anualmente en EE UU.

Para estudiar esta transformación, hemos elaborado una base de datos exhaustiva y sincronizada que abarca toda la cadena de suministro para el desarrollo de fármacos, incluyendo publicaciones científicas, ensayos clínicos e hitos en el desarrollo de medicamentos en China, EE UU y Europa, así como las

ventas de fármacos y las políticas gubernamentales durante ese mismo periodo.

Aportamos pruebas sólidas de que el ascenso de China fue impulsado principalmente por la reforma de la Lista Nacional de Medicamentos Reembolsables (*National Reimbursement Drug List* o NRDL), que amplió drásticamente el tamaño del mercado para los fármacos innovadores. Documentamos un fuerte incremento, tanto en la cantidad (un aumento del 86%) como en el grado de novedad de los ensayos clínicos tras la reforma; este crecimiento se concentró en las categorías de enfermedades afectadas por la medida, en los fármacos pioneros o de referencia en su clase (*first-in-class* o *best-in-class*) y en las empresas nacionales.

Un análisis de descomposición revela que la reforma de la NRDL explica el 43% del crecimiento en la actividad relacionada con los ensayos oncológicos —casi duplicando la contribución de la acumulación de conocimientos previos y de los flujos de talento (24% atribuible a esos dos componentes)—, mientras que otras políticas gubernamentales han desempeñado un papel menor.

Por último, los beneficios dinámicos derivados de la innovación inducida triplican los beneficios estáticos de la reforma en términos de acceso de los consumidores a fármacos innovadores, lo que subraya la importancia de considerar los efectos a largo plazo de la reforma sobre los incentivos a la innovación, además de las mejoras inmediatas en la asequibilidad de los medicamentos.

Nota de Salud y Fármacos. Un comentario a este artículo publicado en Statnews [1] afirma que China no es solo una parte importante de la cadena de suministro de medicamentos para Occidente, sino también un competidor directo en innovación farmacéutica, y pretende mantenerse así pero bajo sus propias condiciones. El artículo alerta sobre cómo las últimas disposiciones legales del gobierno podrían afectar a las empresas multinacionales que operan en China que no se adhieran a las condiciones que imponga el país. La intención del comentario es facilitar que las empresas que podrían verse afectadas por dichos cambios legislativos puedan adoptar las medidas necesarias para evitar que afecten negativamente a las empresas o a sus ejecutivos.

“El Consejo de Estado de China acaba de promulgar el Decreto n.º 834, el Reglamento sobre la Seguridad de la Cadena Industrial y de Suministro, que es de aplicación inmediata y no incluye un periodo de transición. Sus 18 artículos otorgan a Pekín amplios poderes para investigar y sancionar a cualquier empresa extranjera cuyas decisiones comerciales se consideren perjudiciales para la seguridad de la cadena industrial china. El 15º plan quinquenal de China ha designado explícitamente a la biotecnología y la industria farmacéutica como los pilares de su próxima fase de desarrollo industrial.

Según el autor del artículo [1] el Decreto n.º 834 constituye el marco jurídico mediante el cual Pekín pretende proteger y potenciar su ambición, y eleva el nivel de riesgo para el sector biofarmacéutico estadounidense, porque establece que la capacidad de la cadena de suministro de China es un tema de seguridad nacional. El siguiente paso es utilizar esta ventaja estratégica como arma contra las empresas estadounidenses.

El Decreto n.º 834 aprovecha la dependencia que el mercado farmacéutico tiene de China. El Artículo 15 permite que Pekín investigue a cualquier empresa extranjera que interrumpa o cese transacciones normales con socios chinos, o que emprenda acciones que causen —o amenacen con causar— un perjuicio sustancial a la seguridad de la cadena de suministro china. El Artículo 13 convierte el realizar actividades de recopilación de información relacionada con las cadenas de suministro dentro del territorio chino en algo potencialmente ilegal; esto incluye las visitas a los proveedores para verificar el cumplimiento de las buenas prácticas de fabricación, las evaluaciones de las cuestiones ambientales, sociales y de gobernanza, y la diligencia debida en la fabricación que exigen la FDA y la Agencia Europea de Medicamentos (EMA). Por su parte, el Artículo 16 obliga a toda entidad presente en territorio chino —incluidas las filiales extranjeras y las empresas conjuntas— a implementar las contramedidas que ordene Pekín.

El caso de AstraZeneca ilustra la magnitud de este riesgo. China es el segundo mercado más importante de esta compañía —representa aproximadamente el 13% de sus ingresos globales— y cuenta con amplias operaciones clínicas y una cartera de proyectos oncológicos que, en gran medida, dependen de centros de ensayos clínicos y pacientes en China. En 2024, su presidente para China y otros directivos fueron detenidos y posteriormente acusados como parte de una investigación penal. Con el Decreto n.º 834, la situación de AstraZeneca se vuelve estructuralmente más compleja: cualquier medida para reducir su presencia clínica o comercial en China conlleva el riesgo de quedar sujeta al Artículo 15, mientras que las auditorías rutinarias y los flujos de datos que le exigen las entidades regulatorias occidentales podrían activar la aplicación del Artículo 13.

La empresa también enfrenta una demanda colectiva en EE UU, en la que se alega que no informó adecuadamente sobre los riesgos regulatorios en China en sus estados financieros. El Decreto n.º 834 agrava este dilema de divulgación de información para todas las empresas farmacéuticas y biotecnológicas occidentales: la legislación sobre valores exige la divulgación de los riesgos materiales; según la legislación china, la recopilación de la información necesaria para evaluar dichos riesgos podría ser, en sí misma, ilegal.

El Decreto n.º 834 no surgió de la nada. Forma parte de una estrategia deliberada que Pekín ha venido articulando desde 2021 —la Ley contra las Sanciones Extranjeras, la Ley de Contrainteligencia (revisada) y las Disposiciones de Implementación para Contrarrestar Sanciones Extranjeras emitidas en marzo de 2025—; cada uno de estos instrumentos amplía el alcance legal de China sobre las decisiones comerciales de las empresas extranjeras.

Las empresas deberían hacerse estas tres preguntas ¿Qué actividades que se llevan a cabo actualmente en China —auditorías, recopilación de datos, evaluaciones de calidad— podrían calificarse como recopilación ilícita de información de la cadena de suministro según el Artículo 13? La reducción de la dependencia de China —cumplimiento de la ley BIOSECURE, iniciativas de diversificación de proveedores, reducción de volúmenes a las CDMO— ¿genera riesgos bajo el Artículo 15? ¿Cuáles son las alternativas? Y ¿qué implicaciones tendría, tanto a nivel operativo como para la responsabilidad personal de los

directivos, que una filial china recibiera la orden, en virtud del Artículo 16, de implementar contramedidas contra su propia empresa matriz?

Fuente Original de este comentario

1. Dennis Kwok. China's strict new supply chain regulations could create massive problems for Western biopharma companies. Just as it did with rare earth minerals, China is tightening control. Statnews, May 4, 2026 <https://www.statnews.com/2026/05/04/china-biotech-pharmaceuticals-supply-chain-regulations/>

Comité de Expertos de la OMS en Especificaciones para Preparados Farmacéuticos: quincuagésimo noveno informe (WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations: fifty-ninth report)

World Health Organization 2026

<https://iris.who.int/handle/10665/386361>

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios* 2026; 29 (3)

Resumen

Este informe presenta las conclusiones, los debates y las recomendaciones de la 59.^a reunión del Comité de Expertos de la OMS sobre las Especificaciones para las Preparaciones Farmacéuticas, celebrada en octubre de 2025. Forma parte de la Serie de Informes Técnicos de la OMS y contribuye a la labor normativa de la Organización para el establecimiento de normas internacionales que garanticen la calidad, la seguridad y la eficacia de los medicamentos. El informe refleja el mandato de la OMS de apoyar a los Estados Miembros ofreciéndoles orientaciones basadas en evidencia sobre como garantizar la calidad farmacéutica, los marcos regulatorios y el acceso a los productos médicos esenciales.

El documento resume las actualizaciones técnicas y las deliberaciones sobre una amplia gama de temas, entre ellos la Farmacopea Internacional, las especificaciones sobre el control de calidad, las sustancias de referencia internacionales y las buenas prácticas de manufactura e inspección. Asimismo, aborda orientaciones regulatorias, procedimientos de precalificación y medidas relacionadas con la distribución, las cadenas de suministro y la vigilancia del mercado. El informe recopila directrices aprobadas, textos revisados y recomendaciones destinadas a fortalecer los sistemas regulatorios, promover la armonización y apoyar la disponibilidad mundial de medicamentos seguros, eficaces y de calidad garantizada.

Según un estudio de la Universidad de Massachussets Amherst-Cornell, cuando hay patentes, es más probable que las empresas realicen la I+D ellas mismas

(Drug Companies More Likely to Keep R&D In-House When Patents Are at Stake, UMass Amherst-Cornell Study Finds)
University of Massachussets, 29 de abril de 2026

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Propiedad Intelectual* 2026; 29 (3)

Tags: externalización de la I+D farmacéutica, estrategias para impedir la competencia a los medicamentos protegidos por patentes

Es más probable que las compañías farmacéuticas realicen internamente las actividades de investigación y desarrollo (I+D), en lugar de externalizarlas, cuando ya tienen medicamentos patentados de la misma área terapéutica en el mercado, especialmente cuando a dichas patentes les quedan años de vigencia; así lo indica un nuevo estudio en el que participó como coautora Lucy Xiaolu Wang, profesora adjunta del Departamento de Economía de los Recursos.

La razón: evitar lo que los economistas denominan "canibalización", es decir, competir contra sí mismas.

Wang y sus coautores, Thomas Jungbauer, Sean Nicholson y Michael Waldman, de la Universidad de Cornell, y June Pan, de Visa, analizaron cómo las empresas organizan el desarrollo de fármacos para proteger sus productos más rentables. El artículo se ha publicado en la revista *American Economic Journal: Microeconomics* [1].

Cuando una empresa cuenta con un medicamento de gran éxito comercial (*blockbuster*) protegido por patente, no desea que un nuevo fármaco, ni siquiera uno que ella misma esté desarrollando, reste beneficios a dicho producto. Por eso mantiene un control más estricto sobre el proceso. El estudio, que utiliza datos de la industria farmacéutica, revela que las empresas son menos propensas a externalizar la I+D cuando poseen otros medicamentos patentados en la misma

categoría terapéutica. Esta cautela es mayor si a dichas patentes aún les quedan años de vigencia.

La investigación también señala que, cuando el desarrollo se realiza internamente, las empresas tienden a mantener su atención en el objetivo original del proyecto. En cambio, hay más probabilidades que los proyectos externalizados cambien de rumbo durante su desarrollo.

Ese control es importante. Al desarrollar medicamentos internamente, las empresas pueden determinar el grado de similitud entre el nuevo tratamiento y los ya existentes, lo que permite limitar la "canibalización", fenómeno por el cual un nuevo producto resta ventas a otro previo.

El estudio se basa en datos de más de 11.000 proyectos de desarrollo de fármacos realizados entre 1989 y 2004, y utiliza información detallada sobre la titularidad de las patentes, la externalización y la clasificación de los medicamentos. Los resultados fueron coherentes tras hacer diversas pruebas, incluso tras tener en cuenta factores como el tamaño y la experiencia de las empresas.

Los autores sostienen que las explicaciones habituales sobre por qué las empresas deciden externalizar, como la reducción de costes o el acceso a conocimientos especializados, no ofrecen una imagen completa de la situación. El estudio sugiere que un

factor de mayor peso es cómo la propia cartera de patentes de la empresa condiciona dicha decisión.

Aunque el estudio se centra en el sector farmacéutico, los investigadores señalan que sus conclusiones podrían aplicarse a otras industrias en las que las empresas deben equilibrar cuidadosamente la innovación con la protección de sus productos existentes.

Referencia

1. Jungbauer, Thomas, Sean Nicholson, June Pan, Michael Waldman, and Lucy Xiaolu Wang. 2026. "The Organization of Innovation: Incomplete Contracts and the Outsourcing Decision." *American Economic Journal: Microeconomics* 18 (2): 56–109. DOI: 10.1257/mic.20240053 <https://www.aeaweb.org/articles?id=10.1257/mic.20240053>

Las 10 empresas farmacéuticas que generan mayores ingresos
Salud y Fármacos
Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios 2026; 29 (3)

Tags: ingresos exorbitantes de la industria farmacéutica, ranking de las empresas farmacéuticas según sus ingresos

Como todos los años, Endpoints ha publicado el análisis de la situación financiera de las 20 empresas farmacéuticas que más ingresos generan [1]. A continuación, hacemos un resumen, y presentamos los datos de las primeras 10 empresas, el lector interesado podrá completar su lectura yendo al documento original (en inglés), cuya referencia y enlace aparece en la sección de referencias.

Eli Lilly ha escalado seis posiciones en la clasificación anual de las 20 empresas con mayores ingresos, convirtiéndose en la tercera compañía más grande del sector biofarmacéutico. La farmacéutica con sede en Indianápolis aumentó sus ventas de US\$45.000 millones en 2024 a US\$65.200 millones el año pasado, superando así a Bristol Myers Squibb, Novartis, AstraZeneca, AbbVie, Pfizer y Merck.

En la presente década, Lilly ha pasado de ocupar el puesto número 15 en 2020 a su posición actual: la tercera empresa por valor de ventas.

Impulsada también por sus productos para la diabetes y la obesidad, Novo Nordisk siguió una trayectoria similar a principios de la década, pasando del puesto 17 en 2020 al 11 en 2024. Aunque Novo más que duplicó sus ingresos durante ese periodo, el impulso de la compañía danesa se ha estancado, manteniéndose en el puesto 11. El año pasado fue el primer año de la década en que Novo no logró un crecimiento de ventas de dos dígitos.

Johnson & Johnson volvió a encabezar la clasificación en 2025, y ha ocupado el primer puesto todos los años desde 2012, a excepción de 2022, cuando Pfizer ascendió al número 1 y se convirtió en la primera farmacéutica de la historia en superar la barrera de los US\$100.000 millones. Dicho salto se debió en gran medida a las ventas de sus productos contra la covid: Comirnaty y Paxlovid.

Exceptuando el ascenso de Lilly, ha habido pocos cambios en la lista de las 20 principales empresas en 2025. Bristol Myers Squibb (BMS), una de las cuatro compañías del grupo que registró un descenso en sus ingresos en 2025, cayó dos puestos para ocupar la décima posición. Sanofi ascendió un puesto hasta la novena posición, superando a BMS. Sanofi ocupaba el sexto lugar en 2023 antes de vender su unidad de salud para el consumidor, Opella, lo que la hizo caer al décimo puesto en 2024. Al igual que J&J, Sanofi ha experimentado una aceleración de su crecimiento tras dicha desinversión.

Otra empresa que registró una disminución de ingresos en 2025 y descendió un puesto fue Takeda, situándose en el número 15. Por su parte, Boehringer Ingelheim ascendió un peldaño hasta el puesto 14, tras experimentar un aumento del 4% en sus ventas.

Este año no hubo nuevas empresas entre las 20 primeras. En la parte baja de la clasificación, CSL (con ingresos de US\$15.400 millones en 2025— se mantuvo por delante de Regeneron (14.300 millones) y Viatris (14.300 millones), seguida de cerca por las farmacéuticas japonesas Astellas (13.800 millones) y Daiichi Sankyo (13.700 millones).

Las 10 empresas farmacéuticas que lograron mayores ingresos en 2025

Empresa, sede, ingresos		Comentarios	
Johnson & Johnson (New Brunswick, New Jersey)		Johnson & Johnson ha estado ocupando el primer puesto de esta clasificación a lo largo de los años (excepto 2022). Su decisión de escindir su división de productos de salud para el consumidor (Kenvue) no la ha desplazado de su posición habitual.	
Ingresos 2025: US\$94.200 millones Ingresos 2024: US\$88.800 millones Cambio: +6.1%		El crecimiento en las ventas de la empresa se vio impulsado por sus productos para tratar el mieloma múltiple, el aerosol nasal Spravato para la depresión, el anticoagulante Xarelto y otros medicamentos.	
		J&J ha tenido una actividad considerable en el ámbito de las fusiones y adquisiciones. El año pasado, adquirió Intra-Cellular Therapies y su prometedor tratamiento para la esquizofrenia y el trastorno bipolar, Caplyta, que también está aprobado como tratamiento complementario en el trastorno depresivo mayor.	

	La división de tecnología médica sigue siendo un pilar importante, y las ventas del año pasado alcanzaron los US\$16.400 millones. En cuanto a los desafíos, J&J prevé una erosión de sus ventas a corto plazo, debido a la competencia de genéricos y biosimilares para Opsumit —fármaco contra la hipertensión arterial pulmonar— y Simponi, un medicamento de gran éxito en el ámbito de la inmunología. Estos fármacos generaron más de US\$2.800 millones en EE UU en 2025.
Roche (Basel, Switzerland) Ingresos 2025: US\$70.000 millones Ingresos 2024: US\$68.700 millones Cambio: +1,7%	En 2025, el oftalmológico Vabysmo, un anticuerpo biespecífico dirigido contra VEGF y Ang-2 alcanzó ventas por valor de US\$5.200 millones. Sin embargo, en el cuarto trimestre se observaron signos de desaceleración. El principal producto oncológico de Roche es Tecentriq, con ventas de 3.600 millones de francos suizos en 2025 (1US\$=1,24 francos suizos), con un modesto aumento interanual del 3%. Se espera que, para Roche, la franquicia HER2 alcance su punto máximo este año, con ventas por unos 9.000 millones de francos suizos. Roche ha centrado sus esfuerzos en el cáncer de mama en el <i>giredestrant</i>, que podría generar ventas por más de 3.000 millones de francos suizos. El año pasado, el <i>giredestrant</i> fue el primero de su clase en el ámbito de los tratamientos adyuvantes. Sin embargo, persisten dudas, porque el ensayo de fase 3 no incluyó a los inhibidores de CDK4/6, que se han convertido en el tratamiento adyuvante estándar para algunas pacientes con cáncer de mama en fase inicial. Además, fracasó en otro ensayo de Fase 3. Durante varios años, el medicamento más vendido de Roche ha sido Ocrevus. Las ventas de esta terapia para la esclerosis múltiple superaron los 7.000 millones de francos suizos en 2025, registrando un crecimiento a pesar de la competencia de Kesimpta, el anticuerpo anti-CD20 de Novartis que también está experimentando un fuerte auge. Para complementar Ocrevus, Roche está desarrollando el inhibidor de la BTK <i>fenebrutinib</i>. Sin embargo, su toxicidad hepática —que ha surgido en el programa clínico de <i>fenebrutinib</i> y que provocó que la FDA rechazara <i>tolebrutinib</i>, el fármaco competidor de Sanofi— sigue siendo una preocupación importante de cara a los resultados del ensayo de Fase 3 previstos para este año. Por otro lado, un agonista inyectable de los receptores GLP-1/GIP conocido como CT-388 —adquirido por Roche tras la compra de Carmot Therapeutics por US\$2.700 millones de en 2023—, está avanzando hacia los ensayos de Fase 3. En conjunto, el cuarto trimestre de 2025 marcó el octavo trimestre consecutivo de crecimiento para la división farmacéutica de Roche.
Eli Lilly (Indianapolis) Ingresos 2025: US\$65.200 millones Ingresos 2024: US\$45.000 millones Cambio: +45%	Lilly anticipa que sus exitosos fármacos de doble acción GIP/GLP-1 para la diabetes y la obesidad —Mounjaro y Zepbound— repetirán su buen desempeño, y proyecta cifras de ventas aún mayores para 2026, impulsadas por el lanzamiento de una muy esperada pastilla para la obesidad. Mounjaro y Zepbound —junto con Verzenio, su tratamiento para el cáncer de mama— fueron los principales motores del crecimiento en las ventas de Eli Lilly. En conjunto, los dos medicamentos de Lilly basados en <i>tirzepatida</i> para la diabetes y la obesidad generaron US\$36.500 millones el año pasado, lo que representa un impresionante 56% de los ingresos totales de la empresa en 2025, superando los US\$33.000 millones en ventas combinadas de Ozempic y Wegovy, los productos de Novo basados en <i>semaglutida</i>. De hecho, la <i>tirzepatida</i> se consolidó como el medicamento más vendido del mundo el año pasado, superando incluso a Keytruda, el fármaco oncológico superventas de Merck.

En noviembre 2025, Lilly se convirtió en la primera farmacéutica en lograr una valoración de mercado de un billón de dólares.

Merck (Rahway, New Jersey) Ingresos 2025: US\$65.000 millones Ingresos 2024: US\$64.200 millones Cambio: +1%	Merck no ha crecido más por el desplome en las ventas globales de Gardasil. Esta vacuna contra el VPH mantuvo una trayectoria imparable durante su primera década en el mercado, pero en 2024 cayó la demanda en China y en 2025 en Japón, por lo que los ingresos por este rubro se redujeron en un 39%. En EE UU, los CDC han modificado sus recomendaciones sobre la vacunación contra el VPH, pasando de un esquema de dos o tres dosis para niños de 11 y 12 años a una dosis única. El desplome de Gardasil coincidió con una desaceleración en el crecimiento de Keytruda, cuyas ventas pasaron de US\$29.500 millones en 2024 a US\$31.700 millones en 2025. Este aumento del 7% se produjo tras haber registrado crecimientos anuales de entre el 18% y el 22% durante los cuatro años anteriores. Keytruda representa el 49% de los ingresos de Merck en 2026, y la empresa perderá la protección de patente de este fármaco estrella contra el cáncer en diciembre de 2028. Merck compró Acceleron por US\$11.500 millones en 2021, incorporando Winrevair —un fármaco para la hipertensión arterial pulmonar y su producto estrella más reciente—, cuyas ventas alcanzaron los US\$1.400 millones en 2025. En 2024, Merck adquirió Verona por US\$10.000 millones para hacerse con Ohtuvayre, un fármaco de gran éxito para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), e invirtió US\$9.200 millones en Cidara Therapeutics, centrándose en su alternativa antiviral (no basada en vacunas) para la protección contra la gripe. En marzo de este año, Merck desembolsó US\$6.700 millones por Terns y su valioso candidato contra la leucemia, el TERN-701.
Pfizer (New York City) Ingresos 2025: US\$62.600 millones Ingresos 2024: US\$63.600 millones Cambio: -1,6%	Si bien las ventas de productos oncológicos de Pfizer crecieron un 8% y las de atención especializada aumentaron un 5%, la división de atención primaria de la compañía registró una caída del 11%. Las ventas de vacunas y tratamientos covid se desplomaron. Entre los productos de mayores ventas está el anticoagulante Eliquis —comercializado en colaboración con Bristol Myers Squibb—, cuyas ventas crecieron un 8% el año pasado hasta rozar los US\$8.000 millones; y Abrysvo, la vacuna de Pfizer contra el virus sincitial respiratorio. En el ámbito de la atención especializada, la franquicia Vyndaqel constituye un importante motor de crecimiento, con unos ingresos cercanos a los US\$6.400 millones lo que representa un aumento interanual del 17%. La compañía se esfuerza en sacar el máximo partido a la adquisición de Seagen —valorada en US\$43.000 millones. Padcev, el principal conjugado anticuerpo-fármaco (ADC) incorporado tras dicha operación, generó cerca de US\$2.000 millones, y Pfizer está explorando el potencial clínico de los ADC de Seagen. A finales del año pasado, la empresa contaba con una plantilla de aproximadamente 75.000 empleados en todo el mundo, frente a los 81.000 que tenía a finales de 2024. La compañía se ha fijado el objetivo de ahorrar US\$7.700 millones en costes operativos anuales para finales de 2027.
AbbVie (North Chicago, Illinois) Ingresos 2025: US\$61.200 millones Ingresos 2024: US\$56.300 millones Cambio: +8,3%	Humira, la inmunoterapia más vendida de AbbVie, perdió la protección de su patente en 2023, ocasionando la primera reducción de sus ventas. En 2024 y 2025, sus ventas volvieron a crecer gracias a su nueva y potente pareja de inmunoterapias: Skyrizi y Rinvoq.

El año pasado, Skyrizi generó ventas por US\$17.600 millones, mientras que Rinvoq generó US\$8.300 millones. Por su parte, las ventas de Humira descendieron a US\$4.500 millones en 2025.

Tanto Skyrizi como Rinvoq compiten en el ámbito de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), donde la competencia se intensifica con productos como Tremfya (un inhibidor de la IL-23 de Johnson & Johnson) y Entyvio (un anticuerpo monoclonal de Takeda), entre otros.

Los medicamentos de AbbVie están aprobados para tratar tanto la colitis ulcerosa como la enfermedad de Crohn. Skyrizi mantiene una cuota de mercado "sólida y constante" en el tratamiento de primera línea de la EII, a pesar del rápido crecimiento de los fármacos de la clase IL-23.

Más allá de su cartera de inmunología, en rápido crecimiento, el año pasado, una parte considerable de los ingresos de AbbVie provino de su gama de fármacos neurológicos, que generaron un total de US\$10.700 millones.

Además de su consolidada franquicia de inyecciones terapéuticas de Botox y del antipsicótico atípico Vraylar (un fármaco más antiguo), la compañía está centrando cada vez más su atención en su incorporación más reciente: Vyalev, un tratamiento para la enfermedad de Parkinson aprobado en 2024, y la empresa espera que se convierta en un producto de grandes ventas.

AstraZeneca
(Cambridge, U.K)

Ingresos 2025: US\$58.700 millones
Ingresos 2024: US\$54.100 millones
Cambio: +8,6%

En 2025, AZ celebró 16 resultados positivos en ensayos clínicos de Fase 3, y 43 aprobaciones en mercados clave. Entre ellos destaca un resultado positivo en un ensayo clínico Fase 3 y la rápida autorización de la FDA para Enhertu —un conjugado anticuerpo-fármaco desarrollado en colaboración con Daiichi Sankyo— para el tratamiento de primera línea del cáncer de mama HER2 positivo. En 2025, las ventas mundiales de Enhertu registradas por ambas empresas rozaron los US\$5.000 millones, lo que se tradujo en casi US\$2.800 millones de ingresos para AZ.

El año pasado, Datroway, el otro conjugado anticuerpo-fármaco (ADC) de AstraZeneca en colaboración con Daiichi, mostró mejores resultados en Fase 3 como tratamiento de primera línea para el cáncer de mama triple negativo que Trodelvy —el ADC dirigido a TROP2 de la competidora Gilead Sciences— en ensayos independientes. Sin embargo, todas las miradas están puestas en los próximos resultados del estudio Avanzar, que evalúa la combinación de Datroway e Imfinzi como tratamiento de primera línea para el cáncer de pulmón de células no pequeñas - dichos resultados se han pospuesto para la segunda mitad de 2026.

Por otro lado, *camizestrant* —un degradador selectivo de los receptores de estrógeno en fase de experimentación— logró un éxito en un ensayo de Fase 3. Asimismo, *baxdrostat*, un candidato para la hipertensión, registró dos éxitos en ensayos de Fase 3 el año pasado. Por otro lado, Tezspire —fármaco desarrollado en colaboración con Amgen— obtuvo la aprobación de la FDA para la rinosinusitis crónica con pólipos nasales tras presentar resultados competitivos frente a Dupixent, de Sanofi.

En un plano menos positivo, a finales de 2025, la FDA inició una investigación sobre la seguridad de las terapias de prevención del virus respiratorio sincitial (VRS), incluido Beyfortus, de Sanofi y AstraZeneca (AZ).

Entre los acuerdos firmados el año pasado figuró el pago inicial de US\$100 millones por un inhibidor pan-KRAS de la compañía china Jacobio Pharma. La empresa anunció el año pasado la creación de un nuevo centro mundial de I+D en Pekín, antes de revelar una inversión de US\$15.000 millones en el país a principios de 2026.

Estas inversiones en China se realizan paralelamente al compromiso de invertir US\$50.000 millones en EE UU. Asimismo, el año pasado AZ adquirió EsoBiotec, que se especializa en el desarrollo de terapias celulares *in vivo*. en una operación que podría llegar a costar US\$1.000 millones,

Novartis Basel, Switzerland Ingresos 2025: US\$56.700 millones Ingresos 2024: US\$51.700 millones Cambio: +9,6%	Entresto, su tratamiento para la insuficiencia cardíaca y producto más vendido —con US\$7.800 millones en ventas en 2024—, perdió la exclusividad en el mercado estadounidense en 2025. Sus ventas decrecieron sustancialmente. La combinación de <i>sacubitril</i> y <i>valsartán</i> perderá su protección de propiedad intelectual en Europa en noviembre de 2026. Además, en 2025, Novartis comenzó a enfrentarse a competidores de genéricos para Tassigna (medicamento contra la leucemia) y Promacta (terapia para los problemas con las plaquetas). Logró un crecimiento del 8% en las ventas, alcanzando los US\$54.500 millones, gracias a Kisqali (cáncer de mama), Kesimpta (inyección para la esclerosis múltiple), Pluvicto (terapia con radioligandos) y Cosentyx (fármaco superventas en inmunología). Además de las ventas de productos, Novartis registró US\$2.100 millones en otros ingresos —un aumento del 52%— procedentes de hitos y pagos de regalías derivados de asociaciones. Novartis ha avanzado en la ampliación de su cartera de tratamientos para enfermedades renales; ha asumido compromisos de inversión en EE UU (US\$23.000 millones) y ha firmado acuerdos de precios de medicamentos bajo la cláusula de "nación más favorecida" con la administración Trump. Novartis cerró un acuerdo en octubre para comprar Avidity Biosciences, especialista en terapias de ARN, por US\$12.000 millones, con el fin de fortalecer aún más su cartera de productos neuromusculares.
Sanofi (Paris, France) Ingresos 2025: US\$52.200 millones Ingresos 2024: US\$43.900 millones Cambio: +10,3%	Sus ingresos se ven amenazados en EE UU por la incertidumbre en torno a las vacunas. En 2025, las ventas totales de vacunas de Sanofi cayeron un 1,2%, situándose en US\$9.500 millones. Algunos productos no se vieron afectados, como Beyfortus —un anticuerpo contra el virus respiratorio sincitial (VRS) en lactantes desarrollado en colaboración con AstraZeneca—, cuyas ventas anuales crecieron un 9,5%, alcanzando los US\$2.100 millones. Sanofi compró Blueprint Medicines (Massachusetts) en un acuerdo valorado en hasta US\$9.500 millones, incorporando el tratamiento para la mastocitosis sistémica (MS) Ayvakit, que se puede convertir en un éxito de grandes ventas. En 2025, Dupixent, el fármaco estrella en inmunología, desarrollado en colaboración con Regeneron, sumó tres nuevas indicaciones a su ficha técnica: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, penfigoide ampollosa y urticaria crónica espontánea. Sus ventas aumentaron un 45% respecto a 2024, alcanzando ventas anuales de US\$18.700 millones. Además de los €43.600 millones en ventas registradas el año pasado, la compañía obtuvo €3.090 millones en "otros ingresos", derivados principalmente de servicios de fabricación y de Opella —la división de salud del consumidor escindida de Sanofi—, en la que la farmacéutica conserva una participación del 48,2%.
Bristol Myers Squibb (Princeton, New Jersey) Ingresos 2025: US\$48.200 millones Ingresos 2024: US\$48.300 millones Cambio: -0,2%	Los productos más vendidos fueron: el fármaco para el linfoma Opdivo, el tratamiento CAR-T, Breyanzi y el medicamento cardiovascular Camzyos. Todos ellos son medicamentos de grandes ventas, y registraron incrementos interanuales de ventas del 30% o más. Opdivo —el inhibidor de puntos de control inmunitario y producto estrella de la compañía, siguió liderando la cartera en ventas totales, con una recaudación de US\$10.000 millones. Sin embargo, BMS se vio afectada por la pérdida de las patentes de los tratamientos contra cánceres hematológicos Revlimid y Sprycel. Otro de los pilares oncológicos de la empresa, Pomalyst, se enfrentará a la competencia de genéricos en EE UU a partir de 2026. Entretanto, Opdivo y el anticoagulante Eliquis (2028) no se quedan atrás en su avance hacia el llamado "precipicio de las patentes". Para afrontar las recientes presiones sobre su negocio, BMS ha puesto en marcha una iniciativa de ahorro en costes, y anunció el despido de más de 500 empleados de sus

instalaciones en Lawrenceville, Nueva Jersey, y en septiembre anunció otros 282 recortes de empleo en su sede central de Princeton, Nueva Jersey.

Fuente Original

Kevin Dunleavy. The top 20 pharma companies by 2025 revenue. FiercePharma, 20 de abril de 2026

<https://www.fiercepharma.com/special-reports/top-20-pharma-companies-2025-revenue>

AmericaRx: Fabricación de medicamentos asequibles en nombre del interés público

(AmericaRx: Manufacturing Affordable Drugs in the Public Interest)

Dana Brown, Alejandro Molina

Vanderbilt Policy Accelerator, junio 2026

<https://cdn.vanderbilt.edu/vu-URL/wp-content/uploads/sites/412/2026/06/23231418/AmericaRx.pdf> (de libre acceso en inglés)

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios* 2026; 29 (3)

Conclusión

En resumen, el mercado farmacéutico de EE UU es estructuralmente incapaz de garantizar el acceso asequible y fiable a los medicamentos esenciales. Los fabricantes de medicamentos de marca explotan las protecciones de monopolio para fijar precios tan elevados como el mercado pueda soportar, mientras que los fabricantes de genéricos, cuando los márgenes de beneficio son demasiado reducidos para justificar su continuidad, suelen abandonar la producción de fármacos críticos. El resultado es un sistema caracterizado por el desabastecimiento, picos de precios y creciente desconfianza del público. Los intentos previos de reforma —centrados mayoritariamente en la transparencia o en programas de subsidios modestos— no han logrado abordar el problema de fondo: no hay una alternativa duradera que esté alineada con el interés público frente a la lógica de maximización de beneficios que domina en el mercado.

Nuestra propuesta viene a llenar ese vacío. Proponemos la creación de AmericaRx, una red de manufactura de propiedad pública, con respaldo federal, diseñada para producir medicamentos muy necesarios que el mercado privado no puede o no quiere suministrar. A diferencia de propuestas previas que dependían exclusivamente de la regulación o de iniciativas estatales fragmentadas, esta es una opción pública de fabricación farmacéutica a escala nacional, concebida para ser competitiva, transparente y sostenible.

Mediante compras públicas coordinadas, subsidios específicos y estrategias regionales de fabricación, AmericaRx garantizaría un suministro estable de medicamentos esenciales, moderaría los precios y generaría empleos de calidad en comunidades desatendidas. No se trata de un gesto simbólico ni de un sistema paralelo; es una reestructuración práctica del poder de mercado que devuelve capacidad de negociación al sector público, mejora los resultados en salud y recupera la producción farmacéutica como una herramienta al servicio del interés público.

El papel multifacético de la industria farmacéutica en el control de las enfermedades tropicales desatendidas: del fallo del mercado a la innovación en salud global. (The pharmaceutical industry's multifaceted role in neglected tropical disease control: from market failure to global health innovation)

J.D. Sanchez

Trop Med Health. 2026;54(1):84. doi: 10.1186/s41182-026-00951-5

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13169945/> (de libre acceso en inglés)

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios* 2026; 29 (3)

Tags: Innovación en salud global, fallo de mercado, administración masiva de medicamentos, enfermedades tropicales desatendidas, industria farmacéutica, asociaciones para el desarrollo de productos farmacéuticos, mecanismos de financiación de I+D.

Resumen

Antecedentes: Las enfermedades tropicales desatendidas (ETD) representan un profundo fallo del mercado, por el que la innovación farmacéutica descuida sistemáticamente a las poblaciones con mayores necesidades. A pesar de afectar a más de 1.700 millones de personas en todo el mundo, las ETD reciben menos del 2% de la inversión en investigación y desarrollo (I+D) farmacéutico.

Objetivo: Esta revisión sintetiza la evidencia sobre el papel cambiante de la industria farmacéutica en el control de las ETD, analizando tanto los modelos comerciales tradicionales como las asociaciones innovadoras que han transformado el panorama de

la salud global, prestando especial atención a los mecanismos de implementación y a vías operativas concretas.

Métodos: Se realizó un análisis exhaustivo de los informes de la OMS, datos de G-FINDER, literatura revisada por pares y compromisos de la industria correspondientes al periodo 2000-2024. El análisis se centró en las carteras de desarrollo de fármacos, los programas de administración masiva de medicamentos y los mecanismos de financiación.

Resultados: Las asociaciones para el desarrollo de productos (*Product Development Partnerships* o PDP) han logrado la aprobación de 183 productos desde 1999; no obstante, la mayoría son reformulaciones o compuestos reposicionados en lugar de nuevas entidades químicas (NEC). Los programas de administración masiva de medicamentos han distribuido más de 17.000 millones de tratamientos procedentes de donaciones

farmacéuticas valoradas en aproximadamente US\$30.000 millones (a precios mayoristas), evitando así la pérdida de millones de años de vida ajustados por discapacidad. Sin embargo, persisten brechas en la innovación: solo cuatro NEC (el 0,5% de todos los tratamientos nuevos entre 2000 y 2011) se dirigieron específicamente a las ETD. El desarrollo de pruebas diagnósticas sigue rezagado, debido a barreras comerciales y a vías regulatorias fragmentadas.

Conclusiones: La contribución de la industria farmacéutica al control de las ETD ha evolucionado desde una participación mínima hacia asociaciones estratégicas que combinan la donación filantrópica de medicamentos, la I+D liderada por

organizaciones sin fines de lucro y los incentivos basados en el mercado. Si bien mecanismos como los vales de revisión prioritaria y los compromisos anticipados de compra podrían ser útiles, su eficacia sigue siendo objeto de debate en la literatura, especialmente en lo que respecta a las disposiciones de acceso y aportes que no se producirían de otra manera (*adicionalidad*). Futuros avances requieren que la financiación sea sostenida para impulsar las PDP, compromisos plurianuales de los donantes, una ampliación de la precalificación de la OMS para las pruebas diagnósticas, y el fortalecimiento de las asociaciones de transferencia tecnológica Sur-Sur con marcos de implementación concretos.

Los contratos para la manufactura de medicamentos se desplazan hacia Europa

Salud y Fármacos

Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios 2026; 29 (3)

Tags: la industria farmacéutica subcontrata a empresas europeas, acuerdos de fabricación por contrato, CDMO europeas

Según dos artículos publicados en *Pharmaceutical Technologies* en 2025 y la primera mitad de 2026, las empresas biofarmacéuticas aumentaron su inversión en las empresas de fabricación por contrato con sede en Europa para producir medicamentos aprobados por la FDA, a pesar de los aranceles a la importación que EE UU ha impuesto sobre los productos farmacéuticos [1,2].

La base de datos de acuerdos de manufactura de GlobalData reveló que las empresas biofarmacéuticas —incluyendo las firmas estadounidenses— están externalizando cada vez más la fabricación de medicamentos para el mercado de EE UU a instalaciones europeas, en lugar de recurrir a proveedores nacionales.

Entre 2020 y 2023 hubo un descenso gradual en los acuerdos de fabricación por contrato de medicamentos aprobados por la FDA tanto en EE UU como en Europa, probablemente debido a las oscilaciones en la demanda de productos para responder a la pandemia por covid. Entre 2023 y 2024, el volumen de acuerdos aumentó tanto en EE UU como en Europa. Sin embargo, en 2025, la brecha entre los acuerdos de fabricación por contrato en EE UU y en Europa alcanzó su punto máximo, y Europa registró un volumen de acuerdos más de tres veces superior al de EE UU [1].

En 2025, nueve de las 14 empresas farmacéuticas estadounidenses que externalizaron su producción (entre ellas Johnson & Johnson y Vertex Pharmaceuticals), e invirtieron en un total de 13 acuerdos de fabricación en Europa. En cambio, menos de la mitad de estas empresas invirtieron en instalaciones situadas en EE UU, y firmaron un total de ocho acuerdos de fabricación por contrato [1].

En 2025, Alemania, que actualmente es el principal fabricante de medicamentos de Europa, según la base de datos *Drugs by Manufacturer* de GlobalData concentró 12 acuerdos, y a lo largo de un periodo de seis años recibió una media de nueve acuerdos de fabricación por contrato anuales para producir medicamentos para EE UU [1].

Las empresas también siguen la misma tendencia con sus propias instalaciones. Novo Nordisk y Eli Lilly anunciaron inversiones de US\$501 millones y US\$3.000 millones, respectivamente, para ampliar sus plantas de fabricación en Europa. Novo planea ampliar su planta de fabricación de comprimidos en Irlanda para satisfacer la demanda actual y futura de Wengovy en el mercado estadounidense [1].

En 2025, el 50% de los nuevos fármacos tenían contratos de fabricación con instalaciones europeas, casi duplicando su cuota de 2023. En cambio, la proporción correspondiente a las instalaciones estadounidenses se ha mantenido estancada en el 18% desde 2024 [2].

Los sistemas fiscales nacionales impulsan el crecimiento en Europa. Las instalaciones irlandesas concentraron el 13% de los contratos de fabricación de dosis de la región en 2025, frente a aproximadamente el 6% registrado en 2024. En enero de 2026, Irlanda elevó su crédito fiscal sobre el impuesto de sociedades al 35% para las actividades de investigación y desarrollo (I+D), dando continuidad al incremento previo realizado en 2024, cuando pasó del 25% al 30%. Actualmente, se trata de uno de los tipos impositivos más competitivos de Europa. Alemania, que en 2025 representó algo más de una quinta parte de la externalización europea de la fabricación de dosis de nuevos fármacos, también ofrece un generoso crédito fiscal por la I+D, entre el 25% y el 35 %. Por el contrario, EE UU ofrece a las empresas un crédito simplificado alternativo de entre el 6% y el 14 % (en función del aumento del gasto en I+D) [2].

Una cadena de suministro global diversificada, especialmente ante la actual imprevisibilidad del clima político en EE UU, permitirá que las empresas biofarmacéuticas minimicen los riesgos asociados a interrupciones repentinas y catastróficas de la producción [1].

El desplazamiento de los acuerdos de fabricación por contrato de medicamentos aprobados por la FDA hacia Europa pone de relieve el escaso impacto que han tenido los aranceles a la importación de productos europeos a la hora de disuadir a las empresas biofarmacéuticas de recurrir a la fabricación por contrato en Europa y orientarlas hacia EE UU. La región, y Alemania en particular, se está consolidando como un centro

atractivo y consolidado para la fabricación farmacéutica destinada al mercado estadounidense. Este cambio de tendencia podría obstaculizar los planes de la actual administración estadounidense de repatriar la fabricación por contrato al territorio nacional [1].

Sin embargo, el conflicto en Oriente Medio podría hacer que la producción farmacéutica en Europa Occidental se redujera en un 2,7% a lo largo de 2026, debido al aumento de los precios del petróleo y del gas, y a que las interrupciones en la cadena de suministro internacional, está elevando los costes de producción y distribución de medicamentos en toda la región europea [3].

Entre las compañías más expuestas se encuentran los fabricantes de medicamentos genéricos y las empresas especializadas en desarrollo y fabricación por contrato (CDMO), ya que operan habitualmente en instalaciones intensivas en consumo energético y cuentan con menor margen para trasladar estos incrementos de costes al precio final, debido a la regulación europea de los precios farmacéuticos [3].

En cambio, las grandes multinacionales farmacéuticas estarían afrontando mejor esta situación por que sus carteras de productos

está más diversificada y tienen mayor capacidad para absorber parte del incremento de costes operativos sin comprometer sus resultados económicos a corto plazo[3].

Fuente Original

1. GlobalData Healthcare. In the face of tariffs, FDA-approved drug manufacturing deals are shifting to Europe. Pharmaceutical Technologies, 7 de abril de 2026 <https://www.pharmaceutical-technology.com/newsletters/fda-approved-drug-manufacturing-deals-shifting-europe/>
2. GlobalData Healthcare. Outsourcing gap widens: Europe pulls away from US in new drug manufacturing. The industry looks set to continue a preference for European outsourcing facilities as national tax systems exert influence. Pharmaceutical Technology, July 2, 2026 <https://www.pharmaceutical-technology.com/analyst-comment/outsourcing-gap-widens-europe-pulls-away-from-us-in-new-drug-manufacturing/?cf-view>
3. La industria farmacéutica europea prevé una caída del 2,7% en su producción por el impacto del conflicto en Oriente Medio. Interempresas, 2 de julio de 2026. <https://www.interempresas.net/Farmacia/651620-industria-farmaceutica-europea-preve-caida-2-7-por-ciento-produccion-impacto-conflicto.html>

AstraZeneca da un giro inesperado y anuncia una inversión farmacéutica de £300 millones en el Reino Unido

(AstraZeneca makes surprise U-turn with £300m pharma investment in UK)

Julia Kollwe

The Guardian, 29 de abril de 2026

<https://www.theguardian.com/business/2026/apr/29/astrazeneca-makes-surprise-u-turn-with-300m-pharma-investment>

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios* 2026; 29 (3)

Tags: AstraZeneca decide invertir en el Reino Unido, inversiones de AstraZeneca en EE UU, inversiones de AZ en China

La empresa farmacéutica había paralizado los proyectos a gran escala en Inglaterra, pero ahora se ha comprometido a invertir en dos centros, según anunció Keir Starmer

AstraZeneca, la mayor farmacéutica británica, ha anunciado que invertirá £300 millones en el Reino Unido, protagonizando un inesperado cambio de rumbo tras haber paralizado los proyectos a gran escala en ese país el año pasado.

La compañía había frenado sus inversiones en el Gran Bretaña debido a su descontento con el entorno empresarial, incluyendo aspectos como la disponibilidad de medicamentos nuevos en el Servicio Nacional de Salud (NHS) y la política de precios de los medicamentos.

El 29 de abril comunicó que invertiría en dos instalaciones existentes: reactivando un proyecto de expansión de £200 millones en Cambridge —que había quedado en suspenso— y destinando £100 millones a su centro de Macclesfield.

Keir Starmer anunció la inversión en la Cámara de los Comunes, señalando que serviría para proteger empleos.

AstraZeneca completará la construcción de un edificio de oficinas denominado "The Disc" en su campus de Cambridge, cerca de su sede central. Asimismo, construirá un "laboratorio futurístico" en sus instalaciones de Macclesfield, que utilizará

herramientas digitales y de análisis de datos para impulsar el desarrollo de fármacos, según explicó Pascal Soriot, director ejecutivo de la empresa.

Esta iniciativa generará nuevos empleos científicos en Macclesfield, aunque AstraZeneca no pudo precisar cuántos. En Cambridge, la empresa trasladará a personal de otros edificios a las nuevas oficinas, que llevarán el nombre de Rosalind Franklin, cuyo trabajo en cristalografía de rayos X fue fundamental para descifrar la estructura del ADN. El traslado afectará tanto a científicos dedicados al análisis de datos como a científicos moleculares que también realizan tareas de oficina.

El pasado mes de septiembre, AstraZeneca paralizó la inversión de £200 millones en Cambridge; esta decisión se produjo tras la cancelación, en enero, de los planes para invertir £450 millones en su planta de fabricación de vacunas en Speke (Merseyside). La compañía atribuyó la medida a una reducción del apoyo gubernamental tras meses de negociaciones.

AstraZeneca emplea a 10.000 personas en el Reino Unido: más de 4.000 en Cambridge, una cifra similar en Macclesfield, 2.000 entre Londres y Luton, y 400 en Speke.

Starmer afirmó que la inversión fue "posible gracias al acuerdo farmacéutico alcanzado con EE UU para garantizar el futuro de miles de empleos en Macclesfield y Cambridge. Se trata de una importante muestra de confianza en el Reino Unido y en los planes del Partido Laborista para fortalecer nuestra economía".

El Reino Unido alcanzó un acuerdo sobre precios con EE UU en diciembre de 2025, que conducirá a una reducción del coste de los medicamentos recetados en EE UU —donde históricamente han sido mucho más caros que en otros lugares— y a un mayor gasto en fármacos para el NHS (Servicio Nacional de Salud británico). A cambio, las empresas farmacéuticas del Reino Unido quedarán exentas de aranceles comerciales en EE UU.

Soriot agradeció al gobierno británico «su esfuerzo por mejorar el acceso para los pacientes, incluyendo cuatro nuevas aprobaciones [de medicamentos] desde principios de año», y expresó su deseo de «seguir mejorando el acceso y el entorno para los reembolsos, así como de construir un sector de ciencias de la vida sólido».

Liz Kendall, ministra de Ciencia, declaró: «Esta inversión supone otro importante voto de confianza en nuestra comunidad científica y respalda la investigación británica para que haga lo que mejor sabe hacer: desarrollar los fármacos, tratamientos e innovaciones que mejoran vidas».

Susannah Streeter, estratega jefe de inversiones de Wealth Club —una plataforma de inversión—, comentó: «Es una noticia muy alentadora; parece que la industria farmacéutica del Reino Unido está recuperando el impulso».

“La reanudación del proyecto de expansión en Cambridge... es muy simbólica. Demuestra cómo el gobierno ha estado trabajando intensamente, entre bastidores, para intentar que el Reino Unido resulte más atractivo para las grandes farmacéuticas”.

No obstante, esta iniciativa queda eclipsada por los US\$50.000 millones que la farmacéutica está invirtiendo en investigación y fabricación en EE UU —anunciados el pasado octubre— y por su plan de inversión de US\$15.000 millones en China.

Previamente, ese mismo miércoles, tanto AstraZeneca como GSK comunicaron sólidas ventas de medicamentos contra el cáncer, a pesar de que GSK sufrió un revés en EE UU, posiblemente vinculado al «escepticismo» hacia las vacunas por parte de la administración de Donald Trump.

El complejo económico-industrial de la salud y Brasil van a contracorriente. El proyecto busca fortalecer el sector, pero genera dudas sobre su efectividad (*Complexo Econômico Industrial da Saúde e o Brasil na contramão. Projeto busca fortalecer o setor, mas levanta dúvidas sobre sua efetividade prática*)

Ednaldo Ferreira, Leonardo Ramalho

Jota, 12 de junio de 2026

<https://www.jota.info/opiniao-e-analise/artigos/pl-2583-complexo-economico-industrial-da-saude-e-o-brasil-na-contramao>

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios* 2026; 29 (3)

Tags: Brasil beneficia a las transnacionales farmacéuticas, proyecto de ley perjudica a las empresas farmacéuticas públicas, empresas estratégicas de salud

El 20 de mayo, la Comisión de Constitución y Justicia del Senado aprobó el informe sobre el Proyecto de Ley 2583/2020, que regula la estrategia nacional para el complejo industrial de la salud. El proyecto surge de reconocer la gran relevancia del sector salud para el desarrollo nacional, y su objetivo es establecer una política estructurada que lo promueva. Se trata, por lo tanto, de un instrumento legislativo de suma importancia, y cabe encomiar la iniciativa de los legisladores al abordar un asunto de claro interés nacional.

Sin embargo, a pesar de la loable iniciativa de los legisladores, un análisis del texto del proyecto de ley revela una serie de problemas que comprometen el éxito de la estrategia, ya que contradicen la experiencia internacional, así como el aprendizaje acumulado en el desarrollo nacional del sector.

En primer lugar, un punto que requiere revisión es el concepto de empresas estratégicas de la salud (EES). El proyecto de ley establece una serie de ventajas para las empresas clasificadas como EES, incluyendo prioridad en la concesión de licencias, líneas de crédito más favorables y márgenes preferenciales en la contratación pública. Todos estos incentivos son, de hecho, importantes para impulsar el desarrollo del sector. Sin embargo, al regular el régimen de las EES, el proyecto de ley cometió dos errores que atentan contra la independencia y la soberanía tecnológica en el sector salud.

En primer lugar, los Laboratorios Farmacéuticos Oficiales (LPO) quedan relegados a un papel secundario, ya que tendrán una función accesorio en relación con las EES, no solo porque no se beneficiarán de las ventajas que se les otorgan, sino también porque se debilitará su papel esencial en las Alianzas para el Desarrollo Productivo (PDP). Estas PDP han demostrado ser la política pública más relevante para el desarrollo del Complejo Económico Industrial de la Salud y, por consiguiente, para la soberanía tecnológica de la salud, cuyo papel principal también pasará a las EES.

Al establecer los requisitos para que una entidad sea clasificada como EES y se beneficie del régimen especial, el proyecto de ley no exige un capital nacional mínimo. La redacción actual del proyecto, en su artículo 5, solo requiere que la entidad jurídica tenga un propósito corporativo que incluya servicios industriales de salud, una planta industrial ubicada en el país, así como una trayectoria relevante y capacidad para continuar la actividad productiva. En otras palabras, incluso las multinacionales extranjeras pueden ser clasificadas como EES y beneficiarse de las ventajas asociadas a dicha clasificación.

Sin embargo, al analizar la experiencia internacional, esto resulta ser un error. La literatura especializada muestra que el capital extranjero tiende a contribuir de forma limitada al desarrollo efectivo de una industria nacional, debido a la tendencia a la repatriación excesiva de dividendos, su alineación con los intereses internacionales de sus empresas matrices y los riesgos de *dumping* predatorio [1], entre otros problemas.

Además, en el caso brasileño, la ausencia de una industria nacional autónoma pone en peligro el funcionamiento mismo del SUS, debido a los altos costos derivados de las importaciones masivas en el sector [2]. Naturalmente, para garantizar una industria competitiva, es importante que este requisito de capital nacional se considere transitorio, con el fin de eliminarlo o mitigarlo progresivamente; sin embargo, en la fase inicial de la industria, esta política resulta esencial.

De hecho, al analizar el caso de la India, se observa la importancia de contar con un capital social mínimo e imprescindible: actualmente, la India se conoce como la farmacia del mundo, siendo uno de los principales centros globales de producción de principios activos farmacéuticos y de medicamentos. A su vez, los expertos sostienen que una de las estrategias clave para que el país alcanzara el nivel actual de desarrollo de la industria farmacéutica fue la Ley de Regulación de Divisas Extranjeras (FERA), una política económica que, desde la década de 1970, exigió que las empresas extranjeras que operaran en su territorio tuvieran al menos un 60% de capital nacional [3].

En otras palabras, es un error que el Parlamento no exija un capital nacional mínimo a las EES. Podemos debatir cuál debería ser ese mínimo, si es necesario que el capital nacional posea o no una participación mayoritaria, pero no es apropiado renunciar a establecer un monto mínimo, permitiendo que empresas con capital 100% extranjero disfruten de beneficios destinados, en realidad, al desarrollo de la industria nacional.

Además, el artículo 27 también merece reflexión, ya que prescribe la mera posibilidad de márgenes de preferencia para las EES en la contratación pública, dejando a la entidad pública la decisión de otorgarlos o no. La disposición textual de la mera posibilidad, en la práctica, probablemente resultará en la no concesión del margen de preferencia. Esto se debe a que la mera posibilidad impone la carga de justificar la adopción del margen de preferencia al agente público responsable, así como el porcentaje asignado.

En este momento en el que vivimos, caracterizado por un control excesivo, que da lugar al llamado derecho administrativo del miedo [4], es de esperar que las entidades y agentes públicos terminen optando por no asignar un margen de preferencia, para protegerse.

En otras palabras, la redacción actual del Artículo 27 tiende a no favorecer la adopción de un mecanismo esencial para el desarrollo de la industria de la salud. Sin embargo, la literatura especializada es bastante clara al mostrar que el uso selectivo de la contratación pública, incluyendo el pago de precios superiores

al precio de mercado, es una medida muy útil para financiar industrias emergentes, que requieren financiación durante su curva de aprendizaje [5]. Y, una vez más, la experiencia internacional confirma la relevancia de esta estrategia.

En India, la contratación pública favorece a la industria farmacéutica nacional de diferentes maneras, conformando una auténtica política pública reconocida como esencial para la etapa actual de desarrollo de la industria: por ejemplo, hubo una lista de 102 productos que solo se podían adquirir en laboratorios públicos. Además, las empresas se clasifican según el porcentaje de contenido local en el producto final, de modo que cuanto mayor sea este porcentaje, mayores serán las preferencias otorgadas, que pueden abarcar desde una vinculación ficticia hasta licitaciones exclusivas para proveedores con un mínimo determinado de contenido local [6].

Por lo tanto, es necesario que el artículo 27 no solo prevea la posibilidad de un margen de preferencia, sino que determine su existencia, fijando desde el principio el porcentaje que debe preverse, o al menos remitiéndose a la normativa para ello. Solo así se garantizará la seguridad jurídica para que, en la práctica, este instrumento tan importante se utilice eficazmente.

En resumen, estos son solo algunos de los puntos del Proyecto de Ley que requieren una mayor reflexión. Este es un tema esencial para el debate nacional, para que no desaprovechemos la oportunidad que se nos presenta y acabemos aprobando una legislación que contradiga el loable objetivo que pretende alcanzar, que es estructurar una estrategia coordinada y eficaz para el desarrollo de un sector relevante para nuestra economía.

Referencias

1. Chang, Ha-Joon. Chutando a escada – a estratégia de desenvolvimento em perspectiva histórica. São Paulo: UNESP, 2004.
2. Gadelha, Carlos Augusto Graboio. Complexo Econômico-Industrial da Saúde: a base econômica e material do Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública, n.º 38, 2022.
3. Bhattacharjea, Aditya; Sindhwan, Fiyanshu. Competition Issues in the Indian Pharmaceuticals Sector. Nova Déli: Centre for Development Economics, 2013, pp. 14-15. Disponível em: https://cuts-ccier.org/pdf/Report-Pharmaceutical_Sector_Study.pdf. Acesso em 22/05/2026
4. Santos, Rodrigo Valgas dos. Direito administrativo do medo. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2022.
5. McCrudden, Christopher. Buying Social Justice – equality, government procurement and legal change. Oxford: Oxford University Press, 2007, pp. 25-31.
6. Organização Mundial de Saúde. Indian policies to promote local production of pharmaceutical products and protect public health. Genebra: OMS, 2017. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4a63e068-92e9-498e-9d15-dd699df8ff87/content>. Acesso em 22/05/2026.

Brasil. Los laboratorios públicos advierten que el proyecto de ley de soberanía sanitaria podría tener el efecto contrario.

(PL da Soberania Sanitária pode ter efeito oposto, alertam laboratórios públicos)

CEBES, 26 de mayo de 2026

<https://cebes.org.br/pl-da-soberania-sanitaria-pode-ter-efeito-oposto-alertam-laboratorios-publicos/41809/>

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios* 2026; 29 (3)

Tags: Brasil beneficia a las transnacionales farmacéuticas, proyecto de ley perjudica a las empresas farmacéuticas públicas, empresas estratégicas de salud

El texto actual del Proyecto de Ley 2583 fortalece a las multinacionales y resta importancia a los laboratorios públicos,

que son estratégicos para el SUS (Sistema Único de Salud de Brasil).

La Asociación de Laboratorios Farmacéuticos Oficiales de Brasil (ALFOB) advierte sobre los riesgos del Proyecto de Ley 2583/2020, que trata sobre el Complejo Económico-Industrial de la Salud (CEIS). Considerados estratégicos para el SUS, los laboratorios públicos como Bio-Manguinhos/Fiocruz, el Instituto Butantan, entre otros asociados, son esenciales para el desarrollo tecnológico y la producción de vacunas, medicamentos, hemoderivados, reactivos para el diagnóstico y biofármacos en el país.

En una nota técnica, la ALFOB señala que el Proyecto de Ley de Soberanía Sanitaria (PL 2583/2020), presentado como una estrategia para fortalecer la autonomía productiva, podría incrementar la dependencia tecnológica externa, debilitar a los laboratorios públicos estratégicos y comprometer los instrumentos históricos de transferencia de tecnología y fortalecimiento del SUS.

Las modificaciones introducidas durante la tramitación del proyecto de ley en la Cámara de Diputados eliminaron el requisito de control nacional mínimo de las Empresas Estratégicas de la Salud (ESS), permitiendo que las multinacionales con solo una sucursal o filial en Brasil accedan a los beneficios previstos en la ley. En opinión de ALFOB, el texto actual podría tener el efecto contrario, fortalecer a las multinacionales a expensas de la soberanía nacional.

Al analizar el texto que se debate en el Senado, ALFOB considera positiva la inclusión de disposiciones sobre transferencia de tecnología, integración vertical de la producción y acceso al Banco Maestro de Células, pero cree que las garantías aún son insuficientes para asegurar la autonomía y la soberanía nacionales. El proyecto de ley deja un margen excesivo para la regulación infralegal y la negociación privada, en un escenario marcado por una fuerte asimetría tecnológica y económica.

El proyecto de ley 2583/2020 pone de manifiesto la pérdida de la centralidad de los laboratorios públicos en las políticas de

innovación, producción y transferencia de tecnología. Este cambio podría incrementar la dependencia externa y subordinar la política de salud industrial a los intereses de accionistas extranjeros, especialmente en situaciones de emergencia sanitaria. La tecnocracia y el paradigma de la eficiencia no deben anteponerse al interés público ni al acceso soberano y equitativo”, subraya la presidenta de ALFOB, Djalma Dantas.

Otro punto considerado crítico es la disposición que otorga trato preferencial en la contratación pública a las Empresas Estratégicas de la Salud (EES), independientemente de si son públicas o privadas, con o sin fines de lucro, con precios hasta un 20% superiores a los de la competencia. ALFOB considera que este modelo podría desviar el enfoque de las Alianzas para el Desarrollo Productivo (PDP), históricamente estructuradas para fortalecer los laboratorios públicos y sin fines de lucro en colaboración con laboratorios privados nacionales, e internalizar la tecnología en el país, favoreciendo a las empresas privadas multinacionales en detrimento de la capacidad nacional, en particular de las empresas estatales.

Según Carlos Fidelis, presidente del Centro Brasileño de Estudios de la Salud (Cebes), una lectura atenta del diseño institucional del Proyecto de Ley 2.583 revela una contradicción entre los objetivos declarados y sus posibles efectos concretos. «El texto parte de la premisa implícita de que la simple instalación de unidades de producción en el país —incluso si pertenecen a multinacionales— sería suficiente para garantizar la autonomía estratégica», critica Fidelis.

«En lugar de fortalecer la soberanía sanitaria brasileña, el Proyecto de Ley 2.583/2020 podría tener precisamente el efecto contrario: aumentar la dependencia tecnológica externa y debilitar a los laboratorios públicos estratégicos», resume el investigador. Lea el artículo completo: «Soberanía científica, tecnológica y sanitaria en riesgo» en portugués en este enlace [Soberania científica, tecnológica e sanitária em risco](https://cebes.org.br/soberania-cientifica-tecnologica-e-sanitaria-em-risco/41789/) <https://cebes.org.br/soberania-cientifica-tecnologica-e-sanitaria-em-risco/41789/>

Evidencia de asociaciones en el sector farmacéutico cubano (*Evidence of Partnerships in the Cuban Pharmaceutical Sector*)

Graziela Ferrero Zucoloto

South Centre, SouthViews No. 308, 30 April 2026

<https://www.southcentre.int/southviews-no-308-30-april-2026/>

Este artículo analiza los acuerdos de asociación farmacéutica de las instituciones cubanas. Identifica diversas alianzas con empresas nacionales y extranjeras de 17 países, con varios países desarrollados que aparecen como receptores de tecnologías cubanas, y con instituciones cubanas actuando como principales titulares de tecnología y otorgantes de licencias en la mayoría de

los acuerdos. Estos resultados sugieren que el modelo farmacéutico dirigido por el Estado en Cuba ha generado un sector activo e innovador, lo que puede servir de ejemplo para otros países, incluido Brasil, que mantienen laboratorios farmacéuticos públicos.

México y Canadá fortalecen la cooperación en salud e industria farmacéutica mediante misión comercial

Secretaría de Salud, 10 de mayo de 2026

<https://www.gob.mx/salud/prensa/comunicado-conjunto-mexico-y-canada-fortalecen-la-cooperacion-en-salud-e-industria-farmaceutica-mediante-mision-comercial?idiom=es>

Se firmaron memorandos de entendimiento para impulsar la innovación, la manufactura farmacéutica avanzada, la salud digital y el desarrollo de talento especializado.

En el marco de la misión comercial de México a Canadá, la Secretaría de Economía, encabezada por Marcelo Ebrard Casaubon, la Secretaría de Salud y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), bajo la conducción del comisionado Víctor Hugo Borja Aburto, consolidaron una agenda estratégica orientada a profundizar la cooperación bilateral en sectores clave para el desarrollo económico y el bienestar social, particularmente en la industria farmacéutica y de dispositivos médicos. Esta visita se dio en seguimiento a la misión comercial que Canadá realizó a México en febrero de este mismo año, y reunió a más de 200 empresas.

Esta misión forma parte de una estrategia integral del Gobierno de México para fortalecer la capacidad productiva nacional en salud, diversificar las cadenas de suministro y posicionar al país como un socio confiable en América del Norte. A través del diálogo con autoridades canadienses, empresas líderes y centros de investigación, se identificaron oportunidades concretas para detonar inversiones, ampliar la transferencia tecnológica y acelerar la innovación en el sector.

Como resultado, se suscribieron siete memorandos de entendimiento (MOU) para el fortalecimiento del sector farmacéutico y de dispositivos médicos, con actores estratégicos de ambos países, entre ellos Apotex Inc., Biotec Canada, MedCockpit Inc. y HealthEMe, así como organizaciones mexicanas como CANIFARMA, AMELAF, TIMSER, Neolpharma México y el Consorcio Mexicano de Hospitales. Estos acuerdos están enfocados en el desarrollo de manufactura farmacéutica avanzada, la producción de ingredientes farmacéuticos activos (APIs), la digitalización de servicios de salud —incluida la patología digital— y la implementación de

soluciones innovadoras para enfermedades crónicas y salud mental.

Estos instrumentos permitirán fortalecer la proveeduría estratégica, impulsar la relocalización de cadenas productivas y fomentar la integración de México en ecosistemas globales de innovación, generando condiciones para incrementar la inversión extranjera, desarrollar infraestructura especializada y consolidar clústeres industriales en el sector salud.

Asimismo, los acuerdos contemplan el impulso a proyectos conjuntos de investigación, desarrollo e innovación, así como programas de formación de talento altamente especializado, con el objetivo de cerrar brechas de capacidades y responder a las necesidades actuales y futuras del sistema de salud.

Estas acciones se alinean con los objetivos del Plan México, al fortalecer la industria nacional, promover la autosuficiencia en insumos para la salud y consolidar la soberanía sanitaria del país. Asimismo, contribuyen al crecimiento económico sostenible mediante la generación de empleos especializados, la atracción de inversiones estratégicas y el desarrollo de capacidades tecnológicas de alto valor agregado.

La Secretaría de Economía, la Secretaría de Salud y COFEPRIS reiteran su compromiso de seguir impulsando alianzas internacionales que fortalezcan el sistema de salud, promuevan la innovación y mejoren el acceso de la población a servicios médicos de calidad, como parte de una visión integral de desarrollo con bienestar.

Puede leer más sobre este tema en Industria farmacéutica en México: misión comercial a Canadá impulsa manufactura avanzada, salud digital e innovación. Consultor Salud, 11 de mayo de 2026 <https://consultorsalud.com.mx/industria-farmaceutica-mision-comerci-canada/>

Presidenta destaca que inversión de 21.000 mdp de empresas farmacéuticas incrementará producción de medicamentos y fortalecerá la industria

Presidencia de la República, 28 de mayo de 2026

<https://www.gob.mx/presidencia/prensa/presidenta-destaca-que-inversion-de-21-mil-mdp-de-empresas-farmaceuticas-incrementara-produccion-de-medicamentos-y-fortalecera-la-industria?idiom=es-MX>

Presidenta destaca que inversión de 21.000 millones de pesos (1US\$=17 pesos mexicanos) de empresas farmacéuticas incrementará producción de medicamentos y fortalecerá la industria, “Agradecemos la confianza en México y que sigamos trabajando por el bien de todas y todos los mexicanos”, puntualizó

ABBOTT invertirá 3.500 millones de pesos; Bristol Myers Squibb, 1.000 millones de pesos; Neolpharma, 750 millones de pesos; Opella, 2.300 millones de pesos; Laboratorios Kener, 5.360 millones de pesos; Liomont, 4.000 millones de pesos; Sanofi, más de 2.000 millones de pesos; y Bayer reporta un avance de 33% de una inversión de 3.000 millones de pesos, lo

que representa 1.000 millones de pesos, y adicionalmente 150 millones de pesos en estudios clínicos

La Presidenta de México, Claudia Sheinbaum Pardo, destacó que la inversión de 21.000 millones de pesos (mdp) anunciada por empresas farmacéuticas, como parte del Plan México, representa una visión de largo plazo que permite incrementar la producción de medicamentos, fortalecer la industria en el país y diversificar las exportaciones.

“Son más de 21.000 millones de pesos de producción de medicamentos en México, vinculado también con la investigación clínica. Como saben el objetivo del Plan México es

producir más en México lo que consumimos en México y también que nos permita exportar a otros países, no solo a EE UU, sino también diversificar las exportaciones, y el fortalecimiento de la industria farmacéutica es muy importante. Agradecemos la confianza en México y que sigamos trabajando por el bien de todas y todos los mexicanos”, puntualizó en la conferencia matutina: “Las mañaneras del pueblo”.

El secretario de Salud, David Kershenobich Stalnikowitz, señaló que estos proyectos de inversión incentivan el desarrollo industrial del país a través de la industria farmacéutica para la producción de medicamentos en el territorio nacional.

El director general de ABBOTT, Edgar Romero, informó que la inversión de 3.500 millones de pesos generará 1.200 empleos hacia 2030, y se destinará para una nueva instalación de 20.000 metros cuadrados en Santiago de Querétaro, Querétaro, para ampliar la producción de dispositivos médicos utilizados para el diagnóstico y tratamiento de trastornos del ritmo cardíaco.

El director general de Bristol Myers Squibb, Oswaldo Bernal, detalló que la inversión de 1.000 mdp generará 380 empleos directos y 65 indirectos en todo el país. Se trata de un proyecto enfocado en fortalecer la soberanía sanitaria de México a través de la investigación clínica y la implementación de procesos de manufactura local de terapias innovadoras, lo que va a permitir garantizar abasto oportuno y acceso equitativo a medicamentos.

La directora general de Grupo Neolpharma, Luz Astrea Ocampo Gutiérrez, anunció una inversión de 750 millones de pesos para instalar tres plantas con capacidad de producción de 2.300 toneladas anuales de materias primas farmacéuticas en Toluca, Estado de México. Generará 250 empleos directos y 900 indirectos.

El director general de Opella, Luis Soares, resaltó que la inversión de 2.300 millones de pesos se destinará para la expansión y modernización de la planta ubicada en Ocoyoacac, Estado de México, con la instalación de una nueva línea de producción de Enterogermina®, medicamento de autocuidado enfocado en salud digestiva. El proyecto busca consolidar al país como plataforma regional de exportación farmacéutica para América Latina. Generará 50 empleos directos y 450 indirectos.

El director general de Vazol Farma, Federico Prince, informó que Laboratorios Kener realizará una inversión de 5.360 millones de pesos, de los que 550 millones serán destinados a la expansión

de la planta ubicada en Toluca, Estado de México; 1.350 millones de pesos en coinversión con el Gobierno de México para la Planta 2 de Hemoderivados y 3.460 millones de pesos en alianza con una empresa transnacional para una Planta de Biotecnológicos. Generará 220 empleos directos y 550 indirectos. Detalló que esta inversión se suma a los 5.180 millones de pesos anunciados en julio de 2025, lo que en conjunto se trata de 10.540 millones de pesos.

El director de Biotecnología y Vacunas de Liomont, Sergio Valentinotti, detalló que se invertirán 4.000 millones de pesos para una nueva planta de sólidos orales y la ampliación para inyectables biotecnológicos y vacunas en Ocoyoacac, Estado de México, así como para la expansión de la producción de biofármacos y vacunas, y la construcción de una planta para síntesis y encapsulación de ARNm, en Cuajimalpa, Ciudad de México. Generará 370 empleos directos y 400 indirectos.

La directora de asuntos corporativos de Sanofi, Paola Martorelli, anunció la construcción en México de una planta de insulinas de primera y segunda generación e insulina rápida, esto representa 100% de cobertura de pacientes a través de una inversión de más de 2.000 millones de pesos. Detalló que Sanofi ya cuenta con presencia en el país con una planta de antígenos vacunales en Ocoyoacac, Estado de México, hoy genera cerca de 900 empleos directos y más de 1.500 indirectos, se producen más de 150 millones de medicamentos y vacunas e invierte en el país como parte del Plan México más de 655 millones de pesos en estudios clínicos.

El director general de Pharma Bayer México, Daniel Landero, reportó un avance del 33% de una inversión de 3.000 millones de pesos anunciada en 2025, lo que representa 1.000 millones de pesos. Adicionalmente, anunció una inversión de 150 millones de pesos para realizar 10 estudios clínicos realizados en instituciones públicas y privadas de todo el país. Esto va a permitir que los pacientes mexicanos tengan más acceso a innovación, se fortalecerá la infraestructura nacional de salud y se impulsará un desarrollo sostenible de la industria.

Nota de Salud y Fármacos: para leer sobre el desarrollo de la empresa mexicana Pisa puede ir a: PiSA Farmacéutica: Liderazgo mexicano con visión en salud internacional. Expansión, 22 de junio de 2026. <https://expansion.mx/ciencia-y-salud/2026/06/22/pisa-farmaceutica-liderazgo-mexicano-con-vision-en-salud-internacional>

INSP y PiSA Farmacéutica formalizan alianza para fortalecer la investigación en salud pública en México

Consultor Salud, 2 de junio de 2026

<https://consultorsalud.com.mx/insp-pisa-farmaceutica-alianza-investigacion/>

El Instituto Nacional de Salud Pública y PiSA Farmacéutica formalizaron un convenio de colaboración orientado a fortalecer la investigación científica, generar evidencia y promover soluciones que respondan a las necesidades de salud de la población mexicana. La alianza busca articular capacidades entre academia, investigación e industria para impulsar proyectos con enfoque de salud pública, innovación y beneficio para los pacientes.

El Instituto Nacional de Salud Pública – INSP y PiSA Farmacéutica formalizaron un convenio de colaboración con el objetivo de fortalecer la investigación científica, impulsar la generación de evidencia y contribuir al desarrollo de soluciones orientadas a mejorar la salud y el bienestar de la población mexicana.

La reunión estuvo encabezada por el Dr. Eduardo Lazcano Ponce, director general del INSP, y Heriberto Castañeda, director

general de PiSA Farmacéutica. Durante el encuentro, ambos directivos coincidieron en la importancia de promover dinámicas de colaboración entre sectores que tradicionalmente cumplen funciones distintas, pero complementarias dentro del ecosistema sanitario: la academia, la investigación y la industria farmacéutica.

Desde una perspectiva de salud pública, este tipo de alianzas puede adquirir relevancia estratégica cuando se orienta a producir conocimiento aplicable, validar terapias, fortalecer capacidades técnicas y contribuir a mejores prácticas clínicas y sanitarias. En un contexto en el que los sistemas de salud requieren decisiones cada vez más sustentadas en evidencia, la articulación entre instituciones científicas y actores productivos plantea oportunidades, pero también exige rigor metodológico, transparencia y claridad en los objetivos.

Investigación, innovación y colaboración interinstitucional

El convenio entre el [INSP](#) y PiSA Farmacéutica contempla el impulso de proyectos de investigación con enfoque de salud pública. La colaboración permitirá promover el intercambio de conocimiento, capacidades técnicas y experiencia científica para contribuir a la validación de terapias y al desarrollo de mejores prácticas en beneficio de los pacientes.

El componente de generación de evidencia resulta particularmente relevante para los profesionales de la salud, los tomadores de decisiones y los administradores de servicios sanitarios. La evidencia científica no solo orienta la adopción de intervenciones, sino que también permite evaluar seguridad, efectividad, pertinencia, resultados en salud y posibles impactos poblacionales.

En este sentido, el acuerdo puede leerse como una apuesta por conectar capacidades institucionales y técnicas para desarrollar proyectos con mayor alcance. La investigación en salud pública requiere, además de conocimiento académico, infraestructura, talento humano, datos, capacidad analítica y mecanismos de transferencia de resultados hacia la práctica sanitaria.

El Dr. Eduardo Lazcano Ponce destacó durante el acto la importancia de construir alianzas que trasciendan los límites institucionales para generar un impacto positivo en la sociedad. En su intervención, señaló que las instituciones deben mantener el propósito de ir más allá de sus propios espacios, conectar con objetivos comunes y contribuir a mejorar la dignidad y la calidad de vida de las personas.

Una convergencia entre ciencia, innovación y compromiso social

Por parte de PiSA Farmacéutica, Heriberto Castañeda resaltó que la alianza representa una convergencia estratégica entre ciencia, innovación y compromiso social. El directivo afirmó que ambas instituciones comparten el propósito de mejorar la salud y el bienestar de México, lo que enmarca el convenio en una visión de colaboración orientada a resultados sanitarios.

La participación de una empresa farmacéutica en proyectos con enfoque de salud pública puede aportar capacidades relacionadas con innovación, desarrollo tecnológico, regulación, biotecnología y conocimiento aplicado. Sin embargo, para que este tipo de

colaboraciones mantenga credibilidad y valor público, resulta fundamental que los proyectos se conduzcan bajo criterios técnicos, con objetivos explícitos y con una orientación clara hacia las necesidades de salud de la población.

El enfoque anunciado por ambas instituciones apunta precisamente a la generación de conocimiento científico y a la construcción de soluciones con utilidad para el sistema de salud. Esto incluye la posibilidad de fortalecer procesos de validación, análisis y transferencia de evidencia hacia escenarios de atención médica, gestión sanitaria y toma de decisiones.

Participación técnica y agenda de cooperación

Durante el acto protocolario participaron, por parte de PiSA Farmacéutica, Oscar Gloria Bello, director ejecutivo; María Eugenia Ferreira, directora de Riesgos y Estrategia Normativa; Karina Renoirte, directora Médico Regulatorio; y William Rodríguez, director de Biotecnología e Innovación. Su presencia refleja que la alianza no se limita a un acuerdo institucional general, sino que involucra áreas técnicas vinculadas con regulación, innovación, biotecnología, gestión del riesgo y desarrollo científico.

Para el sector salud, este punto es relevante porque la investigación aplicada requiere equipos multidisciplinarios. La generación de evidencia no depende únicamente del diseño científico, sino también de la capacidad para traducir hallazgos en procesos regulatorios, decisiones clínicas, modelos de atención o estrategias de salud pública.

La formalización del convenio abre la posibilidad de que ambas instituciones desarrollen una agenda de cooperación con visión poblacional y de largo plazo. Según lo expresado por el director general del INSP, existe confianza en que esta colaboración permita desarrollar proyectos que produzcan beneficios tangibles para la salud de las y los mexicanos.

Retos para que la alianza se traduzca en resultados sanitarios

Aunque el convenio representa un avance en materia de colaboración interinstitucional, su impacto dependerá de la forma en que los proyectos se diseñen, ejecuten y evalúen. Para los profesionales del sistema de salud, el valor de una alianza de esta naturaleza estará en su capacidad para producir evidencia útil, aplicable y alineada con prioridades sanitarias reales.

Entre los retos se encuentran la definición de líneas de investigación prioritarias, la transparencia en los procesos, la calidad metodológica, la protección de la independencia técnica y la comunicación clara de los resultados. También será clave que los proyectos desarrollados puedan aportar respuestas a problemas concretos de salud pública y no se queden únicamente en el plano declarativo.

La colaboración entre el INSP y PiSA Farmacéutica reafirma la importancia de sumar capacidades entre instituciones públicas de investigación y actores de la industria para fortalecer el conocimiento científico. En un escenario sanitario marcado por necesidades crecientes, innovación terapéutica y exigencias regulatorias más complejas, la generación de evidencia se convierte en un componente central para mejorar la atención médica, orientar decisiones y contribuir al bienestar de la población mexicana.

Los CDC de África y el Equipo Europa presentan un informe histórico que revela que la I+D en salud podría generar US\$668.000 millones para las economías africanas

(Africa CDC and Team Europe Launch Landmark Report Showing Health R&D Could Generate \$668 Billion for African Economies)

África CDC, 20 de mayo de 2026

<https://africacdc.org/news-item/africa-cdc-and-team-europe-launch-landmark-report-showing-health-rd-could-generate-668-billion-for-african-economies/>

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios* 2026; 29 (3)

Tags: desarrollo de la industria farmacéutica en África, desarrollo económico en África gracias a la I+D en salud, CDC de África

El informe, titulado *Investing in Health R&D: Africa's Next Economic Growth Frontier* (Invertir en I+D sanitaria: la próxima frontera del crecimiento económico de África) [1], se presentó en un evento oficial paralelo a la Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra.

El análisis, elaborado en el marco de la Asociación Sanitaria entre la Unión Africana (UA) y la Unión Europea (UE), bajo el liderazgo de los CDC de África, con apoyo financiero de Bélgica y Alemania y asistencia técnica de Global Health Ecosystems, Enabel y GIZ, utiliza modelos para estimar el impacto macroeconómico del aumento de la inversión en I+D en salud en África, en términos de crecimiento del PIB, empleo, inversión privada, balanza comercial y capacidad científica.

Los resultados indican que, si los países africanos alcanzan el objetivo de la Unión Africana de invertir el 1% del PIB en investigación y desarrollo, destinando el 15% de dicha cifra a la I+D sanitaria:

- África generaría US\$668.000 millones en PIB adicional a lo largo de 20 años
- Cada dólar invertido generaría un retorno de US\$137 en valor económico.
- La inversión se amortizaría en un plazo de cuatro años.
- Se crearían 4,56 millones de empleos para el año 2044.

La inversión pública atraería miles de millones en capital privado (US\$5 por cada dólar invertido).

El informe presenta la I+D sanitaria no simplemente como un gasto en salud, sino como un pilar estratégico de la soberanía económica, el desarrollo industrial y la competitividad regional.

«África no puede seguir importando las tecnologías que determinan el futuro sanitario y económico de su población», afirmó el Dr. Raji Tajudeen, director general adjunto en funciones de los CDC de África. «Este informe demuestra que invertir en I+D en salud en África no es solo una prioridad sanitaria; es una vía hacia la soberanía económica, el crecimiento industrial y la resiliencia. Si no somos dueños de la salud de África, no seremos dueños del destino de África».

Annelies Verstichel, embajadora de Bélgica en Etiopía y Yibuti, y representante permanente ante la Unión Africana, la IGAD y la UNECA, declaró: «El futuro de la seguridad sanitaria, la resiliencia económica y la innovación dependerá de contar con capacidades regionales más sólidas y de asociaciones

internacionales basadas en la confianza. Este informe demuestra los importantes beneficios económicos y sociales que pueden generarse si se invierte a largo plazo en investigación e innovación sanitaria lideradas por África, y proporciona una base empírica fundamental para profundizar la cooperación UA-UE que apoye los ecosistemas de investigación, fabricación e innovación liderados por el continente».

El informe destaca varios casos de éxito africanos que demuestran la creciente fortaleza del continente en materia de I+D sanitaria e innovación. Entre ellos figuran el programa de ARNm de Afrigen en Sudáfrica, la asociación de Ruanda con BioNTech para la fabricación de vacunas, la expansión de la producción farmacéutica nacional y de las exportaciones en Egipto, y el creciente ecosistema de ensayos clínicos e investigación en Kenia.

El informe también demuestra que invertir en I+D sanitaria puede ayudar a las economías africanas a desarrollar industrias manufactureras de gran valor, reducir la dependencia de las importaciones, fortalecer la seguridad sanitaria, atraer inversión privada, crear empleos cualificados y retener el talento científico.

Estos hallazgos fueron acogidos positivamente por la Dra. Musenero Monica Masanza, ministra de Ciencia, Tecnología e Innovación de Uganda, quien declaró: «La I+D sanitaria se debe considerar como una infraestructura económica. Los países que invierten en innovación construyen economías más competitivas, crean empleos de mayor cualificación y retienen más valor a nivel nacional. África cuenta con el talento científico y la oportunidad de mercado; ahora debemos respaldarlos con inversiones a largo plazo».

África soporta el 25% de la carga mundial de enfermedades, pero capta solo una fracción del valor económico generado por la innovación sanitaria global, señala el informe, afirmando que es el momento de pasar de importar soluciones a crearlas.

El informe advierte asimismo sobre el coste de la inacción. Si la inversión africana en I+D en salud cae por debajo de los niveles actuales, el continente corre el riesgo de perder más de un billón de dólares de PIB durante las próximas dos décadas, al tiempo que sigue dependiendo de cadenas de suministro externas y de tecnologías importadas.

Además del análisis económico, el informe destaca cómo las estructuras de financiación mixta están atrayendo inversiones públicas y privadas, a gran escala, hacia los sistemas africanos de innovación en salud; un ejemplo de ello es la asociación de Ruanda con BioNTech, que ha movilizado más de US\$500 millones en financiación combinada.

El informe sostiene que ampliar la I+D sanitaria en África requerirá que haya una coordinación más estrecha entre

gobiernos, instituciones regionales, instituciones financieras de desarrollo y socios internacionales, con el objetivo de construir ecosistemas sostenibles de innovación y fabricación.

El informe insta a los gobiernos africanos a comprometerse con el objetivo de la Unión Africana de invertir el 1% del PIB en investigación y desarrollo —destinando el 15% de dicha cifra a la I+D sanitaria— y a utilizar la contratación pública, los incentivos y las reformas regulatorias para desarrollar activamente los mercados africanos de innovación sanitaria.

Asimismo, sitúa a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África (África CDC) y a sus socios en posición de desarrollar un plan de inversión continental que agrupe

oportunidades de inversión, alinee a gobiernos e inversores y movilice financiación mixta para ensayos clínicos, fabricación, investigación traslacional e infraestructuras de innovación compartidas.

El lanzamiento forma parte de la agenda más amplia de los CDC de África para promover la soberanía sanitaria y la transformación económica mediante la innovación liderada por africanos.

Referencias

1. Africa CDC. Investing in Health R&D: Africa's Next Economic Growth Frontier <https://africacdc.org/investing-in-health-research-and-development/>

Impulso a la producción de vacunas en África

Salud y Fármacos

Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios 2026; 29 (3)

Tags: autosuficiencia de vacunas en África, Aspen

Según Reuters [1], la agencia de salud pública de la Unión Africana (Africa CDC) y el fabricante de medicamentos sudafricano Aspen Pharmacare están negociando una alianza a largo plazo para impulsar la producción de vacunas en el continente. Al parecer, las conversaciones se centran en crear mercados viables para las vacunas producidas en África, como parte de los esfuerzos para mejorar la seguridad sanitaria y reducir la dependencia del continente respecto a las importaciones.

Actualmente, África importa la gran mayoría de las vacunas que utiliza.

Los socios están seleccionando los antígenos de vacunas prioritarias, para ir aumentando gradualmente el suministro y fijar precios acordes con los estándares del mercado.

Aspen ha manifestado anteriormente su intención de posicionarse como un fabricante líder de vacunas en África. Su director ejecutivo, Stephen Saad, afirmó que las inversiones de la empresa en capacidad de fabricación estéril en Sudáfrica y su importante infraestructura para la cadena de suministro le permitirían producir las vacunas necesarias a gran escala.

Fuente Original

1. Ngobile Dlodla. Africa CDC and Aspen Pharmacare aim to boost vaccine output in Africa. Reuters, May 12, 2026 <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/africa-cdc-aspen-talks-long-term-vaccine-supply-boost-local-manufacturing-2026-05-12/>

Sudáfrica inicia gestiones para permitir la producción local de *lenacapavir*, un fármaco de acción prolongada para la prevención del VIH. (*South Africa launches bid to enable local production of long-acting HIV prevention drug, lenacapavir*)

UNITAID, 5 de marzo de 2026

<https://unitaid.org/news-blog/south-africa-launches-bid-to-enable-local-production-of-long-acting-hiv-prevention-drug-lenacapavir/>

Traducido por Salud y Fármacos, publicado en *Boletín Fármacos: Propiedad Intelectual* 2026; 29 (3)

Tags: lenacapavir, ampliar la producción de lenacapavir, acceso a lenacapavir, Gilead Sciences y lenacapavir

Unitaid y US Pharmacopeia (USP) ofrecen apoyo técnico y de mercado para fortalecer la fabricación regional y la resiliencia del suministro

El 5 de marzo de 2026, el Gobierno de Sudáfrica anunció que está colaborando con Gilead Sciences para alcanzar un acuerdo que permita la producción local de *lenacapavir*, un fármaco revolucionario de acción prolongada para la prevención del VIH. Como parte de esta iniciativa, y en colaboración con Unitaid, USP y otros socios, el gobierno ha publicado una convocatoria para recibir manifestaciones de interés y lograr identificar a fabricantes farmacéuticos sudafricanos capaces de producir *lenacapavir* con garantías de calidad.

El *lenacapavir*, desarrollado originalmente por Gilead, se administra semestralmente como inyectable, y ha demostrado tener una eficacia casi total en la prevención del VIH. Se considera que es una de las herramientas nuevas más prometedoras para reducir las infecciones, especialmente en países con una alta carga de la enfermedad.

En octubre de 2024, Gilead otorgó seis licencias voluntarias a fabricantes de genéricos en Egipto, India y Pakistán, permitiéndoles producir y suministrar *lenacapavir* genérico a 120 países de bajos y medianos ingresos, lo que supone un paso importante para ampliar el acceso.

Una séptima licencia para un fabricante con sede en Sudáfrica diversificaría aún más el suministro mundial y mejoraría la alineación de la producción con la región que soporta la mayor carga de VIH. Producir *lenacapavir* más cerca de donde más se necesita podría acelerar el trayecto desde la innovación hasta el

acceso, y ayudar a garantizar un suministro más predecible y sostenible. Asimismo, fortalecería la capacidad de la región para responder a sus propias prioridades de salud, especialmente a medida que los países avanzan hacia confiar en la financiación nacional de largo plazo.

La convocatoria de manifestaciones de interés que se acaba de lanzar forma parte de un esfuerzo nacional coordinado, liderado por el Consejo Nacional del SIDA de Sudáfrica (SANAC), que aspira a producir tanto el principio activo farmacéutico como el producto terminado en Sudáfrica. De tener éxito, esto ampliaría la capacidad de fabricación regional en el África subsahariana, y fortalecería la resiliencia del suministro a largo plazo.

A través de esta solicitud de propuestas, Sudáfrica evaluará las capacidades técnicas de los fabricantes, su adherencia a las normas y su compromiso con el acceso equitativo.

El fabricante seleccionado trabajará con el Comité Ad Hoc sobre la Licencia de *lenacapavir*, un organismo intergubernamental en el que participan múltiples partes interesadas, que está presidido por SANAC y respaldado por el programa de fabricación regional MedSuRe Africa establecido por Unitaid y liderado por USP en colaboración con socios como los CDC de África, la Agencia Africana de Medicamentos, instituciones de financiación del desarrollo, el Banco de Patentes (Medicines Patent Pool), la OMS y organismos financiadores. Conjuntamente, fortalecerán el desarrollo de productos, garantizarán el cumplimiento de las normas internacionales de calidad y apoyarán la obtención de aprobaciones regulatorias, incluyendo la precalificación de la OMS cuando corresponda.

Unitaid, USP y sus socios también ofrecerán apoyo para dinamizar el mercado, con el fin de acelerar la adopción de los productos y asegurar un suministro sostenible y asequible.

Acuerdos, Fusiones y Compras entre Empresa

Acuerdos entre empresas

Salud y Fármacos

Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios 2026; 29 (3)

Abridge establece alianzas con Eli Lilly y con Nvidia [1] con el objetivo es obtener una ventaja competitiva en el mercado de software que apoya a los médicos y optimiza la facturación y las operaciones hospitalarias.

Abridge tiene una plataforma que documenta las visitas de los pacientes y ofrece orientación y sugerencias a los médicos antes, durante y después de cada consulta. Ha recibido un impulso significativo gracias a su sistema de transcripción automática, capaz de escuchar la conversación entre un médico y un paciente y redactar una nota clínica. Abridge también es popular porque ayuda a los sistemas de salud a facturar los servicios de forma más eficiente y completa.

Abridge y Nvidia diseñaron el primer modelo para grabar las conversaciones clínicas. Se espera que al utilizar los modelos de código abierto de Nvidia, la tecnología de Abridge será más rápida y más barata.

De la relación entre Abridge y Lilly solo ha trascendido que está explorando oportunidades para facilitar el reclutamiento para ensayos clínicos.

Alnylam e Inceptiv Nucleics [2]. Inceptiv Nucleics está desarrollando "modelos de inteligencia artificial (IA) para la vida" que se espera que aprendan mucho sobre el funcionamiento de la biología, por lo que se podrán reutilizar en diversas tareas sin necesidad de recibir un entrenamiento específico.

Inceptiv es la primera *startup* de IA con la que Alnylam ha establecido una colaboración estratégica.

En el marco de esta colaboración, ambas compañías planean explorar el espacio de secuencias y modificaciones químicas para mejorar la potencia y la eficacia, predecir los candidatos terapéuticos más prometedores y desarrollar modelos preclínicos para su posterior desarrollo. Esto podría incluir nuevas

modalidades terapéuticas que van más allá de los fármacos de ARN interferente (ARNi), la principal actividad de Alnylam.

Inceptiv se centra en el desarrollo de fármacos basados en secuencias, como las terapias de interferencia de ARN de Alnylam, compuestas por pequeñas cadenas de ARN de interferencia (ARNip) que se dirigen e interfieren con el ARN mensajero (ARNm) antes de que pueda copiar sus instrucciones. Esta categoría también incluye ARNm, oligonucleótidos antisentido, péptidos pequeños y otros.

Los datos de Alnylam, que a través de esta colaboración se incorporarán a los modelos de Inceptiv, son excelentes para el entrenamiento de la IA. El hecho de que todos sus programas utilicen la misma modalidad y los mismos conceptos permite que cada programa beneficie a todos los programas futuros.

El enfoque de Alnylam en fármacos basados en ARN encaja a la perfección con la tecnología de Inceptiv. A diferencia de los fármacos de molécula pequeña o los productos biológicos proteicos como los anticuerpos, en el caso de los medicamentos basados en secuencias, los fármacos se parecen a las dianas", lo que significa que los mismos modelos pueden tanto buscar dianas como proponer fármacos candidatos.

La nueva colaboración es por tres años y tiene un valor de hasta US\$2.000 millones, con un pago inicial de US\$30 millones en efectivo y acciones de Inceptiv. Los pagos adicionales dependerán de que los fármacos codescubiertos alcancen hitos preclínicos, regulatorios y de ventas comerciales.

Arvinas y Pfizer firman acuerdo de licencia con Rigel Pharmaceuticals Inc [3]. Arvinas y Pfizer recibirán US\$85 millones en pagos iniciales y de transición, con la posibilidad de obtener US\$320 millones adicionales por hitos de desarrollo, regulatorios y comerciales, así como regalías escalonadas sobre

las ventas netas (en un rango que oscila entre el 13-17% y el 23-27%), distribuidas también a partes iguales entre ambas empresas.

Rigel Pharmaceuticals, Inc., un biotecnológica dedicada a los trastornos hematológicos y el cáncer, ha otorgado los derechos globales exclusivos de desarrollo, fabricación y comercialización de VEPPANU™ (*vepdegestrant*) a Arvinas y Pfizer. VEPPANU es el primer fármaco de tipo PROTAC (PROteolysis TArgeting Chimera o quimera dirigida a la proteólisis) —una clase de degradador de proteínas heterobifuncional— aprobado por la FDA para el tratamiento de adultos con cáncer de mama avanzado o metastásico con receptores de estrógeno positivos (ER+)/receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano negativo (HER2-) y mutación en el receptor de estrógeno 1 (ESR1), detectada mediante una prueba autorizada por la FDA, tras la progresión de la enfermedad después de al menos una línea de terapia endocrina.

Rigel se encargará del lanzamiento y la comercialización de VEPPANU en EE UU y ostentará los derechos globales, con la facultad de otorgar sublicencias a posibles socios para continuar el desarrollo y la comercialización de VEPPANU fuera de dicho país. Arvinas y Pfizer tendrán derecho a percibir un porcentaje de los ingresos por sublicencias generados fuera de los EE UU. Arvinas y Pfizer seguirán siendo responsables de las actividades de desarrollo actualmente en curso, y Rigel aportará hasta US\$40 millones para financiar dichas actividades.

AstraZeneca (AZ) se asocia con CSPC Pharmaceutical [4] y Sino Pharmaceutical [5], AZ abonará a CSPC (China) US\$30 millones por adelantado para descubrir y desarrollar conjuntamente fármacos basados en IA. CSPC cuenta con una plataforma para el descubrimiento de fármacos de ARN de interferencia pequeño (ARNip) basado en IA y con un sistema automatizado de cribado de alto rendimiento. Estas capacidades permiten realizar un cribado eficiente de ácidos nucleicos con mucha actividad y podrían mejorar la administración dirigida a órganos distintos al hígado.

Aprovechando estas capacidades, CSPC y AstraZeneca impulsarán el desarrollo de fármacos basados en ácidos nucleicos pequeños dirigidos a dos dianas relacionadas con enfermedades renales, que son relevantes para múltiples indicaciones.

AstraZeneca se ha comprometido a pagar US\$540 millones por concepto de hitos de desarrollo, a los que se suman otros US\$1.200 millones vinculados a las ventas de los productos. AZ tiene la opción de adquirir derechos exclusivos a nivel mundial o fuera de China, mientras que CSPC conservará los derechos de uno de los activos para el mercado chino.

Esta no es la primera vez que AstraZeneca se asocia con CSPC. Con el objetivo de impulsar sus aspiraciones en el ámbito de la obesidad, este año, AstraZeneca pagó a CSPC US\$1.200 millones por adelantado para obtener los derechos, fuera de China, de ocho programas de control de peso. Incluyendo los pagos por hitos, el valor total del acuerdo sobre obesidad asciende a US\$18.500 millones.

En 2024, AstraZeneca abonó US\$100 millones por adelantado por un fármaco preclínico para enfermedades cardiovasculares. La alianza de 2025 incluyó un pago inicial de US\$110 millones, más US\$5.200 millones en hitos, y permitió a AstraZeneca colaborar con CSPC en el desarrollo de tratamientos orales para enfermedades crónicas.

Por otra parte, a través del acuerdo con Sino Pharmaceutical (Hong Kong), AZ se aseguró los derechos —excluyendo a China— de un inhibidor dual de PDE3 y PDE4 conocido como TQC3721 que, en un estudio de fase 2b, mejoró significativamente la función pulmonar y redujo la carga de síntomas en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Al bloquear estas dos moléculas, el TQC3721 «está diseñado para ofrecer efectos broncodilatadores y antiinflamatorios sinérgicos».

La farmacéutica pagará US\$200 millones por adelantado y ofrecerá hasta US\$1.900 millones al alcanzar hitos de desarrollo, regulatorios y de ventas; así como regalías escalonadas.

Para Sino Biopharm, este acuerdo supone su tercera alianza con una gran compañía farmacéutica en lo que va de año. A través de un acuerdo suscrito en mayo con GSK obtuvo los derechos de comercialización en China de los productos respiratorios Anoro Ellipta y Trelegy Ellipta, ambos indicados para el tratamiento de la EPOC.

Previamente, en febrero, Sanofi pagó US\$135 millones por adelantado para obtener los derechos mundiales de un fármaco oral de Sino Biopharm que actúa como inhibidor de JAK/ROCK, con más US\$1.000 millones en posibles pagos por hitos en juego.

Boehringer Ingelheim y Zai Lab se asocian para investigar [6]. Este estudio de fase Ib/II evaluará la tolerabilidad, la seguridad y la actividad clínica preliminar mediante la combinación de *obrixtamig*, un agente biespecífico de Boehringer Ingelheim que activa células T dirigiéndose a DLL3 (delta-like ligand 3) y CD3 (cluster of differentiation 3, con *zocilurtatug pelitecan* (zoci), un conjugado anticuerpo-fármaco (ADC) de Zai Lab dirigido a DLL3.

Este tratamiento se probará en pacientes con cáncer de pulmón de células pequeñas en estadio avanzado (ES-SCLC) y otros carcinomas neuroendocrinos (CNE).

En virtud del acuerdo, Zai Lab suministrará zoci para el estudio, mientras que Boehringer Ingelheim patrocinará y gestionará las operaciones clínicas; ambas compañías conservan los derechos sobre sus respectivos productos.

Bristol Myers Squibb se asocia con la empresa china Hengrui [7] para colaborar en más de una docena de programas en fase inicial. El acuerdo de licencia incluye un pago inicial de US\$600 millones de Bristol a Hengrui y tiene un valor potencial de hasta US\$15.200 millones si se alcanzan todos los hitos establecidos.

Como parte del acuerdo, Bristol obtendrá los derechos de cuatro candidatos a fármacos de Hengrui para tratar a pacientes oncológicos y hematológicos fuera de China continental, Hong

Kong y Macao. El pacto también otorga a Hengrui los derechos para comercializar cuatro fármacos de inmunología de Bristol en dicha región. Ambas empresas colaborarán para impulsar otros cinco fármacos, y Hengrui liderará el desarrollo clínico inicial de todos los programas.

Crece el interés de las grandes empresas en los medicamentos experimentales que se elaboran en China, que abarcan desde el cáncer hasta la obesidad, con el fin de obtener licencias o crear empresas en torno a ellos. Las empresas farmacéuticas también se han visto atraídas por la mayor rapidez y los menores costes del desarrollo en fase inicial en China.

El año pasado, Hengrui firmó un acuerdo valorado en hasta US\$12.000 millones con GSK.

Cellular Intelligence (EE UU) obtiene la licencia del programa de terapia celular de Novo Nordisk para la enfermedad de Parkinson [8], siete meses después de que Novo cesara sus operaciones en terapia celular.

Cellular Intelligence depende, en gran medida, de la inteligencia artificial (IA) para impulsar el avance de candidatos clínicos, y adquirió los derechos mundiales de la terapia celular por un importe no revelado. No se mencionó ningún pago inicial, aunque Novo tiene derecho a percibir pagos por hitos futuros y regalías. Como parte del acuerdo, Novo realizará una inversión de capital en Cellular Intelligence.

El programa para el Parkinson se desarrollará con la plataforma de IA de Cellular, que ayuda a predecir cómo cambian las células en diferentes estados en respuesta a señales externas, y por lo tanto permite acelerar los plazos de desarrollo, reducir costes y facilitar la producción a gran escala. Los datos generados por el programa también se incorporarán a la plataforma de Cellular Intelligence para contribuir a su entrenamiento.

Cellular impulsará el desarrollo clínico del programa, que abarca una terapia de progenitores dopaminérgicos derivados de células madre pluripotentes alogénicas, con la que se están realizando ensayos clínicos de fase I/II (primeros estudios en humanos).

Actualmente, no existe ninguna terapia celular aprobada para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson.

En octubre de 2025, Novo cerró su unidad de terapia celular y despidió a los 250 empleados de la división. Desde este cambio de estrategia, Novo ha estado buscando compradores para esos activos. En enero de 2026, Aspect Biosystems adquirió de Novo tecnologías de ingeniería de células de los islotes derivadas de células madre y de células hipoinmunes.

Edison Scientific y Population Health Partners (PHP) establecen una empresa de biotecnología [9]. Future House se fundó en 2023 para impulsar el descubrimiento científico proporcionando a cada científico agentes de IA capaces de razonar por sí mismos. Cuando las empresas farmacéuticas se interesaron, a finales de 2025, escindieron una parte de la empresa y crearon “Edison Scientific”, con un capital de US\$70 millones.

Population Health Partners (PHP) invierte en proyectos de biotecnología en fase avanzada, y ha promovido a Metsera, que Pfizer adquirió el año pasado por unos US\$10.000 millones, y a The Medicines Company, que Novartis adquirió en 2019 por US\$9.700 millones.

Esta alianza es un claro indicador del interés por los científicos de IA en el desarrollo de fármacos. Hay más de 30 empresas, todas con más de US\$1.000 millones invertidos en investigación y desarrollo, que quieren asociarse con Edison. En mayo, la empresa firmó otro acuerdo con Incyte.

Edison y PHP planean integrar al científico de IA de Edison, Kosmos, «a lo largo de todo el ciclo de vida, desde la ideación y la creación de la empresa hasta el desarrollo de fármacos». Es decir, desde la identificación de oportunidades prometedoras hasta el análisis dinámico de datos clínicos y preclínicos, la facilitación del diálogo entre expertos y la aceleración del desarrollo de informes científicos y entregables regulatorios.

PHP apoya problemas de salud que afectan a amplios sectores de la población, representan una parte significativa del PIB y, de resolverse, aumentarían la esperanza de vida saludable. En el caso de Metsera, ese problema era la obesidad. En el de Corsera se trata de enfermedades cardiovasculares. Los objetivos posteriores incluyen áreas como enfermedades gastrointestinales, enfermedades pulmonares inflamatorias y enfermedades cardiovasculares.

Las empresas afirmaron que ya están colaborando en el desarrollo relacionado con un activo avanzado que podría afectar al 10% de la población mundial. Entre los objetivos posteriores se incluyen las enfermedades gastrointestinales, las enfermedades pulmonares inflamatorias y las enfermedades cardiovasculares.

GSK fortalece la colaboración con Sino Biopharm [10].

SinoPharm obtiene los derechos de comercialización de dos medicamentos respiratorios de GSK, Trelegy Ellipta y Anoro Ellipta, en China continental. Sino Biopharmaceutical se encargará de la importación, distribución, acceso hospitalario y promoción de ambas terapias. Se espera que el acuerdo impulse sus ingresos y beneficios, además de acelerar significativamente su crecimiento.

Jazz y AbCellera (Canadá) establecen un acuerdo que podría llegar a valer US\$2.400 millones [11]. La colaboración incluye la plataforma de activadores de células T multiespecíficos (TCE) de AbCellera, una tecnología que se perfeccionará para descubrir candidatos para tratar diversos cánceres gastrointestinales y otros tumores sólidos que no responden a los tratamientos actuales.

Jazz Pharmaceuticals pagará US\$56 millones en efectivo y ofrece hasta US\$2.460 millones para desarrollar activadores de células T de última generación para cánceres difíciles de tratar.

Inicialmente, AbCellera realizará la investigación inicial y de descubrimiento para dos programas, y podría iniciar un tercer programa de descubrimiento el próximo año. Para cada programa, Jazz puede optar por un pago que le otorgaría los

derechos exclusivos sobre el candidato. Si Jazz ejerce su opción, AbCellera podría recibir hasta US\$792 millones en pagos por hitos por programa, además de regalías escalonadas. Según los términos del acuerdo, los socios también pueden añadir dos programas adicionales.

Para los analistas de Truist, esta iniciativa subraya el creciente interés de Jazz en los cánceres gastrointestinales, aunque esperan que también siga trabajando en el ámbito de las enfermedades raras.

Eli Lilly fortalece su relación con Abbisko (Shanghai) [12], AlzeCure [13], Ascidian [14], Haisco [15] y Proluent [16,17]. Lilly comenzó el año desembolsando US\$55 millones para colaborar con Nimbus Therapeutics y avanzar en el desarrollo de un fármaco oral preclínico contra la obesidad; este acuerdo podría alcanzar un valor de hasta US\$1.300 millones si se cumplen todos los hitos establecidos [12].

El acuerdo de Lilly con Abbisko podría alcanzar los US\$1.900 millones, incluyendo el pago inicial, así como los posibles pagos por hitos de desarrollo, regulatorios y comerciales. Además, Abbisko tendrá derecho a percibir regalías escalonadas sobre las ventas netas anuales de los activos de la alianza que lleguen al mercado [12].

AlzeCure Pharma anunció que había suscrito un acuerdo de colaboración y concesión de licencias con Eli Lilly para otorgarle los derechos globales de un tratamiento experimental (Alzstatin ACD 680) contra el Alzheimer, en una operación cuyo valor total podría superar los US\$1.000 millones. AlzeCure recibirá un pago inicial de US\$10 millones, pagos por hitos de desarrollo y comercialización, y regalías escalonadas sobre las ventas [13].

A través de la colaboración con la empresa de biotecnología Ascidian Therapeutics (Massachusetts), ambas empresas se centrarán en descubrir y desarrollar terapias para enfermedades renales causadas por un único gen, aunque Eli Lilly tendrá la opción de ampliar el alcance a otras dianas terapéuticas [14].

Ascidian aporta la tecnología de edición de exones de ARN diseñados para corregir genes defectuosos vinculados a enfermedades a escala de kilobases, esto ofrece la posibilidad de reescribir genes en su origen sin alterar el ADN. Lilly obtendrá los derechos exclusivos para cada diana [14].

Ascidian se encargará del descubrimiento y de algunas actividades preclínicas asociadas a las dianas identificadas a través de la colaboración, mientras que Lilly asumirá la responsabilidad de las fases preclínicas adicionales, así como de la investigación y desarrollo (I+D) clínico, la fabricación y la comercialización [14].

El acuerdo con Haisco (China) abarca "hasta cinco programas innovadores dirigidos a dianas terapéuticas" en "múltiples áreas terapéuticas". Lilly liderará los estudios necesarios para presentar la solicitud de nuevo fármaco en investigación (IND) y las fases posteriores, y ostentará los derechos globales o bien los derechos fuera de la Gran China, dependiendo del programa [15]. A cambio, Lilly desembolsará US\$87 millones en pagos iniciales y a corto plazo. Además, Haisco podría percibir hasta US\$2.970

millones adicionales por hitos alcanzados, así como regalías escalonadas de un solo dígito si alguna de las terapias resultantes llega al mercado [15].

Fundada en el año 2000, Haisco ha desarrollado una cartera de más de 50 programas de I+D que abarcan el tratamiento del dolor, la oncología, las enfermedades respiratorias, los trastornos autoinmunitarios, las enfermedades metabólicas y los trastornos del sistema nervioso central [15].

Haisco también se ha asociado con AbbVie por US\$745 millones para desarrollar dos tratamientos no opioides contra el dolor. En enero, también concedió la licencia de un activo en fase clínica para enfermedades pulmonares a AirNexis Therapeutics (de Frazier Life Sciences) en un acuerdo valorado en US\$955 millones [15].

Las enzimas Cas —el pilar fundamental de la industria moderna de edición genética— y sus variantes son muy eficaces para romper genes o, mediante los ajustes de ingeniería adecuados, realizar pequeños cambios en el ADN. El nuevo acuerdo se centrará en otro tipo de enzima: las recombinasas.

El objetivo del acuerdo con la empresa de IA Proluent es desarrollar nuevos editores genéticos (recombinasas) potencialmente capaces de insertar genes completos en pacientes. Las recombinasas —enzimas presentes en bacterias, virus y otros dominios de la vida— son capaces de insertar largas secuencias de ADN. Esto podría resultar útil para tratar afecciones en las que los pacientes presentan cientos de mutaciones distintas en un mismo gen. La fibrosis quística es un ejemplo; otro es el GJB2, un tipo de pérdida auditiva que Lilly está investigando [16]. Si todos los esfuerzos tienen éxito, Lilly pagaría a Proluent US\$2.250 millones en concepto de hitos alcanzados, y regalías si alguno de los productos se llega a comercializar [16].

En enero de 2026, Eli Lilly estableció una colaboración valorada en US\$1120 millones con la empresa biotecnológica alemana Seamless Therapeutics para desarrollar terapias basadas en recombinasas contra la pérdida auditiva [17]. El desafío radica en que ha sido prácticamente imposible diseñar recombinasas capaces de insertar estos genes de reemplazo en un punto preciso del ADN humano. Proluent cree que puede utilizar la IA para resolver este problema.

Además, durante este año Lilly ha establecido un acuerdo de licencia de US\$1.260 millones con Hanmi Pharm por el *sonefpegglutide* (un agonista del péptido similar al glucagón tipo 2 o GLP-2) y el acuerdo de US\$8.800 millones con la biotecnológica china Innovent, centrado en el desarrollo de nuevas terapias contra el cáncer y los trastornos inmunológicos [14].

Además, junto con Johnson & Johnson, también invirtió fondos en una ronda de financiación de US\$85 millones de Stylus Medicine —una *startup* de edición genética in vivo—, apoyando así el desarrollo de sus terapias contra el cáncer [17].

Este año, Lilly ya ha destinado más de US\$25.000 millones a compromisos de desarrollo empresarial, incluyendo la adquisición de Centessa Pharmaceuticals, especializada en trastornos del sueño, por US\$6.300 millones [12].

Posteriormente, en abril, adquirió Kelonia Therapeutics, comprometiendo hasta US\$7.000 millones. Otras adquisiciones incluyen la compra de Orna Therapeutics en febrero por US\$2.400 millones, la adquisición de Ajax Therapeutics en abril por US\$2.300 millones y la operación de hasta US\$3800 millones realizada en mayo para absorber tres empresas de biotecnología especializadas en vacunas [12]. Puede ver una lista de todos los acuerdos y compras de Eli Lilly desde 2024 en este enlace [15] <https://www.fiercebiotech.com/biotech/lilly-locks-vague-5-program-rd-pact-chinas-haisco-worth-3b>

En mayo de 2026 a invertir US\$4500 millones en la modernización de sus instalaciones especializadas en el campus de Lebanon (Indiana) [14].

GSK invierte US\$1.005 millones para obtener los derechos de la terapia metabólica con oligonucleótidos de SiranBio [18], y establece una alianza con SBS Group [19]. Mediante la alianza con SiranBio, GSK se introduce en el mercado de la pérdida de peso. Con este acuerdo exclusivo, GSK obtiene los derechos globales, a excepción de China, Hong Kong, Macao y Taiwán, sobre el SA030, una terapia de ARN de interferencia pequeño (ARNip) en fase inicial que podría ser la primera de su clase para esta indicación.

El SA030 es una terapia de acción prolongada dirigida a la quinasa similar al receptor de activina 7 (ALK7), diseñada para reducir el riesgo cardiometabólico mediante la disminución de la grasa abdominal. Según SiranBio, el fármaco también preserva la masa muscular [18].

A cambio, la farmacéutica británica ha realizado un pago inicial y se ha comprometido a abonar hasta US\$1.005 millones de dólares a SiranBio en concepto de hitos y, si el producto llega a comercializarse, regalías escalonadas sobre las ventas netas globales [18].

GSK no es la única empresa que apuesta por ALK7 como la próxima gran diana terapéutica en el ámbito de la pérdida de peso; Arrowhead Pharmaceuticals también está desarrollando un fármaco basado en este mismo enfoque [18].

Para fortalecer aún más su cartera de productos en este ámbito, GSK también invirtió US\$950 millones en la adquisición de 35Pharma, incorporando así su principal activo para la hipertensión pulmonar (HP), el HS235; y que podría aportar beneficios para la salud metabólica, como la "pérdida de peso impulsada por la reducción de grasa" [18].

El objetivo de la alianza exclusiva con SBP Group es acelerar el lanzamiento de *bepirovirsen* para pacientes con hepatitis B crónica (HBC) en China continental. En virtud de este acuerdo, la compañía gestionará la importación, distribución y acceso hospitalario, así como todas las actividades promocionales y no promocionales de *bepirovirsen* en China continental [19].

Bepirovirsen es un oligonucleótido antisentido (ASO) de triple acción en fase de investigación, diseñado para inhibir la replicación del ADN viral, suprimir el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) en sangre y estimular el sistema inmunitario para lograr una respuesta duradera [19].

Incyte y Genesis amplían su colaboración en IA molecular para acelerar el descubrimiento de fármacos [20]. Los datos de Incyte se utilizarán para entrenar la plataforma de IA de próxima generación de Genesis, denominada GEMS, como parte del esfuerzo de Incyte por acelerar el desarrollo de fármacos para múltiples programas.

Las empresas incorporarán al menos cinco nuevas dianas seleccionadas por Incyte, y esta última tendrá la opción de proponer dianas adicionales a lo largo del tiempo. Incyte tendrá derechos exclusivos para desarrollar y comercializar cualquier producto resultante de la colaboración.

Genesis recibirá US\$120 millones, con la posibilidad de obtener pagos por hitos y regalías. Podrá optar a recibir pagos por hitos, relacionados con el desarrollo preclínico y clínico, la regulación y las ventas, de hasta US\$232 millones por cada programa, pudiendo percibir más de US\$1.000 millones si se alcanzan todos los hitos para las cinco dianas iniciales, incluyendo múltiples indicaciones y mercados principales— y siempre que las ventas netas anuales máximas de los cinco productos superen los umbrales especificados.

Además, Incyte proporcionará financiación recurrente para la investigación a Genesis, con el fin de respaldar el entrenamiento de modelos de IA y las cargas de trabajo computacionales de inferencia.

Johnson & Johnson parece haber perfeccionado el arte de los acuerdos en el sector biotecnológico [21]. En lugar de gastar miles de millones en adquisiciones, ha construido gran parte de su imperio farmacéutico mediante asociaciones que le reportan enormes beneficios a precios ventajosos, pero a veces las cosas no resultan como se esperaba. Un ejemplo es Imbruvica, un fármaco de gran éxito para el cáncer hematológico. J&J pagó a la biotecnológica Pharmacyclics menos de US\$1.000 millones por la mitad de los beneficios. Sin embargo, tras la aprobación del fármaco, AbbVie pagó US\$21.000 millones en 2015 por la totalidad de la empresa, obligando a J&J a asociarse con AbbVie.

El otoño pasado, J&J también mantuvo conversaciones para comprar Protagonist Therapeutics. Hasta la fecha no se ha cerrado ningún acuerdo y las acciones de la biotecnológica se han disparado desde entonces.

Legend Biotech se asoció con J&J para desarrollar una terapia CART -T para tratar el mieloma múltiple. J&J se convirtió en líder del sector gracias a Legend, pues en 2017 se aseguró los derechos de su fármaco Carvykti mediante un pago inicial de US\$350 millones. Esa cifra es una fracción de los US\$11.000 millones que Gilead pagó por Kite Pharma para entrar en este mismo mercado. Actualmente, Carvykti es la terapia CAR-T más vendida del mundo, con ventas cercanas a los US\$2.000 millones en 2025, aproximadamente el doble de lo que el fármaco generó el año anterior.

Ahora, el sector avanza hacia la terapia CAR-T *in vivo*. Aunque el campo está en sus inicios, las grandes farmacéuticas compiten ferozmente por hacerse con esta tecnología. Empresas como AbbVie, Bristol-Myers Squibb, AstraZeneca y Gilead han realizado adquisiciones en este ámbito. Tan solo Eli Lilly ha

acordado invertir más de US\$9.000 millones en dos compañías especializadas en terapias *in vivo* durante el último año. J&J intentó adelantarse asociándose con Kelonia, una *startup* que diseñó un virus capaz de atacar selectivamente a las células T dentro del organismo. Sin embargo, el mes pasado Lilly acordó comprar Kelonia en su totalidad, por lo que la empresa asociada con J&J se queda en manos de un competidor.

Novartis se asocia con Antares Therapeutics [22] y con Orionis [23]. Novartis pagará US\$105 millones en efectivo y ofrecerá a Antares hasta US\$1.800 millones en pagos por hitos para desarrollar nuevos medicamentos de precisión para cánceres difíciles de tratar.

Antares, una empresa derivada (*spinout*) de Scorpion Therapeutics, utilizará su plataforma de descubrimiento para liderar todas las actividades de investigación, y se centrará en múltiples dianas terapéuticas que históricamente se consideraban inabordables farmacológicamente.

El objetivo de Antares es construir una plataforma de descubrimiento que desbloquee sistemáticamente dianas complejas y de alto valor, y que genere medicamentos de precisión pioneros en su clase. La oncología es una de las áreas estratégicas clave para Novartis. Este acuerdo con Antares se suma al alcanzado en marzo para adquirir un inhibidor selectivo de PI3K α (eficaz frente a múltiples mutaciones) de Synnovation Therapeutics por un pago inicial de US\$2.000 millones.

Hasta la fecha, Antares ha estado colaborando con AstraZeneca, acuerdo firmado originalmente con Scorpion, y con Pierre Fabre Laboratories, que adquirió dos activos de Scorpion.

A través de la alianza con Orionis [23], Novartis espera descubrir y diseñar fármacos tipo "pegamentos moleculares" (*molecular glue*) dirigidos a dianas terapéuticas complejas, para tratar diversos problemas. Esta colaboración amplía la relación existente entre ambas compañías desde 2020.

Orionis ha desarrollado una plataforma denominada Allo-Glue, diseñada para descubrir moléculas pequeñas que inducen interacciones proteína-proteína y provocan la degradación, estabilización u otros efectos en proteínas relacionadas con enfermedades. Novartis y Orionis utilizarán la plataforma Allo-Glue, junto con su motor de descubrimiento impulsado por inteligencia artificial, para acelerar la caracterización de dianas y ligasas, así como la optimización de los pegamentos de molécula pequeña que modulan dianas terapéuticas mediante mecanismos de proximidad inducida.

Orionis recibirá un pago inicial de US\$40 millones y podrá percibir pagos por hitos de investigación, desarrollo y comercialización de hasta US\$1.400 millones, además de regalías escalonadas sobre las ventas netas de los productos derivados de la colaboración.

Novartis muestra un interés creciente en la degradación dirigida de proteínas y en las terapias basadas en pegamentos moleculares; y recientemente cerró dos acuerdos con Monte Rosa Therapeutics.

Novo Nordisk y Open IA [24]. Novo incorporará las herramientas de inteligencia artificial (IA) de OpenAI a sus operaciones de desarrollo de medicamentos para la obesidad y la diabetes, utilizando la tecnología para identificar nuevos candidatos, analizar conjuntos de datos complejos y acortar los plazos de comercialización.

Además, Novo potenciará el uso de la tecnología de OpenAI en sus operaciones de fabricación y distribución, integrando también esta herramienta de IA en su cadena de suministro.

Novo Nordisk es una de varias compañías farmacéuticas que han establecido alianzas con OpenAI en los últimos años, incluyendo Sanofi, Moderna, Thermo Fisher Scientific y Eli Lilly.

Nuvectis establece una alianza con Haisco Pharmaceutical (China) [25]. Nuvectis ha adquirido los derechos de dos activos en fase avanzada de desarrollo de la compañía china Haisco Pharmaceutical. El acuerdo podría superar los US\$1.420 millones en pagos por hitos (*biobucks*), además de regalías escalonadas.

A cambio de US\$40 millones en pagos iniciales y a corto plazo, Nuvectis ha obtenido la licencia exclusiva mundial, a excepción de China, India y algunas zonas del Sudeste Asiático, para el NXP100, un inhibidor oral del factor B del complemento, y para el NXP200, un inhibidor de BRAF de tipo "*paradox-breaker*".

El regulador de la China, está evaluando si otorga el permiso de comercialización a NXP100 (anteriormente HSK39297) para tratar la hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN), y también se está estudiando para tratar la nefropatía por inmunoglobulina A y la nefritis lúpica.

El NXP200 (designado por Haisco como HSK42360) es un inhibidor de BRAF oral de nueva generación. Diseñado para superar las limitaciones de los inhibidores convencionales, pretende ser más selectivo y evitar la activación de ciertas vías celulares que las versiones anteriores han desencadenado. De ser exitoso se podría utilizar en el tratamiento de tumores sólidos con mutaciones BRAF V600X y mutaciones de clase II/III (no V600), entre los que se incluyen el cáncer colorrectal, el melanoma y el cáncer de pulmón de células no pequeñas, entre otros.

Para Haisco, esta alianza se suma a una larga lista de acuerdos, entre los que destacan los acuerdos de licencia suscritos con grandes compañías farmacéuticas como Eli Lilly y AbbVie. Lilly colabora con la empresa china en varios programas en fase inicial, mientras que AbbVie ha entrado en el ámbito de los tratamientos para el dolor gracias a su acuerdo.

Pfizer llega a un acuerdo con Innovent [26, 27]. Pfizer ha anunciado un acuerdo de licencia y colaboración con la compañía china Innovent Biologics para la investigación y el desarrollo de 12 fármacos oncológicos innovadores, tanto en fase inicial como de *novo*.

La alianza incluye oportunidades de licencia, codesarrollo y comercialización conjunta de una cartera diversa de conjugados

anticuerpo-fármaco (ADC), con nuevas cargas útiles diferenciadas y anticuerpos multiespecíficos con características inmunoestimulantes diferenciadas y diseños únicos. Entre los 12 programas, ocho son iniciativas de Innovent que se encuentran en fases tempranas de desarrollo, y cuatro son programas de descubrimiento propuestos por Pfizer. Las compañías codesarrollarán y compartirán los costes de programas seleccionados a medida que avancen en su desarrollo clínico.

En virtud del acuerdo, Innovent llevará a cabo el desarrollo de estos programas hasta la Fase I, impulsado por su plataforma y sus sólidas capacidades clínicas tempranas, tras lo cual Pfizer liderará el desarrollo global posterior. El acuerdo también establece la siguiente estructura de licencia y comercialización [27]:

- Pfizer recibirá una licencia mundial exclusiva para cuatro programas y asumirá los costes de desarrollo a nivel global;
- Pfizer recibirá una licencia exclusiva para cuatro programas fuera de la Gran China y asumirá la mayor parte de los costes de desarrollo; y
- Pfizer e Innovent desarrollarán conjuntamente cuatro programas a nivel mundial y compartirán los costes de desarrollo. Las compañías realizarán la comercialización conjunta en EE UU y Europa y compartirán los beneficios. Innovent conservará los derechos sobre estos programas para la Gran China.

Innovent recibirá un pago inicial de US\$650 millones y podrá optar a pagos por hitos de desarrollo, regulatorios y comerciales de hasta US\$9.850 millones. Además, Innovent recibirá regalías por las ventas de los productos aprobados. En el caso de los programas de desarrollo y comercialización conjunta, ambas empresas compartirán los beneficios en EE UU y Europa.

Quantum Cell firma un acuerdo con Alze Cure (Suecia) por US\$2.200 millones [28]. Quantum Cell ha suscrito un acuerdo de licencia y colaboración con AlzeCure Pharma para obtener los derechos de NeuroRestore, la plataforma de AlzeCure para el Alzheimer, lo que incluye su principal candidato a fármaco, el ACD856. Aunque Quantum Cell abonará inicialmente US\$12 millones, los elevados pagos por hitos hacen que el valor total de la operación podría superar los US\$2.200 millones.

NeuroRestore desarrolla fármacos de moléculas pequeñas para mejorar funciones cognitivas, si bien su enfoque principal es la enfermedad de Alzheimer, según AlzeCure, el ACD856 ya ha demostrado efectos neuroprotectores, antiinflamatorios y modificadores de la enfermedad en diversos modelos preclínicos.

En junio, Eli Lilly desembolsó hasta US\$1.000 millones para asegurarse los derechos del compuesto ACD680 de la farmacéutica sueca, otro candidato en fase de desarrollo para el tratamiento del Alzheimer.

Regeneron amplía el acuerdo con CytomX y establece uno con Parabilis [29,30]. La alianza establecida en 2022 entre Regeneron y CytomX combina la tecnología de

enmascaramiento biológico de CytomX con la experiencia y la plataforma biespecífica Veloci-Bi de Regeneron para abordar tumores difíciles de tratar con inmunoterapia convencional.

Las empresas colaborarán en el descubrimiento, la identificación y la validación de anticuerpos biespecíficos condicionalmente activos. Regeneron financiará las actividades preclínicas, clínicas y comerciales. CytomX mantiene el derecho a percibir regalías sobre las ventas netas globales y pagos adicionales por hitos.

En mayo, Regeneron firmó un acuerdo con Parabilis Medicines valorado en US\$2.320 millones para desarrollar candidatos terapéuticos utilizando la plataforma de péptidos Helicon de esta última, con especial énfasis en los conjugados anticuerpo-Helicon (AHC). La colaboración investigará los Helicons, como terapias independientes y como componentes de AHC para el desarrollo de nuevas terapias; y prevé el descubrimiento conjunto de nuevos Helicones y AHC.

Los Helicons son péptidos con capacidad de penetración celular, diseñados para interactuar con dianas proteicas intracelulares, incluyendo las de superficie plana que no son adecuadas para interactuar con moléculas pequeñas convencionales.

La nueva plataforma de AHC, permitirá utilizar el direccionamiento de los anticuerpos junto con la carga útil de los Helicons para modular proteínas intracelulares específicas.

En virtud del acuerdo, Parabilis recibirá US\$125 millones y hasta US\$2.200 millones adicionales en pagos por hitos, así como regalías escalonadas. Se podrán abordar dianas adicionales mediante pagos por opción de compra por parte de Regeneron.

Regeneron liderará las fases de desarrollo, fabricación y comercialización a escala mundial.

El mes pasado, Telix y Regeneron Pharmaceuticals establecieron una alianza valorada en hasta US\$4.300 millones para el desarrollo y la comercialización de nuevas terapias radiofarmacéuticas.

Roche anuncia una colaboración global con Nurix Therapeutics [31]. El objetivo de esta alianza es desarrollar y comercializar conjuntamente *bexobrutideg*, un posible degradador de la tirosina quinasa de Bruton (BTK) líder en su clase, para su utilización en cánceres hematológicos (cánceres de las células B), inmunología (urticaria crónica espontánea) y neurología (esclerosis múltiple).

Bexobrutideg emplea un enfoque novedoso para eliminar la BTK, ofrece la posibilidad de superar los mecanismos de resistencia asociados a los inhibidores de la BTK, que son el tratamiento estándar actual.

Ambas empresas colaborarán para desarrollar y comercializar conjuntamente *bexobrutideg* (NX-5948). La incorporación de *bexobrutideg* complementa las fortalezas de Roche en hematología y le permite ampliar su cartera de productos en los campos de la inmunología y la neurología.

Los fármacos dirigidos contra la BTK representan una clase líder para tratar el linfoma no Hodgkin (LNH) y la leucemia linfocítica crónica (LLC).

Nurix recibirá un pago inicial en efectivo de US\$700 millones y podrá percibir pagos adicionales por hitos de desarrollo, regulatorios y de ventas, lo que eleva el valor potencial total del acuerdo hasta los US\$2.300 millones. Los costes de desarrollo se repartirán entre Nurix (40%) y Roche (60%). Las partes se dividirán a partes iguales los beneficios y las pérdidas derivadas de la comercialización en EE UU. Nurix y Roche comercializarán conjuntamente el *bexobrutideg* en EE UU para todas las indicaciones. Fuera de EE UU, Roche se encargará de la comercialización, mientras que Nurix percibirá regalías (royalties) situadas en el rango del 13% al 19%.

SK bioscience (Corea del Sur) llega a un acuerdo con la empresa farmacéutica estatal colombiana VECOL [32].

Vecol actuará como el principal socio para la producción local, mientras que SK bioscience aportará la transferencia de tecnología y el apoyo a la fabricación de vacunas.

Esta medida refuerza la resiliencia del suministro de vacunas en Colombia y abre el camino para la expansión de SK bioscience en América Latina.

Antes de formalizar el acuerdo, el Gobierno colombiano evaluó diversas empresas farmacéuticas que contaban con carteras de vacunas precalificadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los criterios de evaluación incluyeron la experiencia técnica, el cumplimiento normativo, la calidad, el potencial de colaboración y la alineación a largo plazo.

SK bioscience fue seleccionada gracias a sus capacidades de fabricación a nivel mundial y a su firme compromiso con apoyar el desarrollo de capacidades en el ámbito de las vacunas. La empresa transferirá la tecnología y los conocimientos técnicos necesarios para el desarrollo de las instalaciones, el lanzamiento del producto, la obtención de autorizaciones regulatorias y la producción.

Vecol se encargará de gestionar los aspectos operativos, las licencias gubernamentales, la articulación con el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de Colombia y la coordinación en materia de salud pública.

Takeda e Insilico Medicine colaboran para descubrir nuevos fármacos mediante inteligencia artificial [33]. Takeda pagará a Insilico por utilizar su plataforma patentada Pharma AI para avanzar en el desarrollo de candidatos a fármacos. Insilico liderará el descubrimiento de los fármacos, mientras que Takeda se encargará de las fases posteriores del desarrollo, incluyendo la gestión de los candidatos más allá de los ensayos clínicos.

Insilico recibirá inicialmente US\$60 millones en concepto de tasas de inicio de proyecto y pagos a corto plazo; asimismo, podrá optar a pagos por hitos y a regalías escalonadas sobre las ventas. Takeda obtendrá los derechos exclusivos a nivel mundial para desarrollar, fabricar y comercializar los nuevos fármacos.

Esta iniciativa forma parte de la estrategia de Takeda para construir un ecosistema de colaboradores de IA líderes en su clase.

A finales del año pasado, Takeda cerró un acuerdo de licencia para un fármaco contra el cáncer con la empresa biofarmacéutica china Innovent Biologics, valorado en hasta US\$11.400 millones.

La alianza con Takeda se suma a una serie de colaboraciones que Insilico ha logrado este año, entre las que destacan un acuerdo de licencia con Eli Lilly por un valor de hasta US\$2.750 millones en marzo, así como una asociación similar de descubrimiento de fármacos mediante IA con SK Biopharmaceuticals, anunciada a finales de junio y valorada en hasta US\$2.500 millones.

Telix y Regeneron Pharmaceuticals han establecido una colaboración valorada en hasta US\$4.300 millones para el desarrollo y la comercialización de nuevas terapias radiofarmacéuticas [34].

Esta colaboración combina la experiencia de Telix en plataformas radiofarmacéuticas, fabricación global e infraestructura de cadena de suministro con los conocimientos de Regeneron en el área de los biológicos, especialmente en el descubrimiento de anticuerpos biespecíficos.

Regeneron realizará un pago inicial en efectivo de US\$40 millones a Telix para acceder a su plataforma de fabricación de radiofármacos y desarrollar cuatro iniciativas terapéuticas. Telix podría percibir hasta US\$2.100 millones en pagos por hitos de desarrollo y comercialización a través de los cuatro programas iniciales, además de regalías sobre las ventas. Existe la opción de que Regeneron amplíe el acuerdo a otros cuatro programas, lo que conllevaría pagos iniciales adicionales; y el valor total del acuerdo alcanzaría los US\$4.300 millones. Ambas empresas compartirán a partes iguales los costes y los beneficios potenciales a nivel mundial, y Telix tendrá la opción de copromocionar determinados productos.

La colaboración abarcará varias dianas de tumores sólidos procedentes de la cartera de anticuerpos de Regeneron, aprovechando su tecnología VelocImmune.

Las empresas también planean desarrollar pruebas diagnósticas. Telix liderará los esfuerzos de comercialización y Regeneron recibirá una participación en los beneficios.

En diciembre de 2025, Regeneron se asoció con Tessera Therapeutics para desarrollar y comercializar el programa de escritura génica *in vivo* de Tessera para enfermedades raras, denominado TSRA-196.

Como hemos podido ver, las empresas biotecnológicas tienen mucho interés en establecer acuerdos con empresas chinas, a pesar de que la política de EE UU parece ser reticente a este tipo de acuerdos.

Fuente Original

1. Aguilar, Mario. Abridge inks deals with Nvidia and Lilly. The well-funded AI scribe developer aims to beef up its technology and expand ties to pharma. Statnews, 11 de junio de 2026.
<https://www.statnews.com/2026/06/11/abridge-inks-deals-with-nvidia-and-lilly/>

2. Trang, Brittany. Alnylam to partner with Inceptive Nucleics for AI foundation models for RNAi therapeutics Inceptive focuses on building 'reusable' models for sequence-based drugs. Statnews, 3 de junio de 2026. <https://www.statnews.com/2026/06/03/alnylam-partner-with-inceptive-nucleics-ai-foundation-models/>
3. Arvinas and Pfizer enter into a transaction with Rigel Pharmaceuticals for the exclusive global rights of VEPPANU (vepdegestrant). Arvinas, 12 de mayo de 2026. <https://ir.arvinas.com/news-releases/news-release-details/arvinas-and-pfizer-enter-transaction-rigel-pharmaceuticals>
4. Nick Paul Taylor. AstraZeneca pens \$1.7B kidney drug discovery pact with go-to Chinese partner CSPC FierceBiotech, 3 de julio de 2026. <https://www.fiercebiotech.com/biotech/astrazeneca-pays-go-chinese-partner-cspc-30m-form-kidney-drug-discovery-pact>
5. Manalac, Tristan. AstraZeneca bets up to \$1.9B in respiratory disease collab with Sino Biopharmaceutical. Biospace, 8 de julio de 2026. <https://www.biospace.com/deals/astrazeneca-bets-up-to-1-9b-in-respiratory-disease-collab-with-sino-biopharmaceutical>
6. Debbarma, Salong. Boehringer Ingelheim and Zai Lab team up for dual DLL3 therapy study. Zai Lab will supply zoci while Boehringer Ingelheim will manage operations, with both companies retaining rights to their compounds. Pharmaceutical Technology, 16 de abril de 2026. <https://www.pharmaceutical-technology.com/newsletters/boehringer-zai-lab-dual-dll3-therapy/?cf-view>
7. Joseph, Andrew. Bristol Myers Squibb partners with China's Hengrui Pharma on a dozen drugs. The deal, worth up to \$15.2 billion, is the latest case of a large pharma company looking to China to expand its pipeline. Statnews, 12 de mayo de 2026. <https://www.statnews.com/2026/05/12/bristol-myers-squibb-hengrui-china-licensing-deal/>
8. Barrie, Robert. Cellular Intelligence licenses Novo's shelved Parkinson's cell therapy program. Novo Nordisk shuttered its cell therapy unit in October 2025, with assets now moving to new hands. Pharmaceutical Technology, 11 de mayo de 2026. <https://www.pharmaceutical-technology.com/newsletters/cellular-intelligence-licenses-novos-shelved-parkinsons-cell-therapy-programme/?cf-view>
9. Trang, Brittany. Edison Scientific AI scientist company Edison Scientific tapped by team behind Metsera to create new biotechs. Population Health Partners says Edison's AI agents can help scale up the process of creating new biotechs. Statnews, 29 de junio de 2026. <https://www.statnews.com/2026/06/29/edison-scientific-population-health-partners-deal-to-create-new-biotechs/>
10. Chau, Jason. Sino Biopharm strikes drug licensing deal with AstraZeneca, deepens GSK partnership. The tie-ups come amid a wave of licensing agreements between global biopharmaceutical companies and Chinese drugmakers. WSJ, actualizado el 8 de julio de 2026. <https://www.wsj.com/health/pharma/astrazeneca-sino-biopharm-sign-up-to-1-9-billion-respiratory-drug-licensing-deal-1c7d7a08>
11. Masson, Gabrielle. Jazz strikes new chord with AbCellera in T cell engager pact that could top \$2.4B. Biospace, 17 de junio de 2026. <https://www.biospace.com/deals/jazz-strikes-new-chord-with-abcellera-in-t-cell-engager-pact-that-could-top-2-4b>
12. Manalac, Tristan. Lilly deepens relationship with China's Abbisko for \$1.9B biobucks. Biospace, 24 de junio de 2026. <https://www.biospace.com/deals/lilly-deepens-relationship-with-chinas-abbisko-for-1-9b-biobucks>
13. Reuters. AlzeCure signs collaboration, out-licensing deal with Lilly for Alzheimer's drug. Reuters, 9 de junio de 2026. <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/alzecure-signs-collaboration-out-licensing-deal-with-lilly-alzheimers-drug-2026-06-09/>
14. Allen, Annabel Kartal. Eli Lilly continues genetic medicine push with \$1.9bn Ascidian partnership. Lilly's deal with Ascidian is one of several that the pharma giant has cut within the realm of genetic medicines. Pharmaceutical Technology, 4 de junio de 2026. <https://www.pharmaceutical-technology.com/newsletters/eli-lilly-ascidian-1-9bn-genetic-medicine-partnership/?cf-view>
15. Waldron, James. Lilly locks in 5-program R&D pact with China's Haisco worth up to \$3B, but targets unclear. Fierce Biotech, 1 de junio de 2026. <https://www.fiercebiotech.com/biotech/lilly-locks-vague-5-program-rd-pact-chinas-haisco-worth-3b>
16. Mast, Jason. Eli Lilly enlists AI startup for next-generation gene editors. Flush with obesity profits, Lilly is making a big push into a hot topic. Statnews, 28 de abril de 2026. <https://www.statnews.com/2026/04/28/eli-lilly-crispr-gene-editing-deal-profluent-ai/>
17. Kartal, Annabel Allen. Eli Lilly bets on recombinases in \$2.25bn Profluent R&D pact. The pair will harness AI to discover and develop recombinases for precise, large-scale gene editing. Pharmaceutical Technology, 29 de abril de 2026. <https://www.pharmaceutical-technology.com/newsletters/eli-lilly-profluent-recombinase-development-partnership/?cf-view>
18. Allen, Annabel Kartal. GSK spends \$1bn on rights to SiranBio's metabolic oligonucleotide. This deal strengthens GSK's focus on addressing the complications of obesity, while restocking the company's pipeline amid key patent expiries. Pharmaceutical Technology, May 07 2026 <https://www.pharmaceutical-technology.com/newsletters/gsk-siranbio-1bn-licensing-deal-sa030-metabolic-disease/?cf-view>
19. Debbarma, Salong. GSK and SBP Group team up to advance bepirovirsen launch in China. CTTQ will manage importation, distribution, hospital access, and all promotional and non-promotional activities for bepirovirsen. Pharmaceutical Technology, 12 de mayo de 2026. <https://www.pharmaceutical-technology.com/newsletters/gsk-sbp-to-advance-bepirovirsen-launch-china/?cf-view>
20. Incyte and Genesis Expand Molecular AI Collaboration to Accelerate Drug Discovery. Incyte, May 20, 2026 <https://investor.incyte.com/news-releases/news-release-details/incyte-and-genesis-expand-molecular-ai-collaboration-accelerate>
21. Wainer, David. J&J Mastered Cancer Biotech Deals on the Cheap. Can It Stay on the Cutting Edge? Partnership strategy has produced great pharma bargains—and left the company exposed. WSJ, 28 de mayo de 2026. <https://www.wsj.com/health/pharma/j-j-mastered-cancer-biotech-deals-on-the-cheap-can-it-stay-on-the-cutting-edge-bc1bab56>
22. Masson, Gabrielle. Novartis, Antares stars align in cancer deal that could top \$1.9B. Biospace, 24 de junio de 2026. <https://www.biospace.com/deals/novartis-antares-stars-align-in-cancer-deal-that-could-top-1-9b>
23. Strategic Collaboration with Novartis to discover and develop molecular glue medicines. Orion Biosciences, 10 de junio de 2026. <https://orionisbio.com/2026/06/novartis-collaboration-2026/>
24. Allen, Annabel Kartal. Novo Nordisk and OpenAI forge alliance to drive speedy drug development. This deal comes as the total value of AI partnerships takes a 120% uptick year-on-year between 2024 and 2025, as per GlobalData. Pharmaceutical Technology, 14 de abril de 2026. <https://www.pharmaceutical-technology.com/newsletters/novo-nordisk-openai-drug-development-partnership/?cf-view&cf-closed>
25. Masson, Gabrielle. Nuvectis, Haisco ink up to \$1.4B deal for two late-stage programs. BioSpace, 22 de junio de 2026. <https://www.biospace.com/deals/nuvectis-haisco-ink-up-to-1-4b-deal-for-two-late-stage-programs>
26. Pfizer pagará más de 10.000 millones de dólares para desarrollar 12 proyectos oncológicos con la china Innovent. El acuerdo abarca una cartera de 12 programas, que comprende ocho programas en fase inicial originados por Innovent y cuatro programas de descubrimiento propuestos por Pfizer. Diario Médico, 1 de junio de 2026. <https://www.diariomedico.com/medicina/empresas/pfizer-pagara-mas-10000-millones-dolares-desarrollar-12-proyectos-oncologicos-china-innovent.html>

27. Pfizer, Innovent in \$10-bn oncology drug pact. DCAT Value Chain Insights, 4 de junio de 2026. <https://www.dcatvci.org/top-industry-news/pfizer-innovent-in-10-bn-oncology-drug-pact/>
28. Barrie, Robert. QuantumCell commits \$2.2bn on AlzeCure's Alzheimer's platform. The lead product on AlzeCure's platform has already demonstrated positive phase I results. Pharmaceutical Technology, 1 de julio de 2026. <https://www.pharmaceutical-technology.com/newsletters/quantumcell-commits-2-2bn-on-alzecure-alzheimers-platform/?cf-view>
29. Debbarma, Salong. Regeneron and CytomX extend cancer therapy partnership to \$4bn deal. The partnership brings together CytomX's biologic masking technology and Regeneron's expertise in bispecific antibodies. Pharmaceutical Technology, 4 de junio de 2026. <https://www.pharmaceutical-technology.com/newsletters/regeneron-cytomx-cancer-therapy-partnership/?cf-view>
30. Debbarma, Salong. Regeneron signs \$2.32bn deal with Parabilis for Helicon conjugates. Parabilis is set to receive \$125m, including a \$50m upfront payment and a \$75m investment, subject to agreed conditions. Pharmaceutical Technology, 19 de mayo de 2026. <https://www.pharmaceutical-technology.com/newsletters/regeneron-parabilis-deal-helicon-conjugates/?cf-view>
31. Roche announces global collaboration with Nurix Therapeutics to co-develop and co-commercialise potential best-in-class BTK degrader bexobrutideg across malignant haematology, immunology and neurology. Roche, June 07, 2026 <https://www.roche.com/media/releases/med-cor-2026-06-08>
32. Debbarma, Salong. SK bioscience and VECOL partner on Colombia vaccine manufacturing initiative. Under the agreement, VECOL will act as the primary implementing partner while SK bioscience contributes technology transfer and manufacturing support. Pharmaceutical Technology, 27 de mayo de 2026. <https://www.pharmaceutical-technology.com/newsletters/sk-bioscience-vecol-colombia-vaccine-manufacturing/?cf-view>
33. Chau, Jason. Takeda, Insilico strike AI drug-discovery deal worth up to \$600 million. Takeda will be granted exclusive worldwide rights to develop, manufacture and commercialize the new drugs. WSJ, 2 de julio de 2026. <https://www.wsj.com/tech/biotech/takeda-insilico-strike-ai-drug-discovery-deal-worth-up-to-600-million-e0891dfd>
34. Venna, Srivani. Telix and Regeneron sign \$4.3bn deal to co-develop radiopharmaceutical therapies. The partnership reflects a focus on precision oncology, seeking to enhance patient selection and assess treatment responses. Pharmaceutical Technology, 13 de abril de 2026. <https://www.pharmaceutical-technology.com/newsletters/telix-regeneron-radiopharmaceutical-therapies/?cf-view>

Fusiones y Compras de Empresas

Salud y Fármacos

Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios 2026; 29 (3)

Contract Pharma da seguimiento a todas las fusiones y adquisiciones de empresas desde 2024, y las publica en este enlace [1]. <https://www.contractpharma.com/exclusives/2024-pharmaceutical-industry-mergers-acquisitions-roundup/>

Para ver el número de fusiones y adquisiciones por año desde 2013, puede ir al siguiente enlace (requiere suscripción) <https://www.wsj.com/health/pharma/big-pharma-is-thinking-small-on-deals-thats-a-boon-for-biotech-43577087> [3].

Para ver gráficos y detalles sobre las fusiones y adquisiciones durante el primer trimestre de 2026, así como las empresas que estuvieron involucradas y el número de acuerdos por empresa puede ir a [7, 8, 9] <https://www.reuters.com/legal/transactional/big-pharma-ma-set-mega-year-patent-expiries-drive-deal-urgency-2026-05-01/>; <https://www.statnews.com/2026/06/22/pharma-biotech-ma-boom-2026-deals-total-123-billion/> (requiere suscripción); <https://www.biospace.com/business/biopharma-strikes-50-m-as-deals-in-h1-led-by-lillys-25b-spend>

Globalfarma ha publicado un artículo en el que afirma que en el 2025 se anunciaron 144 operaciones de fusiones y adquisiciones, con un pico de actividad en el cuarto trimestre. Entre los mayores acuerdos destaca la operación entre Kimberly-Clark y Kenvue, valorada en €44.8000 millones, seguida por la adquisición de Intra-Cellular Therapies por parte de Johnson & Johnson por €13.400 millones, y un acuerdo liderado por Novartis con un valor de €11.000 millones [2].

Según en WSJ [3], el sector farmacéutico necesita seguir comprando. De los aproximadamente US\$700.000 millones en ingresos anuales que generan las 14 mayores compañías farmacéuticas del mundo, casi la mitad proviene de productos cuyas patentes habrán expirado para 2031. Además, la industria

cuenta con más de US\$650.000 millones para financiar fusiones y adquisiciones. Lo que ha cambiado, es que no están dispuestas a pagar grandes sobreprecios, como habían hecho anteriormente.

El sector está haciendo compras tipo *bolt-on* (adquisiciones complementarias): es decir acuerdos de tamaño mediano, generalmente valorados en unos pocos miles de millones de dólares [3]. Según Goldman Sachs, la mediana del precio pagado en transacciones recientes ha descendido hasta situarse en unas siete veces los ingresos esperados de la empresa objetivo para el año posterior al anuncio del acuerdo. Esta cifra es muy inferior al múltiplo de 11 veces que fue habitual entre 2007 y 2023 [3].

Las grandes compras de 2019, como la adquisición de Allergan por parte de AbbVie por US\$63.000 millones y la compra de Celgene por parte de Bristol-Myers Squibb por US\$74.000 millones; o más recientemente, cuando en 2023 Pfizer pagó US\$43.000 millones por Seagen, suelen estar motivadas por empresas que intentan cubrir los enormes vacíos que dejan las patentes próximas a expirar. Sin embargo, los resultados han sido desiguales [3]. Tanto Bristol Myers como Pfizer han tenido un desempeño inferior al conjunto del sector farmacéutico y siguen enfrentando presiones por sus ingresos [3].

Aunque las grandes operaciones siguen sobre la mesa, las farmacéuticas han dejado clara su preferencia por diversificar sus apuestas, y apuestan por operaciones más pequeñas. Las operaciones de Merck ilustran esta dinámica. Keytruda, su exitosa inmunoterapia contra el cáncer, generó casi US\$32.000 millones, cerca de la mitad de las ventas totales de la compañía. Sin embargo, las patentes clave de Keytruda vencen en 2028 y, aunque Merck está abierta a adquirir grandes empresas, mantiene una postura disciplinada. Por ejemplo, dio marcha atrás en la compra de Revolution Medicines por US\$30.000 millones, y tampoco compró Seagen; optó por una serie de adquisiciones

estratégicas complementarias (*bolt-on*) e invirtió US\$10.000 millones en Verona Pharma (que se centra en tratamientos para enfermedades pulmonares), US\$9.200 millones en Cidara Therapeutics (desarrolla antivirales) y cerca de US\$6.000 millones en Terns Pharmaceuticals (desarrolladora de fármacos contra la leucemia) [3].

De hecho, hasta el 7 de abril se habían anunciado 19 operaciones valoradas en US\$1.000 millones o más, pero ninguna superaba los US\$10.000 millones. Cabe destacar que seis de esas 19 operaciones eran de solo dos empresas —Gilead Sciences y Eli Lilly— y abarcaron áreas como el cáncer, las enfermedades autoinmunes y los trastornos del sueño [3]. Ninguna de estas empresas está expuesta al vencimiento de patentes a corto plazo, lo que les permite adoptar una perspectiva a más largo plazo y realizar apuestas más modestas [3].

PricewaterhouseCoopers (PwC), en su informe de mitad de año señala que el valor de las operaciones en el sector farmacéutico y de ciencias de la vida de EE UU superó los US\$65.000 millones en el primer trimestre de 2026 [4]. Según esta empresa, el principal motor de este auge es el inminente "precipicio de patentes" (*patent cliff*): la proporción de ventas mundiales de medicamentos protegidos por patente será de apenas un 4% en 2030, frente al 12% registrado en 2022. Los analistas de Bernstein señalaron que los futuros ingresos globales sujetos a la expiración de patentes en los próximos siete años son aproximadamente 2,5 veces mayores que los registrados en los últimos 16 años [5]. Esto obliga a las farmacéuticas a acelerar sus actividades internas de I+D o a buscar fuera nuevas incorporaciones para sus carteras de productos [4].

El artículo destaca la estrategia de fusiones y adquisiciones de Eli Lilly. En total, la compañía ha adquirido 10 empresas en lo que va de año. La operación más costosa fue la compra de la biotecnológica Centessa, especializada en medicamentos para trastornos del sueño, por US\$7.800 millones a principios de enero. Según Roel van den Akker, líder principal de operaciones de fusiones y adquisiciones en el sector farmacéutico y de ciencias de la vida de PwC en EE UU: «La combinación de presiones derivadas del vencimiento de patentes, la demanda de innovación diferenciada y una buena disponibilidad de capital está creando un entorno favorable para las transacciones... Paralelamente, el ritmo de los avances científicos sigue acelerándose en áreas como la oncología, la inmunología y las terapias de nueva generación, lo que aumenta la necesidad de que las empresas accedan a innovaciones disruptivas mediante adquisiciones, acuerdos de licencia y asociaciones estratégicas» [4].

Globalfarma resalta que durante el primer trimestre del año se registraron 41 operaciones, un 32% más que en el cuarto trimestre de 2025, y su valor total alcanzó los €50.490 millones, lo que supone un incremento del 19% respecto al año previo [6]. El valor medio por operación, de €1.233 millones, un 10% menos que el trimestre anterior. Si se excluyen las 13 operaciones sin valor declarado, el promedio real asciende a €1.803 millones por acuerdo. Entre las operaciones que destaca, además de la de Lilly, menciona la compra de Arcellx por Gilead Sciences, con una oferta de €106 euros por acción más un derecho contingente adicional, a través de la cual Gilead fortalecerá su filial Kite Pharma y accederá plenamente a una

prometedora plataforma CAR-T de nueva generación [4]. Así como la oferta de €6.164 millones que pagará MSD por Terns Pharmaceuticals para reforzar su cartera oncológica liderada por Keytruda; el interés de Biogen en adquirir Apellis Pharmaceuticals por €5.152 millones, en una apuesta por diversificar hacia enfermedades renales y raras; y Servier ofrece €2.300 millones por Day One Pharmaceuticals que incorpora el fármaco pediátrico Ojemda (*tovorafenib*) contra glioma [6].

Según PwC, los datos del segundo trimestre demuestran que el impulso de las fusiones y adquisiciones no muestra signos de desaceleración. Las dos mayores operaciones del sector farmacéutico se produjeron en este último periodo: la adquisición de Organon por parte de Sun Pharma por US\$11.750 millones en abril, y la compra de Nuvalent, especializada en oncología, por parte de GSK por US\$10.600 millones en junio [4].

Statnews informa que, en el primer semestre, se han adquirido 33 biotecnológicas por un valor de más de US\$1.000 millones [8]. Esto incluye nueve acuerdos por parte de Eli Lilly; tres para GSK y otros tres para Gilead Sciences. Lilly, comprometió más de US\$25.000 millones durante el primer semestre, mientras que Gilead destinó US\$14.800 millones y GSK ofreció US\$13.500 millones [9].

Sun Pharma protagonizó la mayor operación del semestre con la compra de Organon por US\$12.600 millones. AbbVie cerró el segundo mayor acuerdo mediante la adquisición, por US\$10.700 millones, de la biotecnológica Apogee Therapeutics, centrada en tratamientos contra la inflamación [9].

De cara al futuro, el equipo de PwC señala que la urgencia por fortalecer las carteras de productos en desarrollo seguirá siendo un factor determinante [4]. La oncología sigue siendo un foco prioritario de operaciones para las grandes farmacéuticas, con un fuerte interés en inmunología, neurología, enfermedades cardiovasculares y obesidad, ya que los fármacos exitosos en estas categorías pueden generar grandes volúmenes de ventas para compensar las inminentes pérdidas de patentes. Las empresas que utilizan inteligencia artificial y aprendizaje automático para acelerar el descubrimiento de fármacos y mejorar el desarrollo clínico también están emergiendo como objetivos preferentes [5].

Por otra parte, Tu y King [10] advierten que algunas fusiones farmacéuticas, presentadas como motores de innovación, se están utilizando para eliminar discretamente a la competencia. Al adquirir rivales más pequeños, las empresas dominantes logran frenar el desarrollo de medicamentos competidores, preservando así su dominio del mercado y manteniendo precios elevados. Tu y King destacan que los marcos actuales de defensa de la competencia, en particular, los umbrales de notificación (valor monetario de la compra) y el tratamiento de activos intangibles como las patentes, permiten que muchas de estas operaciones eludan el escrutinio antimonopolio. Esto se traduce en una menor competencia, un retraso en la innovación y un acceso reducido a tratamientos asequibles. Los autores sostienen que es fundamental reforzar la supervisión de las fusiones en el sector farmacéutico para garantizar que dichas operaciones fomenten la competencia, la innovación y el acceso de los pacientes a los tratamientos.

A continuación, resumimos las compras más destacadas de este último trimestre.

AbbVie compra Apogee Therapeutics [11, 12] y se interesa por Krestel Therapeutics [13]. La adquisición de Apogee Therapeutics incorpora una cartera diversa de activos centrados en elevar el estándar de atención para pacientes con enfermedades dermatológicas, respiratorias y otros problemas inflamatorios e inmunológicos relacionadas.

El activo principal de Apogee, *zumilokibart* (APG777), es un anticuerpo monoclonal de vida media prolongada dirigido contra la IL-13, que se encuentra en fase avanzada de desarrollo para pacientes con dermatitis atópica. La cartera de Apogee también incluye combinaciones de novedosos anticuerpos: el APG273, una combinación de acción prolongada que se dirige contra la IL-13 y la linfopoyetina estromal tímica (TSLP), se está desarrollando para el tratamiento del asma [11].

El enfoque de Apogee en las enfermedades inflamatorias encaja con la trayectoria de AbbVie en el desarrollo de fármacos para dichas afecciones, incluidos Humira y Skyrizi [12].

Los accionistas de Apogee recibirán US\$135,11 en efectivo por cada acción, por un valor total de aproximadamente US\$10.900 millones [1]. Este precio representa una prima del 50% [12].

AbbVie también se está posicionando para, en un futuro, adquirir Kestrel Therapeutics, si la empresa alcanza ciertos hitos relacionados con su inhibidor oral pan-KRAS. Krestel está haciendo un ensayo clínico de fase I con KST-6051, un inhibidor oral pan-KRAS para tumores sólidos. Este derecho exclusivo de adquisición valoraría la operación en hasta US\$1.450 millones [13].

Muchas grandes compañías farmacéuticas han estado explorando este ámbito; entre ellas destaca Amgen, que logró la aprobación del primer fármaco dirigido a KRAS, Lumakras, en 2021. AstraZeneca también ha buscado recientemente inhibidores de KRAS en China, cerrando un acuerdo con Jacobio de US\$2.000 millones en diciembre de 2025 [13].

Amneal Pharmaceuticals compra Kashiv Biosciences por US\$1.100 millones [14]. Esta adquisición otorgará a Amneal el control de cuatro instalaciones para la fabricación de biosimilares, asegurándose la capacidad necesaria de manufactura para respaldar su ambición de convertirse en un líder mundial en el sector de los biosimilares.

Amneal pagará US\$375 millones en efectivo, US\$375 millones en acciones, y hasta US\$350 millones sujetos al cumplimiento de hitos. Las plantas están ubicadas en Illinois, Nueva Jersey, y dos en India.

Se espera que la capacidad de producción de principio activo aumente de 26.000 litros en 2026 a 75.000 litros para 2028. Amneal prevé realizar inversiones de capital de entre US\$30 y 50 millones anuales para alcanzar la capacidad que desea.

Tras la adquisición de Kashiv, la cartera de productos de Amneal incluirá seis biosimilares que podrían llegar al mercado el próximo año. La compañía podría lanzar otros seis biosimilares, con un mercado potencial total de US\$42.000 millones entre 2028 y 2030. La empresa aspira a lanzar entre tres y cinco productos al año.

Angelini Pharma (Italia) compra Catalyst Pharmaceuticals [15, 16]. Catalyst está centrada en enfermedades raras, y Angelini se dispone a pagar por ella aproximadamente US\$4.100 millones en efectivo, lo que incluye una prima del 28% sobre su valor bursátil.

La adquisición de Catalyst, que comercializa tres medicamentos aprobados, permitirá que Angelini se establezca en el mercado estadounidense y fortalecerá su actividad en el ámbito de la neurología.

El medicamento de mayores ventas de Catalyst es Firdapse (*amifampridine*), que está aprobado para el tratamiento del síndrome miasténico de Lambert-Eaton (LEMS) en pacientes a partir de los 6 años.

Otro de los productos es Agamree (*vamorolone*), un corticosteroide para tratar la enfermedad de Duchenne en pacientes de dos años y mayores.

Sin embargo, las ventas de Fycompa (*perampanel*, otro producto de Catalyst indicado para tratar un tipo de epilepsia, han comenzado a descender debido a la competencia de los medicamentos genéricos.

Bayer (Alemania) compra Perfuse (EE UU) por US\$2.450 millones [17, 18, 19]. Esta es la mayor operación de Bayer desde que se hizo con AskBio por hasta US\$4.000 millones en 2020, y le permite acceder a PER-001, un producto oftalmológico en fase experimental para el tratamiento del glaucoma y la retinopatía diabética. Eylea (*aflibercept*) fue el producto más vendido de la división farmacéutica de Bayer el año pasado, pero ha perdido la protección de patente.

El único activo de Perfuse es PER-001, un implante intravítreo diseñado para administrar dosis sostenidas de un bloqueador de receptores de endotelina de molécula pequeña. La cascada de la endotelina interviene en la vasoconstricción, por lo que niveles excesivos de endotelina pueden privar a las células de nutrientes y provocar daños en los órganos, incluidos los ojos.

PER-001 se encuentra en una fase intermedia de desarrollo para el glaucoma de ángulo abierto y la retinopatía diabética; y Perfuse también lo está posicionando como una posible terapia para la degeneración macular asociada a la edad (forma seca) y la oclusión de la vena retiniana. Este programa se encuentra todavía en una fase de desarrollo muy inicial.

Bayer pagará US\$300 millones por adelantado, quedando el resto del precio sujeto al cumplimiento de objetivos de desarrollo, regulatorios y comerciales.

La adquisición de Monsanto por parte de Bayer en 2018, valorada en US\$63.000 millones, supuso una pesada carga de deuda y litigios para la empresa, por lo que el grupo se ha centrado en los últimos años en recortar costes y optimizar sus operaciones.

Tras la compra de AskBio en 2020, Bayer adquirió Vividion Therapeutics por hasta US\$2.000 millones y KaNDy Therapeutics por hasta US\$875 millones.

Puede ver las adquisiciones de Bayer durante los últimos años en este enlace <https://www.biospace.com/deals/bayer-ends-multi-year-m-a-drought-with-up-to-2-45b-perfuse-buy>

Biogen establece acuerdos con RayThera [20] y con TJ Biopharma (China) [21]. Biogen comprará la empresa biotecnológica privada RayThera por un importe de hasta US\$1.000 millones, lo que le permite incorporar tres terapias antiinflamatorias y ampliar su presencia en el ámbito de la inmunología.

Actualmente, Biogen basa su apuesta por la inmunología en tres activos en fases avanzadas de desarrollo: *dapirolizumab pegol* (anti-CD40L) para el lupus eritematoso sistémico (LES); *litifilimab* (anticuerpo dirigido contra BDCA2) para el LES y el lupus eritematoso cutáneo; y *felzartamab* (anticuerpo anti-CD38) para el rechazo mediado por anticuerpos, la nefropatía por IgA y la nefropatía membranosa primaria.

Biogen compró Apellis Pharmaceuticals en marzo —una operación valorada en US\$5.600 millones incorporando dos fármacos aprobados por la FDA: Syfovre, indicado para la atrofia secundaria a la degeneración macular asociada a la edad, y Empaveli, un medicamento autorizado para la glomerulopatía por C3 o la hemoglobinuria paroxística nocturna [20].

Biogen acordó pagar hasta US\$850 millones para adquirir los derechos exclusivos en la Gran China de un tratamiento experimental, *felzartamab*, para enfermedades inmunológicas, desarrollado por la empresa biotecnológica china TJ Biopharma; esto otorga a la farmacéutica estadounidense los derechos mundiales para desarrollar y comercializar dicho tratamiento [21].

Según el acuerdo, TJ Bio recibirá US\$100 millones por adelantado y podría obtener hasta US\$750 millones en pagos por hitos comerciales y de ventas, además de regalías sobre las ventas en la Gran China.

Felzartama se está estudiando en ensayos de fase avanzada para varias enfermedades de origen inmunológico, incluyendo la nefropatía por IgA y la nefropatía membranosa primaria.

Biogen adquirió el fármaco al comprar Human Immunology Biosciences (HI-Bio) en 2024, una operación valorada en hasta US\$1.800 millones. HI-Bio había obtenido la licencia de los derechos mundiales para desarrollar y comercializar *felzartamab*, a excepción de la Gran China, de manos de MorphoSys, una unidad de Novartis. Biogen declaró que también asumiría las obligaciones de pago por hitos y regalías vinculadas al acuerdo con MorphoSys.

Felzartama está siendo evaluado por el organismo regulador de salud de China para el tratamiento del mieloma múltiple, un tipo de cáncer hematológico.

BioMarin adquiere Amicus Therapeutics [22], pagando US\$14,50 dólares por acción en una operación totalmente en efectivo, con un valor total de casi US\$4.800 millones.

Con esta adquisición, BioMarin incorpora dos nuevos tratamientos para enfermedades de depósito lisosómico: Galafold (*migalastat*) para la enfermedad de Fabry y Pombiliti (*cipaglucosidasa alfa-atga*) + Opfolda (*miglustat*) para la enfermedad de Pompe.

La compañía también obtiene los derechos en EE UU para DMX-200, una molécula pequeña de administración oral, que se está probando en ensayos de fase III para el tratamiento de la glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GEFS).

Galafold cuenta con autorización en más de 40 países, incluidos Japón, el Reino Unido, EE UU y la Unión Europea.

Chiesi (Italia) absorbe a KalVista Pharmaceuticals (EE UU) [23]. A través de esta compra por US\$1.900 millones (que incluye una prima del 36%), Chiesi incorpora a Ekterly (*sebetralstat*), el tratamiento para el angioedema hereditario (a partir de los 12 años). Esta afección genética provoca crisis de inflamación que pueden durar días y resultar extremadamente dolorosas, llegando incluso a poner en peligro la vida del paciente. Este producto está aprobado en EE UU, Europa y el Reino Unido.

Si bien los pacientes con angioedema hereditario pueden recibir Dawnzera (de Ionis) o Andembry (de CSL), ambos fármacos profilácticos inyectables que se administran de forma regular para prevenir las crisis, Ekterly es el único de los tres que puede tomarse bajo demanda para frenar los ataques en cuanto surgen.

Se trata de la adquisición más importante de Chiesi hasta la fecha en términos de valor. En 2023, la compañía acordó la compra de Amryt Pharma, centrada en enfermedades raras, y del gel tópico Filsuvez (ya aprobado) por un pago inicial de hasta US\$1.250 millones.

Corden Pharma (Suiza) anuncia que va a adquirir AmbioPharm (EE UU y Shanghai) [24]. Esta compra ampliará la capacidad de Corden Pharma para desarrollar y fabricar péptidos complejos.

CordenPharma, fabrica péptidos para empresas como Viking Therapeutics, que recurrió a este proveedor de servicios el año pasado para asegurar capacidad de producción para su candidato VK2735 (un agonista del receptor GLP-1). Viking aspira a competir con Eli Lilly y Novo Nordisk, quienes han demostrado el potencial de los péptidos y han impulsado el interés por esta modalidad terapéutica con productos como Wegovy y Zepbound.

El establecimiento de capacidades complementarias permitirá a CordenPharma suministrar API peptídicos fabricados

íntegramente en EE UU para proyectos comerciales de péptidos a gran escala.

Los detalles financieros de la operación no se han hecho públicos.

Las compras de Eli Lilly [25-30]. A finales de abril, Eli Lilly ya había comprado seis empresas por US\$21.000 millones [25]. Además, ha llegado a múltiples acuerdos de investigación y desarrollo. Para ver un listado de todas las compras y acuerdos de Lilly durante el 2026, puede ir a este enlace <https://www.biospace.com/business/lilly-cant-stop-the-dealing-with-nearly-21b-spent-on-m-a-this-year-so-far> [25].

En lo que va de año, la empresa ya ha igualado su récord de la última década en cuanto al número de acuerdos. En 2023, Eli Lilly alcanzó seis acuerdos de compra: Mablink Biosciences, POINT Biopharma, Versanis Bio, Emergence Therapeutics, Sigilon Therapeutics y DICE Therapeutics por un importe total de US\$6.100 millones.

A finales de 2025, Lilly registraba unos ingresos superiores a los US\$65.000 millones, un aumento del 45% respecto al año anterior. Además, cuenta con US\$7.300 millones en efectivo disponible. Con tal capacidad financiera, sin duda surgirán más iniciativas.

Lilly quiere incorporar desarrolladores de terapias para enfermedades inflamatorias intestinales, trastornos oculares y edición genética para reducir su dependencia de su línea de productos para la obesidad.

Cuando Lilly adquirió en marzo **Centessa Pharmaceuticals**, centrada en trastornos del sueño, por US\$6.300 millones fue su segunda mayor operación en una década, solo por detrás de la compra de Loxo Oncology, compañía que sigue dejando huella en la farmacéutica siete años después de su integración [25].

El 14 de abril, Lilly adquirió **CrossBridge Bio** por US\$300 millones en efectivo (un pago inicial y pagos por hitos). Este acuerdo fortalece la cartera oncológica de Lilly al incorporar una tecnología que permite desarrollar conjugados anticuerpo-fármaco (ADC) con doble carga útil [26].

La adquisición incluye el candidato principal CBB-120, un conjugado anticuerpo-fármaco (ADC) de doble carga útil desarrollado para tratar el cáncer. Su objetivo es mejorar el índice terapéutico y generar respuestas más duraderas en pacientes con cáncer que las que ofrecen los ADC actuales dirigidos a TROP2 en pacientes con cáncer, al tiempo que aborda los mecanismos de resistencia a los fármacos [26].

El 29 de abril, Eli anunció la compra de **Kelonia** [27]. Kelonia se especializa en terapias CAR-T *in vivo* contra el cáncer. El acuerdo incluye un pago inicial de US\$3.250 millones y pagos por hitos, y el costo total puede llegar a US\$7.000 millones. Uno de sus principales candidatos, el KLN-1010, se encuentra en una fase inicial de estudio para el mieloma múltiple [27].

Sin embargo, el verdadero activo es la tecnología de administración e integración génica *in vivo* de Kelonia,

denominada iGPS. La plataforma utiliza partículas de origen lentiviral para administrar células T; a partir de ese momento, el organismo del paciente toma el relevo y genera sus propias terapias CAR-T. El objetivo es eliminar la necesidad de complejos procesos de fabricación y de quimioterapia previa al tratamiento [28].

No obstante, el éxito de las terapias CAR-T *in vivo* no está garantizado, y Lilly se enfrentará a competidores de peso como Gilead Sciences, AbbVie y Bristol Myers Squibb [28].

El acuerdo amplía la presencia de Lilly en el ámbito de los medicamentos genéticos y supone la segunda incursión de la farmacéutica en el sector de las terapias CAR-T, tras la adquisición de **Orna Therapeutics** por US\$2.400 millones en febrero. Este acuerdo aportó a Lilly un programa de terapia CAR-T *in vivo* contra el CD19 para neoplasias de células B y enfermedades autoinmunes [28].

Lilly ha cerrado otro acuerdo valorado en hasta US\$2.300 millones (en un pago inicial y por hitos) con **Ajax Therapeutics**, especializada en el desarrollo de inhibidores de JAK de nueva generación para pacientes con neoplasias mieloproliferativas (MPN). El principal activo de Ajax, AJ1-11095, es un inhibidor de JAK2 de tipo II, primero en su clase, y de administración oral una vez al día, que actualmente se encuentra en estudio en el ensayo clínico de fase 1 en pacientes con mielofibrosis previamente tratados con un inhibidor de JAK2 de tipo I [29].

Lilly considera que AJ1-11095 puede ofrecer una eficacia más profunda y duradera que los tratamientos disponibles, con un perfil de tolerabilidad que permitiría a los pacientes permanecer más tiempo en tratamiento y se podría utilizar tanto en primera como en segunda línea [29].

Se espera que estas operaciones impulsen la cartera oncológica de Lilly, que incluye Jaypirca (para cáncer hematológico), Verzenio (para cáncer de mama) y otros candidatos en fase de desarrollo [27].

Lilly compra tres productores de vacunas: **Curevo**, **LimmaTech** y **Vaccine Co** por casi US\$4.000 millones y se adentra en la investigación de enfermedades infecciosas [30]. Lilly no detalló los pagos iniciales de ninguna de estas operaciones. Sin embargo, las adquisiciones de Vaccine Co. y Curevo podrían alcanzar un valor de hasta US\$1.550 millones y US\$1.500 millones, respectivamente, mientras que la compra de LimmaTech podría sumar US\$780 millones, si se cumplen determinados hitos [30].

Hace décadas, Lilly desempeñó un papel clave en la distribución de la vacuna contra la poliomielitis y, más recientemente, colaboró con AbCellera en el desarrollo de tratamientos con anticuerpos para la covid-19.

La empresa ya cuenta con un líder reconocido en el sector, tras haber contratado el año pasado a Peter Marks, exjefe de vacunas de la FDA, como responsable de enfermedades infecciosas.

El activo principal de Curevo es una vacuna experimental contra el herpes zóster que utiliza un "adyuvante sintético de nueva generación", el cual podría ayudar a resolver los problemas de

tolerabilidad asociados a las vacunas existentes contra esta enfermedad.

LimmaTech ha estado trabajando en vacunas contra infecciones bacterianas, un problema creciente de salud global debido al aumento de la resistencia a los antimicrobianos. Su programa principal se encuentra en fase 1 de desarrollo y se dirige a la bacteria *Staphylococcus aureus*, una de las principales causas de infecciones quirúrgicas.

Por su parte, Vaccine Co. cuenta con un candidato en fase preclínica para el virus de Epstein-Barr, un patógeno vinculado a la esclerosis múltiple y a diversos tipos de cáncer.

Gilead Sciences y Lakefront Biotherapeutics compran Ouro Medicines [31]. Gilead Sciences Inc. y Lakefront Biotherapeutics NV han completado la adquisición de Ouro Medicines. La adquisición incorpora a la cartera de productos de Gilead para enfermedades inflamatorias *gamgertamig* (OM336), un agente biespecífico BCMAXCD3 activador de células T en fase clínica, y servirá de base para la cartera de desarrollo clínico de Lakefront.

Gamgertamig podría ser útil para tratar patologías huérfanas mediadas por anticuerpos, incluyendo la anemia hemolítica autoinmune (AHAI) y la trombocitopenia inmunitaria (PTI).

Gilead adquirió la totalidad del capital social en circulación de Ouro Medicines por US\$1.675 millones, y hasta US\$500 millones adicionales en pagos contingentes por hitos. Lakefront y Gilead se repartirán a partes iguales el pago inicial y los pagos contingentes por hitos de hasta US\$500 millones.

Lakefront se encargará de los estudios clínicos de fase 1/2 (en curso y futuros) de *gamgertamig*, mientras que Gilead liderará los estudios para el registro y los de fases posteriores.

Gilead conservará los derechos exclusivos de comercialización a escala mundial (incluyendo todos los costes asociados), excepto en los territorios correspondientes a Keymed. Lakefront percibirá de Gilead regalías escalonadas de entre el 20% y el 23% sobre las ventas netas de *gamgertamig*.

Lakefront también ha obtenido bajo licencia una cartera preclínica de tres programas adicionales centrados en enfermedades autoinmunes, procedentes originalmente de Ouro, con una opción para Gilead de participar en un reparto de beneficios al 5% tras la obtención de la prueba de concepto clínica, por un importe de US\$75 millones por programa.

Gilead compra Tubulis (Alemania) [32]. El objetivo de la compra es ampliar su cartera de productos oncológicos. El acuerdo contempla un pago inicial de US\$3.150 millones y hasta US\$1.850 millones sujetos a determinados hitos. Tubulis desarrolla conjugados anticuerpo-fármaco (ADC).

Hace unos meses Gilead compró Arcellx por US\$7.800 millones, para seguir trabajando en una terapia CAR-T para el mieloma múltiple; y en marzo anunció la compra de Ouro Therapeutics,

centrada en fármacos para enfermedades autoinmunes, por un importe de hasta US\$2.180 millones.

El principal fármaco candidato de Tubulis, denominado TUB-040, se encuentra actualmente en un ensayo clínico de fase 1/2 para el tratamiento del cáncer de ovario y del cáncer de pulmón de células no pequeñas.

Los ADC están diseñados para administrar potentes fármacos quimioterápicos destructores de células cancerosas directamente en la zona del tumor, permitiendo un ataque de precisión y evitando los efectos secundarios sistémicos asociados a la quimioterapia convencional (aunque se ha demostrado que los ADC también conllevan sus propios riesgos de toxicidad).

GSK adquiere Siran Biotechnology (China) [33] y Nuvalent [34]. Al incorporar a Siran Biotechnology, GSK obtendrá acceso a SA030, un oligonucleótido de ARNip de acción prolongada que actúa sobre el receptor ALK7 y es capaz de inducir pérdida de peso preservando la masa magra, además de abordar otras comorbilidades asociadas al peso.

La operación tiene un costo de US\$1.000 millones, incluyendo el pago inicial y los pagos por hitos de desarrollo, regulatorios y comerciales, así como regalías escalonadas sobre las ventas globales fuera de la región de la Gran China.

SiranBio se encargará de llevar a cabo la fase 1 de desarrollo que está en curso, tras lo cual GSK asumirá el control.

Según SiranBio, al actuar sobre el receptor ALK7, el SA030 podría reducir la grasa abdominal preservando al mismo tiempo la masa magra, lo que a su vez mejoraría la sensibilidad a la insulina y los niveles de lípidos en sangre. El SA030 también podría mitigar la inflamación asociada a las células adiposas.

La adquisición de SiranBio ayuda a GSK a fortalecer su cartera en el ámbito de la obesidad, al igual que la incorporación del *efimosfermin alfa* de Boston Pharmaceuticals, un producto experimental para el tratamiento de la esteatohepatitis asociada a disfunción metabólica (MASH).

GSK también ha llegado a acuerdos con la surcoreana Alteogen, para tener acceso a la plataforma de la empresa biotecnológica para facilitar la administración subcutánea de Jemperli, un bloqueador de PD-1.

En diciembre, GSK se asoció con CAMP4 Therapeutics, otra compañía dedicada al desarrollo de terapias basadas en ARN, para impulsar diversos candidatos a tratar enfermedades neurodegenerativas y renales.

GSK también ha alcanzado un acuerdo para adquirir por US\$10.600 millones (€9.192 millones) la biofarmacéutica estadounidense Nuvalent, centrada en el desarrollo de terapias oncológicas de alta precisión. El precio de compra incluye una prima de 26-40%.

Nuvalent cuenta con dos moléculas, *zidesamtinib* y *neladalkib*, que están siendo evaluadas por la FDA para tratar el cáncer de pulmón de células no pequeñas.

El acuerdo proporcionará a GSK, que se ha centrado en cánceres ginecológicos y en el mieloma múltiple, una cartera más amplia para el tratamiento del cáncer de pulmón. También incluye un fármaco experimental que se encuentra en estudios de fase 1 para otra variante del cáncer de pulmón de células no pequeñas.

GSK cuenta con su propio conjugado anticuerpo-fármaco, conocido como ris-rez, que está probando para el cáncer de pulmón.

Incyte compra Vega Therapeutics, filial de Star Therapeutics [35]. Con esta adquisición Incyte incorpora a VGA039, un novedoso anticuerpo monoclonal en investigación dirigido contra la proteína S, actualmente en fase 3 de desarrollo para la enfermedad de von Willebrand (EVW).

Star Therapeutics recibirá un pago inicial de US\$1.250 millones, y hasta US\$750 millones adicionales sujetos al cumplimiento de hitos de ventas.

VGA039 modula la proteína S para mejorar la hemostasia. Podría convertirse en la primera terapia profiláctica subcutánea con una pauta de dosificación cómoda para pacientes con EVW, que actualmente requieren infusiones intravenosas frecuentes.

En EE UU, hay aproximadamente 135 000 personas diagnosticadas con enfermedad de Von Willebrand. La enfermedad se caracteriza por hemorragias excesivas que pueden variar en gravedad y frecuencia, y que pueden afectar significativamente la calidad de vida. Las opciones actuales de tratamiento profiláctico incluyen terapias de sustitución de factores que a menudo requieren de 2 a 3 infusiones intravenosas semanales.

Ipsen adquiere a Memo Therapeutics AG [36]. La adquisición se centra en el programa en fase clínica *potravitug*, un anticuerpo monoclonal pionero en su clase que actúa contra el poliomavirus BK. Con esta operación Ipsen amplía su cartera de tratamientos para enfermedades raras, al incluir una infección pos-trasplante que carece de tratamientos específicos aprobados.

La nefropatía asociada al poliomavirus BK (BKPyVAN) es una complicación clínica grave y frecuente en pacientes trasplantados de riñón que puede provocar la pérdida del injerto y el fracaso del trasplante.

Potravitug es un anticuerpo monoclonal dirigido contra la proteína de la cápside VP1 del virus BK. Actúa bloqueando la unión viral y la entrada en la célula, impidiendo así la infección de las células huésped y la posterior replicación viral. Los resultados de un ensayo clínico de Fase 2 con 95 pacientes son prometedores.

Johnson & Johnson compra Firefly Bio por US\$1.000 millones [37]. Esta compra incorpora a los inhibidores de la KRAS en la cartera de Johnson & Johnson/

Revolution Medicines demostró que un fármaco dirigido a KRAS podía casi duplicar la supervivencia de los pacientes con

cáncer de páncreas metastásico, uno de los tumores más difíciles de tratar. KRAS ha sido durante mucho tiempo un objetivo para los desarrolladores de fármacos, ya que las formas mutantes del gen y de la proteína se encuentran en cerca del 30% de todos los tumores. Sin embargo, antes de Revolution Medicines, las empresas habían tenido dificultades para encontrar moléculas capaces de adherirse a la proteína y desactivarla.

Para desactivar KRAS, Revolution Medicines utilizó lo que se conoce como "pegamento molecular", diseñado para unirse a otra proteína de la célula que, a su vez, cubre y bloquea la proteína KRAS causante del cáncer. Firefly Bio ha afirmado contar con una plataforma alternativa para atacar proteínas difíciles de abordar farmacológicamente.

Firefly utiliza compuestos, denominados conjugados degradador-anticuerpo (o DAC), que son similares a los conjugados anticuerpo-fármaco, a veces llamados "bombas inteligentes", que han logrado prolongar la supervivencia en pacientes con cáncer de mama y otras neoplasias malignas.

Otras empresas, como C4 Therapeutics, Nurix Therapeutics, Orum Therapeutics y Bristol Myers Squibb, trabajan en iniciativas similares.

LeoPharma compra Replay [38]. Replay es una empresa de terapia génica que desarrolla tratamientos para enfermedades dermatológicas genéticas raras. El objetivo de la adquisición es fortalecer las capacidades de LEO Pharma en el ámbito de la dermatología de enfermedades raras y, al mismo tiempo, aprovechar el vector de administración basado en el virus del herpes simple (VHS) de Replay, capaz de transportar grandes cargas genéticas.

La terapia génica viral implica el uso de virus modificados para introducir material genético terapéutico en las células del paciente, tratando así las enfermedades desde su origen.

La terapia basada en VHS se desarrolla en forma de gel tópico, diseñado para actuar sobre los genes deficitarios mediante su aplicación directa sobre la piel.

El principal candidato a fármaco de Replay se encuentra actualmente en fase de estudios preclínicos para la epidermolisis ampollosa distrófica (EAD), un trastorno genético raro que provoca fragilidad cutánea y heridas persistentes, derivando en cicatrices y un mayor riesgo de cáncer.

Ligand compra XOMA Royalty Corporation [39]. Ligand es un agregador de derechos de regalías que colabora con empresas biofarmacéuticas para financiar e impulsar programas de desarrollo en fases avanzadas. Financia el desarrollo clínico y la comercialización de programas capaces de mejorar y prolongar vidas en todo el mundo. XOMA Royalty también se dedica a la agregación de regalías biotecnológicas.

La operación amplía la cartera de regalías de Ligand a más de 200 activos, incorporando siete nuevos productos ya comercializados y duplicando la cartera de activos en fases 2 y 3. Ligand pagará US\$39,00 en efectivo por cada acción ordinaria de

XOMA, por un valor total de aproximadamente US\$739 millones. El precio de compra en efectivo al cierre representa una prima de aproximadamente el 14% respecto al precio medio ponderado de la última jornada bursátil previa al anuncio de la operación.

Madrigal compra un ARNip de Arrowhead por US\$1.000 millones [40]. Madrigal Pharmaceuticals ha adquirido los derechos mundiales sobre el activo de ARN de interferencia pequeña (ARNip) de Arrowhead Pharmaceuticals, que se usa para tratar la esteatohepatitis asociada a disfunción metabólica (MASH).

Madrigal asumirá las responsabilidades de desarrollo, fabricación y comercialización del fármaco ARO-PNPLA3 de Arrowhead. El pacto incluye un pago inicial de US\$25 millones y hasta US\$975 millones en pagos por hitos, además de regalías sobre las ventas si se aprueba el medicamento.

Las moléculas de ARNip se administran directamente en los hepatocitos, donde silencian los genes diana.

Madrigal está considerada como líder en el mercado de la MASH. Esta empresa desarrolló Rezdiffra (*resmetirom*), un agonista del receptor beta de la hormona tiroidea, que es el primer medicamento que se aprobó para tratar MASH en 2024.

En febrero, Madrigal destinó US\$4.400 millones a un acuerdo de desarrollo y comercialización con la biotecnológica china Suzhou Ribo Life Science y su filial Ribocure Pharmaceuticals. Al igual que ocurre con ARO-PNPLA3, Madrigal quiere utilizar los activos de Ribo en combinación con Rezdiffra.

Merck & Co concluye la compra de Terns [41], y amplía su cartera de tratamientos para la leucemia mieloide crónica (LMC). Terns se convierte en subsidiaria de MSD.

En abril, MSD y Google Cloud establecieron una alianza plurianual, con una inversión de hasta US\$1.000 millones para impulsar la transformación empresarial mediante inteligencia artificial de tipo agente (*agentic AI*).

Merck KGaA (Alemania) compra Bio-Techne (EE UU) por US\$11.000 millones [42, 43]. Lo que históricamente le ha faltado a Merck KGaA es una mayor presencia en los productos biológicos de alto margen, situados en la fase inicial de la investigación: aquellas proteínas, anticuerpos y plataformas analíticas a las que recurren los científicos incluso antes de que exista un programa de desarrollo de fármacos. Bio-Techne cubre exactamente ese vacío. El responsable de la división de ciencias de la vida de Merck destacó que la empresa aporta un catálogo de unas 6.000 proteínas y 425.000 anticuerpos, una variedad que Merck considera una ventaja significativa para los clientes.

La operación también refuerza el negocio de soluciones de procesos de Merck, ampliando su alcance a reactivos y herramientas analíticas de mayor valor, así como a los flujos de trabajo de terapia celular y génica, sectores que están

experimentando un rápido crecimiento dentro de la biofabricación.

Merck KGaA, Darmstadt, Alemania, adquirirá Bio-Techne por US\$73 por acción en efectivo, lo que representa un valor total de aproximadamente US\$11.300 millones (€9.900 millones) e incluye una prima del 36% sobre el precio medio de cotización ponderado por volumen de Bio-Techne durante el último mes.

La operación une dos organizaciones líderes y complementarias del sector de las ciencias de la vida, posicionadas de forma única para apoyar a los clientes en todo el espectro de los flujos de trabajo científicos: desde el descubrimiento y la investigación traslacional hasta el desarrollo, las pruebas y la fabricación comercial.

Esta operación fortalece la presencia de Merck en algunas de las áreas más dinámicas y de mayor crecimiento del sector, incluyendo la multiómica, la biología espacial, el diagnóstico de precisión y las terapias celulares y génicas. La adquisición también incorpora a ProteinSimple, líder en instrumentos automatizados para la detección y el análisis de proteínas, fortaleciendo así las soluciones de análisis y bioprocesos de Merck KGaA,

Bio-Techne tiene su sede en Minneapolis (Minnesota) y cuenta con más de 3000 empleados, de los cuales aproximadamente 2300 trabajan en EE UU. Opera en 34 ubicaciones a nivel mundial y dispone de 15 instalaciones de fabricación repartidas entre EE UU, Canadá, el Reino Unido, Suiza y China.

Actualmente, Merck KGaA emplea a más de 14.000 personas en EE UU, distribuidas en más de 70 centros propios y de clientes.

Neurocrine cierra la mega-adquisición de Soleno Therapeutics por US\$2.900 millones [44,45]. Entre los objetivos principales de la operación está la adquisición del fármaco Vykate XR -*diazóxido de colina*-, primera terapia para la hiperfagia en pacientes con síndrome de Prader-Willi (SPW), recientemente aprobada por la FDA. La compra de Soleno representa la mayor operación de fusiones y adquisiciones de Neurocrine desde su fundación en 1992. El precio negociado incluye una prima del 34%.

Novartis (Suiza) compra un tratamiento experimental para el cáncer de mama [46] y a la empresa Myricx (Reino Unido) [47, 48]. Novartis anunció la adquisición de SNV4818, que se está estudiando para combatir el cáncer de mama, y fue desarrollado por Synnovation Therapeutics (con sede en Delaware). Novartis hará un pago inicial de US\$2.000 millones, y podría llegar a pagar hasta US\$1.000 millones adicionales, si el fármaco alcanza determinados hitos.

SNV4818, se está probando en un ensayo fase 1/2 para el tratamiento del cáncer de mama con receptores hormonales positivos (HR+) y HER2 negativo (HER2-). Está diseñado para atacar una forma mutada de la enzima PI3K α , evitando al mismo tiempo la versión normal de la proteína presente en las células sanas.

Novartis indicó que también podría explorar el uso de este fármaco en otros tipos de tumores sólidos.

Novartis también acordó pagar hasta US\$1.500 millones por Myricx Bio. Myricx Bio está desarrollando una nueva clase de conjugados anticuerpo-fármaco, que eliminan el cáncer directamente en las células tumorales.

El elemento central de la adquisición es la innovadora plataforma de carga útil (payload) de inhibidores de la N-miristoiltransferasa (NMT), la cual podría ayudar a Novartis a desarrollar conjugados anticuerpo-fármaco capaces de superar las limitaciones de las terapias actuales. Estas cargas útiles actúan dirigiéndose a la enzima NMT, que contribuye a mantener la función de ciertas proteínas en el interior de las células. En el contexto del cáncer, la NMT desempeña un papel clave en el crecimiento y la supervivencia de las células malignas y podría superar las limitaciones de las clases de cargas útiles de uso común, como los inhibidores de la TOPO-1, frente a los cuales algunos cánceres han desarrollado resistencia.

Novartis también obtendrá los dos programas principales de conjugados anticuerpo-fármaco (ADC) de Myricx.

Recientemente, Novartis ha cerrado varios acuerdos de gran envergadura en el sector oncológico. En junio, desembolsó US\$105 millones para asociarse con Antares Therapeutics, en un acuerdo que podría llegar hasta US\$1.800 millones.

En marzo, Novartis pagó US\$2.000 millones para adquirir Pikavation Therapeutics, filial de Synnovation Therapeutics, propietaria del SNV4818, un inhibidor de PI3K α . Este fármaco, de administración oral y actualmente en fase 1/2 de desarrollo para el cáncer de mama, actúa específicamente sobre la forma mutada de PI3K α sin afectar a las versiones sanas de la proteína.

Novartis también ha mostrado una gran actividad en el ámbito de las operaciones corporativas fuera del sector oncológico. En junio, reforzó su colaboración con Orion Biosciences mediante un acuerdo valorado en hasta US\$1.400 millones, centrado en la tecnología de «pegamento molecular» y dirigido a diversas áreas terapéuticas. Asimismo, en marzo, la farmacéutica adquirió Excellergy por un importe de hasta US\$2.000 millones, incorporando así a su cartera una terapia anti-IgE para afecciones alérgicas.

El año pasado, Novartis adquirió varias empresas en su búsqueda de futuros medicamentos de gran éxito comercial, entre ellas Regulus Therapeutics, Tourmaline Bio y Avidity Biosciences.

Roche (Suiza) compra PathAI (EE UU) por US\$750 millones [49]. Roche, con esta adquisición, quiere acelerar el uso de la inteligencia artificial para ayudar a los patólogos a diagnosticar enfermedades, sobre todo para precisar los diagnósticos en oncología y permitir que los médicos ofrezcan tratamientos mejor adaptados. El acuerdo podría generar US\$300 millones adicionales para PathAI si se alcanzan determinados hitos.

Esta operación se produce tras la asociación iniciada por Roche y PathAI en 2021, la cual se amplió tres años más tarde para incluir

el desarrollo de algoritmos de diagnóstico complementario basados en inteligencia artificial.

Servier (Francia) compra el negocio de distrofia muscular de Edgewise Therapeutics (EE UU) [50]. La operación está valorada en hasta US\$2.650 millones.

El elemento central del acuerdo es el *sevasemten*, un fármaco que se está evaluando en un ensayo clínico pivotal para la distrofia muscular de Becker, y en un ensayo de fase 2 para la distrofia muscular de Duchenne. La adquisición contempla un pago inicial de US\$1.550 millones, así como pagos contingentes por hitos que podrían alcanzar los US\$1.100 millones.

Este acuerdo representa la segunda adquisición de Servier en pocos meses. En marzo, Servier anunció la compra de Day One Biopharmaceuticals y de su fármaco aprobado para tumores cerebrales pediátricos. A principios de este año, Insilico Medicine estableció una colaboración plurianual de investigación y desarrollo (I+D) con Servier, valorada en hasta US\$888 millones, para descubrir y desarrollar nuevas terapias oncológicas.

Sun Pharma (India) compra Organon (EE UU) por US\$11.750 millones y duplica su tamaño [51]. Sun pagará US\$14 por acción, lo que representa una prima del 24% respecto al cierre más reciente, y del 100% respecto al precio de las acciones de Organon a principios de abril.

La operación, la mayor realizada hasta la fecha por una empresa biofarmacéutica india, fortalecerá la cartera de medicamentos innovadores de Sun y la impulsará hasta el séptimo puesto entre los mayores vendedores mundiales de biosimilares. Organon distribuye más de 70 productos en las áreas de salud de la mujer y medicamentos generales, incluyendo biosimilares, llegando a 140 países.

Conocida principalmente por la venta de medicamentos genéricos, Sun ha desarrollado en los últimos años un negocio especializado en dermatología, oftalmología y oncología dermatológica, gracias en parte a la adquisición de Concert Pharmaceuticals por US\$576 millones en 2023, para obtener Leqselvi (un tratamiento inhibidor de JAK para la alopecia) y de Checkpoint Therapeutics, por US\$418 millones el año pasado, para hacerse con Unloxcyt (una inmunoterapia contra el cáncer).

Tanabe Pharma llega a un acuerdo con Towa Pharmaceutical [52]. Tanabe Pharma vende dos plantas de fabricación y los derechos de más de una docena de medicamentos a su compatriota japonesa Towa Pharmaceutical.

Entre los medicamentos específicos que se transfieren figuran el antiagregante plaquetario Anplag, el fármaco cardiovascular Kalgut y el inhibidor de la ECA Tanatril, entre muchos otros.

UCB (Bélgica) compra Neurona [53] y **Candid** [54]. UCB ha firmado un acuerdo definitivo para adquirir Neurona Therapeutics en una operación valorada en hasta US\$1.150

millones, incorporando así el activo principal de esta última, NRTX-1001, a su cartera de tratamientos para la epilepsia. La empresa considera que esta terapia podría lograr una reparación específica y duradera del sistema nervioso tras una única dosis, y podría representar un avance importante para las personas que padecen epilepsia del lóbulo temporal mesial.

El valor de la operación incluye un pago inicial de hasta US\$650 millones y hasta US\$500 millones adicionales al alcanzar ciertos hitos.

Mediante esta adquisición, UCB dirige su atención hacia la medicina regenerativa y los tratamientos avanzados.

Al adquirir Candid Therapeutics y su gama de candidatos innovadores de tipo *T-cell engager* (TCE), moléculas que reclutan células T, UCB fortalece su cartera de proyectos en el campo de la inmunología.

Además, UCB desembolsará US\$2.000 millones por adelantado y hasta US\$200 millones por hitos, e incorporará a su cartera cuatro candidatos innovadores de Candid, incluyendo su activo estrella y terapia principal: el *cizutamig*. Esta molécula se está estudiando para 10 enfermedades autoinmunes, y permite destruir células plasmáticas y células B hiperactivas que expresan BCMA. El *cizutamig* está diseñado para reducir la liberación nociva de citocinas, lo que podría mitigar los efectos secundarios asociados a este tipo de tratamientos.

La adquisición de Candid por parte de UCB supone la segunda incursión de la compañía en el campo de los TCE. La farmacéutica belga había apostado inicialmente por esta clase de fármacos al establecer un acuerdo de licencia de US\$1.100 millones con Antengene (China).

Gilead Sciences también está apostando por esta clase de fármacos y su potencial en el tratamiento de las enfermedades autoinmunes, tras haber adquirido Ouro Medicines y su principal activo dirigido a BCMA/CD3, el *gamgertamig*, por US\$2.200 millones en marzo de 2026.

Vertex (EE UU) compra Crinetics (EE UU) por €10.000 millones [55]. Crinetics Pharmaceuticals dispone de un fármaco recientemente aprobado, Palsonify -un agonista del receptor de somatostatina indicado en acromegalia-, y *atumelnant*, un tratamiento experimental para la hiperplasia suprarrenal congénita (HSC), que también ha demostrado potencial como terapia para el síndrome de Cushing.

Según los términos del acuerdo, Vertex pagará US\$85 dólares por acción, lo que supone una prima del 102% sobre su precio de US\$42,03 al cierre del mercado antes de que se anunciara la transacción.

La transacción proporciona a Vertex un quinto pilar en su cartera, sumándose a las áreas de endocrinología, fibrosis quística, hematología, dolor y nefrología.

Esta adquisición se produce dos años después de que Vertex comprara Alpine Immune Sciences y su agonista dual de citocinas de células B, *povetacicept*, que la compañía considera

que tiene un gran potencial como tratamiento líder para la nefropatía por IgA.

Zymeworks (Canadá) acepta comprar Theravance Biopharma por US\$929 millones [56]. Theravance está explorando si puede hacer llegar la *amprelosetina* a pacientes con AMS [atrofia multisistémica] e HON [hipotensión ortostática neurógena], un colectivo con importantes necesidades médicas no cubiertas.

Según los términos del acuerdo, los accionistas de Theravance Biopharma recibirán US\$17 por acción. Asimismo, los accionistas recibirán un derecho de valor contingente (CVR, por sus siglas en inglés) que les otorga el 80% de los ingresos netos derivados de cualquier futura licencia, desinversión o monetización de la *amprelosetina*, siempre que esto ocurra en un plazo de diez años. Zymeworks tendrá derecho al 20% restante de dichos ingresos.

Referencias

1. Sternberg, Charlie. Pharmaceutical Industry Mergers & Acquisitions Roundup. A quick reference of all the mergers and acquisitions taking place within the global pharmaceuticals market. Contract Pharma, 31 de enero de 2024. <https://www.contractpharma.com/exclusives/2024-pharmaceutical-industry-mergers-acquisitions-roundup/>
2. Sánchez Caja, Ana. El sector farmacéutico firma 144 operaciones de fusiones y adquisiciones en 2025. GlobalFarma, 16 abril de 2026. <https://elglobalfarma.com/industria/sector-farmaceutico-fusiones-adquisiciones-2025/>
3. Wainer, David. Big Pharma is thinking small on deals. That's a boon for biotech. Smaller acquisitions and disciplined pricing are proving to be significant benefits to a wider number of companies. Wall Street Journal, 13 de abril de 2026. <https://www.wsj.com/health/pharma/big-pharma-is-thinking-small-on-deals-thats-a-boon-for-biotech-43577087>
4. Barrie, Robert. Biopharma bounces back as M&A impetus fuels recovery. In a midyear report, PwC said that a surge in deals eclipsing the billion-dollar mark fueled M&A momentum. Pharmaceutical Technology, 17 de junio de 2026. <https://www.pharmaceutical-technology.com/news/biopharma-bounces-back-as-ma-impetus-fuels-recovery/?cf-view>
5. Big Pharma M&A set for mega year as patent expiries drive deal urgency. Reuters, 3 de mayo de 2026. <https://pharma.economictimes.indiatimes.com/amp/news/pharma-industry/big-pharma-ma-set-for-mega-year-as-patent-expiries-drive-deal-urgency/130730270>
6. Sánchez Caja, Ana. Las fusiones y adquisiciones en el sector farmacéutico repuntan en 2026 tras un mes de marzo clave. Globalfarma, 6 de mayo de 2026. <https://elglobalfarma.com/industria/fusiones-adquisiciones-sector-farmaceutico-repunte-2026-marzo-clave/>
7. Santhosh, Christy, Roy Sriparna. Big Pharma M&A set for mega year as patent expiries drive deal urgency. Reuters, 1 de mayo de 2026. <https://www.reuters.com/legal/transactional/big-pharma-ma-set-mega-year-patent-expiries-drive-deal-urgency-2026-05-01/>
8. DeAngelis, Allison. Pharma goes on a spending spree, snapping up biotechs in a hurry. M&A activity has soared in the first half of the year. Statnews, 22 de enero de 2026.

- <https://www.statnews.com/2026/06/22/pharma-biotech-ma-boom-2026-deals-total-123-billion/>
9. Armstrong, Annalee. Biopharma strikes 50+ M&As deals in H1, led by Lilly's \$25b spend. (Tiene cuadros interesantes). BioSpace, 1 de julio de 2026. <https://www.biospace.com/business/biopharma-strikes-50-m-as-deals-in-h1-led-by-lillys-25b-spend>
 10. Tu, S., & King, J. Anticompetitive mergers — Pharmaceutical buyouts as a strategy for maintaining market dominance. *New England Journal of Medicine*, 394(16), 1563–1565, (2026). <https://doi.org/10.1056/NEJMp2516842>
 11. AbbVie to acquire Apogee Therapeutics, deepening immunology portfolio. AbbVie, 22 de junio de 2026. <https://news.abbvie.com/2026-06-22-AbbVie-to-Acquire-Apogee-Therapeutics,-Deepening-Immunology-Portfolio>
 12. Joseph, Andrew. AbbVie to buy Apogee Therapeutics in nearly \$11B deal. Apogee's immunology specialty fits with AbbVie's history in the field. *Statnews*, 22 de junio de 2026. <https://www.statnews.com/2026/06/22/abbvie-apogee-acquisition-immunology-zumilokibart/>
 13. Armstrong, Annalee. AbbVie sinks talons into KRAS with right to buy Kestrel for up to \$1.45B. BioSpace, 28 de abril de 2026. <https://www.biospace.com/business/abbvie-sinks-talons-into-kras-with-right-to-buy-kestrel-for-up-to-1-45b>
 14. Taylor, Nick Paul. Amneal inks \$1.1B Kashiv buyout to pursue biosimilar market leadership. BioSpace, 23 de abril de 2026. <https://www.biospace.com/deals/amneal-inks-1-1b-kashiv-buyout-to-pursue-biosimilar-market-leadership>
 15. Joseph, Andrew. Angelini Pharma buys Catalyst Pharmaceuticals and its rare disease drugs for \$4.1B. The deal will expand the Italian pharma company's work in the U.S. *Statnews*, 7 de mayo de 2026. <https://www.statnews.com/2026/05/07/angelini-pharma-acquires-catalyst-pharmaceuticals-rare-disease-neurology-firdapse/>
 16. Debbarma, Salong. Angelini Pharma to acquire Catalyst Pharmaceuticals for equity value of \$4.1bn The acquisition involves Angelini Pharma purchasing all outstanding Catalyst shares for \$31.50 per share in cash. *Pharmaceutical Technology*, 8 de mayo de 2026. <https://www.pharmaceutical-technology.com/newsletters/angelini-to-buy-catalyst-pharmaceuticals/?cf-view>
 17. Calatayud, Adrià. Bayer to buy eye-drug developer Perfuse Therapeutics for up to \$2.45 billion. Bayer said it would pay \$300 million upfront, with the rest subject to hitting development, regulatory and commercial targets. *WSJ*, 6 de mayo de 2026 <https://www.wsj.com/health/pharma/bayer-to-buy-eye-drug-developer-perfuse-therapeutics-for-up-to-2-45-billion-59b848b2>
 19. Manalac, Tristan. Bayer ends multi-year M&A drought with up to \$2.45B Perfuse buy. *Biospace*, 6 de mayo de 2026. <https://www.biospace.com/deals/bayer-ends-multi-year-m-a-drought-with-up-to-2-45b-perfuse-buy>
 20. Manalac, Tistan. Biogen makes up to US1B immuno play with RayThera takeover. BioSpace, 18 de junio de 2026. <https://www.biospace.com/drug-development/biogen-makes-up-to-1b-immuno-play-with-raythera-takeover>
 21. Reuters, Biogen buys China rights to immune disease drug in up to \$850 million deal with TJ Biopharma. *Reuters*, 20 de abril de 2026 <https://www.reuters.com/legal/transactional/biogen-buys-china-rights-immune-disease-drug-up-850-million-deal-tj-biopharma-2026-04-20/>
 22. Debbarma, Salong. BioMarin acquires Amicus Therapeutics for \$4.8bn. With the acquisition, BioMarin adds Galafold for Fabry disease and Pombiliti+Opfolda for Pompe disease. *Pharmaceutical Technology*, 28 de abril de 2026. <https://www.pharmaceutical-technology.com/newsletters/biomarin-acquires-amicus-therapeutics/?cf-view>
 23. Masson, Gabrielle. Chiesi snaps up KalVista for \$1.9B, betting big on rare disease med Ektely. BioSpace, 29 de abril de 2026. <https://www.biospace.com/business/chiesi-snaps-up-kalvista-for-1-9b-betting-big-on-rare-disease-med-ekterly>
 24. Taylor, Nick Paul. CordenPharma inks AmbioPharm buyout to continue peptide production expansion. BioSpace, 1 de junio de 2026. <https://www.biospace.com/deals/cordenpharma-inks-ambiofarm-buyout-to-continue-peptide-production-expansion>
 25. Armstrong, Annalee. Lilly can't stop the dealing, with nearly \$21B spent on M&A this year—so far. BioSpace, 29 de abril de 2026. <https://www.biospace.com/business/lilly-cant-stop-the-dealing-with-nearly-21b-spent-on-m-a-this-year-so-far>
 26. Debbarma, Salong. Lilly to acquire CrossBridge Bio for up to \$300m. CrossBridge Bio develops a dual-payload ADC technology created by Kyoji Tsuchikama at the University of Texas Health Science Center. *Pharmaceutical Technology*, 15 de abril de 2026. <https://www.pharmaceutical-technology.com/newsletters/lilly-to-acquire-crossbridge-bio/cf-view>
 27. Mahatole, Siddhi. Eli Lilly to buy Boston's Kelonia for up to \$7 billion in cancer push. *Reuters*, 19 de abril de 2026. <https://www.reuters.com/legal/litigation/eli-lilly-advanced-talks-acquire-kelonia-therapeutics-over-2-billion-wsj-says-2026-04-19/>
 28. Armstrong, Annalee. Lilly adds gene delivery technology to CAR T in up to \$7B Kelonia deal. BioSpace, 20 de abril de 2026. <https://www.biospace.com/business/lilly-adds-gene-delivery-technology-to-car-t-in-up-to-7b-kelonia-deal>
 29. Lilly pagará 2.300 millones de dólares por Ajax Therapeutics. El principal activo de Ajax es un inhibidor de JAK2 de tipo II, primero en su clase y de administración oral una vez al día, que se ensaya en pacientes con mielofibrosis. *Diario Médico*, 28 de abril de 2026. <https://www.diariomedico.com/medicina/empresas/lilly-pagara-2300-millones-dolares-ajax-therapeutics.html>
 30. Alvarado, Delilah. Lilly dives into vaccine research with 3 biotech buyouts. Worth close to \$4 billion combined, the acquisitions of Curevo, LimmaTech and Vaccine Co. signal plans by Lilly to build an infectious disease portfolio. *Biopharma Dive*, 26 de mayo de 2026 <https://www.biopharmadive.com/news/lilly-deal-acquire-curevo-limmatech-vaccine/821064/>
 31. Sternberg, Charlie. Gilead Sciences, Lakefront Biotherapeutics Acquire Ouro Medicines. The acquisition adds gamgertamig to Gilead's inflammation portfolio and will be the foundation of Lakefront's clinical development pipeline. *Contract Pharma*, 5 de junio de 2026. <https://www.contractpharma.com/breaking-news/gilead-sciences-lakefront-biotherapeutics-acquire-ouro-medicines/>
 32. Joseph, Andrew. Gilead to buy cancer biotech Tubulis for more than \$3 billion. Tubulis, based in Munich, specializes in

- next-generation chemotherapies. Statnews, 7 de abril de 2026. <https://www.statnews.com/2026/04/07/gilead-sciences-acquisition-tubulis-adcs-chemotherapy-cancer/>
33. Manalac, Tristan. GSK goes beyond weight-loss with \$1B buyout of Chinese siRNA specialist. BioSpace, 7 de mayo de 2026. <https://www.biospace.com/deals/gsk-goes-beyond-weight-loss-with-1b-buyout-of-chinese-sirna-specialist>
 34. Joseph, Andrew. GSK to buy Nuvalent, maker of targeted cancer drugs, for \$10.6B. The move will grow the U.K. firm's work in oncology, particularly in lung cancer. Statnews, 9 de junio de 2026. <https://www.statnews.com/2026/06/09/gsk-nuvalent-acquisition-oncology-lung-cancer-zidesamtinib-neladalkib/>
 35. Incyte to acquire Vega Therapeutics, a wholly owned subsidiary of Star Therapeutics, expanding its Hematology Portfolio into Bleeding Disorders. Incyte, 8 de junio de 2026. <https://investor.incyte.com/news-releases/news-release-details/incyte-acquire-vega-therapeutics-wholly-owned-subsiary-star>
 36. Ipsen to acquire Memo Therapeutics AG, adding first-in-class BK polyomavirus antibody, expanding rare disease portfolio. IPSEN, 1 de julio de 2026. <https://www.ipsen.com/press-release/ipsen-to-acquire-memo-therapeutics-ag-adding-first-in-class-bk-polyomavirus-antibody-expanding-rare-disease-portfolio-3320317/>
 37. Mast, Jason. J&J spends \$1 billion to enter KRAS race for cancer treatments. Acquisition of Firefly Bio follows field-changing Revolution Medicines data. Statnews, 8 de junio de 2026. <https://www.statnews.com/2026/06/08/johnson-and-johnson-firefly-cancer-kras-treatment/>
 38. Debbarma, Salong. LEO Pharma to acquire gene therapy company Replay. The agreement is set to expand LEO Pharma's pipeline in rare dermatology. Pharmaceutical Technology, 1 de mayo de 2026. <https://www.pharmaceutical-technology.com/newsletters/leo-pharma-to-acquire-replay/>
 39. Ligand to acquire XOMA Royalty, further accelerating profit growth and strengthening Ligand's position as a leading biopharma Royalty Aggregator. Ligand, 27 de abril de 2026. <https://investor.ligand.com/news-and-events/press-releases/news-details/2026/Ligand-to-Acquire-XOMA-Royalty-Further-Accelerating-Profit-Growth-and-Strengthening-Ligands-Position-as-a-Leading-Biopharma-Royalty-Aggregator/default.aspx>
 40. Barrie, Robert. Madrigal outlays \$1bn for Arrowhead's siRNA MASH asset. As with its previous siRNA deal, Madrigal plans to explore whether gene-silencing could complement its lead drug Rezdiffra. Pharmaceutical Technology, 5 de mayo de 2026. <https://www.pharmaceutical-technology.com/newsletters/madrigal-outlays-1bn-for-arrowheads-sirna-mash-asset/?cf-view>
 41. Debbarma, Salong. MSD concludes Terns acquisition to expand CML pipeline. The FDA granted breakthrough therapy designation to TERN-701 for adults with Philadelphia chromosome-positive CML without the T315I mutation. Pharmaceutical Technology, 6 de mayo de 2026. <https://www.pharmaceutical-technology.com/newsletters/msd-concludes-terns-acquisition/?cf-view>
 42. Merck KGaA, Darmstadt, Germany, agrees to acquire Bio-Techne, strengthening leadership position in fast-growing life sciences markets. Bio-Techne Corporation, 25 de junio de 2026. <https://www.prnewswire.com/news-releases/merck-kgaa-darmstadt-germany-agrees-to-acquire-bio-techne-strengthening-leadership-position-in-fast-growing-life-sciences-markets-302810602.html>
 43. Merck KGaA's \$11.3 billion Bet on Bio-Techne redraws the map of life-science tools. Onco Daily, 26 de junio de 2026. <https://oncodaily.com/technology/bio-techne529357>
 44. Redacción. Neurocrine cierra la mega-adquisición de Soleno por 2.900 millones de dólares. Entre los objetivos de la operación está la adquisición de 'Vykat XR', primera terapia para la hiperfagia en pacientes con síndrome de Prader-Willi, recién aprobada por la FDA. Diario Médico, 7 de abril de 2026. <https://www.diariomedico.com/medicina/empresas/neurocrine-cierra-mega-adquisicion-soleno-2900-millones-dolares.html>
 45. DeAngelis, Allison. Neurocrine Biosciences to buy Soleno Therapeutics in \$2.9B deal. Neurocrine will acquire approved drug for rare disease that leaves people with insatiable hunger. Statnews, 6 de abril de 2026. <https://www.statnews.com/2026/04/06/neurocrine-biosciences-soleno-therapeutics-acquisition-prader-willivykat/>
 46. Joseph, Andrew. Novartis picks up experimental breast cancer therapy for \$2B. The drugmaker has been on the hunt for its next blockbusters. Statnews, 20 de marzo de 2026. <https://www.statnews.com/2026/03/20/novartis-acquires-synnovation-breast-cancer-drug-snyv4818/>
 47. Look, Aimee. Novartis to buy Myricx Bio for up to \$1.5 billion. Myricx Bio is developing new antibody-drug conjugates for fighting cancer. WSJ, 6 de julio de 2026. <https://www.wsj.com/health/pharma/novartis-to-buy-myricx-bio-for-up-to-1-5-billion-6e8ee865>
 48. Manalac, Tristan. Novartis drops up to \$1.5B for ADC specialist Myricx, continuing cancer spending spree. BioSpace, 6 de julio de 2026. <https://www.biospace.com/deals/novartis-drops-up-to-1-5b-for-adc-specialist-myricx-continuing-cancer-spending-spre>
 49. Saltzman, Jonathan. Roche to buy PathAI for \$750 million. The move comes after Roche and PathAI began a partnership in 2021. Statnews, 8 de mayo de 2026. <https://www.statnews.com/2026/05/08/roche-acquire-startup-pathai-750-million-upfront/>
 50. Joseph, Andrew. Servier to buy Edgewise Therapeutics' muscular dystrophy drug. Edgewise will pivot to focusing on cardiovascular drugs. Statnews, 1 de junio de 2026. <https://www.statnews.com/2026/06/01/servier-edgewise-therapeutics-muscular-dystrophy-drug-sevasemten/>
 51. Dunleavy, Kevin. Sun Pharma strikes biopharma's largest deal of '26 with \$11.75B buyout of Organon. FiercePharma, 27 de abril de 2026. <https://www.fiercepharma.com/pharma/sun-pharma-strikes-biopharmas-largest-deal-26-1175b-buyout-organon>
 52. Sagonowsky, Eric. On heels of Bain buyout, Tanabe inks deal to sell manufacturing unit and 17 drugs to Towa. Fierce Pharma, 7 de julio de 2026. <https://www.fiercepharma.com/manufacturing/heels-bain-buyout-tanabe-inks-deal-sell-manufacturing-unit-and-17-drugs-towa>
 53. Debbarma, Salong. UCB to purchase Neurona and NRTX-1001 for \$1.15bn. UCB will pay \$650m upfront and up to \$500m in future milestones. Pharmaceutical Technology, 20

de abril de 2026. <https://www.pharmaceutical-technology.com/newsletters/ucb-to-buy-neurona-nrtx1001/?cf-view>

54. Allen, Annabel Kartal. UCB doubles down on TCEs with \$2.2bn Candid buyout. This acquisition marks UCB's second foray into the TCE space – closely following a blockbuster licensing deal with TCE specialist, Antengene. Pharmaceutical Technology, 5 de mayo de 2026.

<https://www.pharmaceutical-technology.com/newsletters/ucb-candid-therapeutics-acquisition-2-2bn-autoimmune/?cf-view>

55. Vertex cierra el mayor acuerdo de su historia con la compra Crinetics por 10.000 millones de dólares. Diario Medico, 13

de julio de 2026

<https://www.diariomedico.com/medicina/empresas/novo-nordisk-demanda-lilly-publicidad-enganosa-respectivos-glp-1.html>

56. Debbarma, Salong. Zymeworks agrees to buy Theravance Biopharma for \$929m. The boards of both companies unanimously approved the agreement, which remains subject to shareholder and regulatory approvals. Pharmaceutical Technology, 30 de junio de 2026.

<https://www.pharmaceutical-technology.com/newsletters/zymeworks-to-buy-theravance-biopharma/?cf-view>