



Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales
ICADE

ENTRE LA PANTALLA Y LA REALIDAD:

*Representación de la industria farmacéutica en el cine y su contraste con la
realidad económica, científica y social*

Autora: Carmen Mosquera Oregui

5.º E3-C

Directora: Dra. D.^a María Eugenia Ramos Fernández

MADRID | Mayo 2026

ENTRE LA PANTALLA Y LA REALIDAD: REPRESENTACIÓN DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EN EL CINE Y SU CONTRASTE CON LA REALIDAD ECONÓMICA, CIENTÍFICA Y SOCIAL

RESUMEN La industria farmacéutica ocupa un lugar paradójico en el imaginario colectivo: responsable de avances científicos que han transformado la salud global, protagoniza también narrativas cinematográficas que la retratan como actor corporativo opaco, movido por el beneficio y ajeno al interés público. Este trabajo examina en qué medida esas representaciones audiovisuales reflejan, simplifican o distorsionan la realidad económica, científica, regulatoria y social del sector, y cómo contribuyen a moldear la percepción pública sobre él.

El corpus comprende tres obras: *The Constant Gardener* (Fernando Meirelles, 2005), *Contagion* (Steven Soderbergh, 2011) y *Dopesick* (Danny Strong, 2021), seleccionadas por iluminar dimensiones complementarias del debate. Cada una se analiza en tres planos: el narrativo-temático desde el marco neoformalist de Bordwell y Thompson, la representación del modelo de negocio farmacéutico y el contraste con evidencia académica e institucional. De ese cruce emergen patrones que revelan los límites del relato cinematográfico y las tensiones estructurales que, en ocasiones, logra capturar con precisión.

PALABRAS CLAVE: *industria farmacéutica, representación audiovisual, análisis cinematográfico, modelo de negocio, percepción pública, investigación y desarrollo, ética corporativa.*

ABSTRACT The pharmaceutical industry occupies a paradoxical place in the collective imagination: responsible for scientific advances that have transformed global health, it is also the recurrent protagonist of cinematic narratives portraying it as an opaque corporate actor driven by profit and indifferent to the public interest. This study examines to what extent these audiovisual representations reflect, simplify or distort the economic, scientific, regulatory and social reality of the sector, and how they shape public perception.

The corpus comprises three works: *The Constant Gardener* (Fernando Meirelles, 2005), *Contagion* (Steven Soderbergh, 2011) and *Dopesick* (Danny Strong, 2021), selected for illuminating complementary dimensions of the debate. Each is analysed across three levels: the narrative-thematic drawing on Bordwell and Thompson's neoformalist framework, the representation of the pharmaceutical business model and the contrast with academic and institutional evidence. From that intersection, recurring patterns emerge that reveal both the limits of cinematic narrative and the structural tensions that, on occasion, it manages to capture with precision.

KEY WORDS: *pharmaceutical industry, audiovisual representation, film analysis, business model, public perception, research and development, corporate ethics.*

ÍNDICE ABREVIATURAS

Sigla	Denominación completa
ACT	Terapia Combinada basada en Artemisinina (Artemisinin Combination Therapy)
ADE	Administración y Dirección de Empresas
ARNm	Ácido Ribonucleico mensajero
BARDA	Autoridad para la Investigación y el Desarrollo Biomédico Avanzado de los EE.UU. (Biomedical Advanced Research and Development Authority)
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, EE.UU. (Centers for Disease Control and Prevention)
CEPI	Coalición para las Innovaciones en Preparación para Epidemias (Coalition for Epidemic Preparedness Innovations)
CIOMS	Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (Council for International Organizations of Medical Sciences)
COVID-19	Enfermedad por Coronavirus de 2019 (Coronavirus Disease 2019)
CRO	Organización Contractual de Investigación (Contract Research Organization)
EE.UU.	Estados Unidos
EFPIA	Federación Europea de Industrias y Asociaciones Farmacéuticas (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations)
EMA	Agencia Europea de Medicamentos (European Medicines Agency)
EURORDIS	Organización Europea de Enfermedades Raras (European Organisation for Rare Diseases)
FDA	Agencia de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration)
FEMA	Agencia Federal para el Manejo de Emergencias, EE.UU. (Federal Emergency Management Agency)
GPEI	Iniciativa Global de Erradicación de la Poliomielitis (Global Polio Eradication Initiative)
I+D	Investigación y Desarrollo
ICADE	Instituto Católico de Administración y Dirección de Empresas (Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad Pontificia Comillas)
IFPMA	Federación Internacional de Asociaciones y Fabricantes Farmacéuticos (International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations)
JAMA	Journal of the American Medical Association
KDH	Empresa farmacéutica ficticia en The Constant Gardener

Sigla	Denominación completa
MPP	Medicines Patent Pool
NCHS	Centro Nacional de Estadísticas de Salud, EE.UU. (National Center for Health Statistics)
NIH	Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos (National Institutes of Health)
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (Organisation for Economic Co-operation and Development / OECD)
OMS	Organización Mundial de la Salud (World Health Organization / WHO)
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS)
PPA	Paridad de Poder Adquisitivo (Purchasing Power Parity)
SARS-CoV-2	Coronavirus de tipo 2 causante del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2)
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TAR	Tratamiento Antirretroviral
TBC	Tuberculosis
TBC-MDR	Tuberculosis Multirresistente a los Medicamentos
TFG	Trabajo de Fin de Grado
USD	Dólar estadounidense (United States Dollar)
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. OBJETO, RELEVANCIA DEL TEMA Y DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO
2. METODOLOGÍA, FUENTES Y ESTRUCTURA DEL TRABAJO

CAPÍTULO I. PODER, INNOVACIÓN Y REPUTACIÓN: LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA REAL

1. ESTRUCTURA DE MERCADO, PESO ECONÓMICO Y MODELO DE NEGOCIO
2. I+D, INNOVACIÓN Y CICLO DEL MEDICAMENTO
3. REGULACIÓN, PRECIOS Y ACCESO: EL SECTOR BAJO PRESIÓN INSTITUCIONAL
4. REPUTACIÓN CORPORATIVA Y PERCEPCIÓN PÚBLICA: QUÉ DICEN LOS DATOS

CAPÍTULO II. ENTRE ESTEREOTIPO Y EVIDENCIA: TRES MIRADAS AUDIOVISUALES SOBRE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

1. CORRUPCIÓN, ENSAYOS CLÍNICOS Y PODER CORPORATIVO GLOBAL: *THE CONSTANT GARDENER* (2005)
2. CIENCIA, CONFIANZA E INSTITUCIÓN BAJO PRESIÓN: *CONTAGION* (2011)
3. COMERCIALIZACIÓN AGRESIVA, CAPTURA REGULATORIA Y COLAPSO REPUTACIONAL: *DOPESICK* (2021)
4. SÍNTESIS: PATRONES DE DISTORSIÓN Y SU IMPACTO EN LA PERCEPCIÓN DEL SECTOR

CAPÍTULO III. LO QUE LA FICCIÓN NO CUENTA: INNOVACIÓN REAL, DILEMAS REALES

1. CONTRIBUCIÓN DOCUMENTADA: VACUNAS, ENFERMEDADES CRÓNICAS Y FÁRMACOS DE IMPACTO GLOBAL

2. EL PRECIO DEL PROGRESO: ACCESO DESIGUAL, PATENTES Y LA TENSIÓN
ENTRE BENEFICIO Y SALUD PÚBLICA

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

DECLARACIÓN SOBRE USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA

INTRODUCCIÓN

1. OBJETO, RELEVANCIA DEL TEMA Y DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

La industria farmacéutica provoca una reacción pública poco habitual: se la necesita, se la vigila y se la sospecha al mismo tiempo. Ahí reside, en buena parte, el interés del tema. No se trata solo de un sector decisivo por su capacidad de innovación, su impacto económico o su contribución a la mejora de la salud. Es también una industria rodeada de relatos muy poderosos: beneficio frente a salud, ciencia frente a negocio, investigación frente a marketing, acceso frente a patente. El cine y las series han explotado esa tensión con especial intensidad y se han convertido en uno de los espacios donde más activamente se moldea la imagen pública del sector. La investigación sobre *framing* mediático lleva décadas documentando la capacidad de los productos audiovisuales para construir marcos interpretativos que orientan la percepción social de instituciones y actores económicos;¹ la industria farmacéutica constituye, en ese sentido, un caso especialmente fértil.

Este trabajo parte precisamente de esa distancia entre representación y realidad. No interesa tanto discutir si las obras audiovisuales “dicen la verdad” en sentido estricto como analizar qué imagen de la industria farmacéutica construyen, qué conflictos privilegian, qué matices dejan fuera y por qué esas representaciones resultan tan eficaces para el espectador. La cuestión relevante no es la exactitud factual en sí misma, sino el tipo de percepción pública que esas narrativas consolidan y la relación que guardan con el funcionamiento real del sector.

La pregunta de investigación que articula el trabajo es la siguiente: ¿hasta qué punto la representación audiovisual de la industria farmacéutica refleja, simplifica o distorsiona su realidad económica, científica, regulatoria y social, y cómo influye esa representación en la percepción pública del sector? El foco se sitúa en la intersección entre empresa, reputación, regulación e imaginario cultural. No es un trabajo de teoría del cine, ni un estudio jurídico del medicamento, ni una reflexión ética abstracta sobre la salud pública. Es un TFG de ADE y, por eso, el centro del análisis es la lógica empresarial del sector y la manera en que esa lógica aparece reinterpretada, exagerada o simplificada en la ficción.

¹ Entman, R. M. (1993). Framing: Toward clarification of a fractured paradigm. *Journal of Communication*, 43(4), 51–58.

La elección del tema resulta especialmente pertinente en el contexto posterior a la pandemia de COVID-19, que volvió a colocar a las farmacéuticas en el centro del debate público con una intensidad sin precedentes. La pandemia no eliminó las críticas previas al sector, pero sí las complicó: la industria apareció simultáneamente como motor de innovación, actor imprescindible en una emergencia global y foco de controversias sobre acceso, precios, rapidez regulatoria y legitimidad del beneficio.² Esa ambivalencia, elogiada y cuestionada en el mismo ciclo de noticias, hace todavía más relevante preguntarse qué imagen construye la ficción audiovisual, y si esa imagen captura la complejidad real o la reduce a un relato manejable.

Ahora bien, conviene acotar el alcance del trabajo. No se pretende ofrecer una historia completa de la industria farmacéutica ni un análisis exhaustivo de todos sus mercados, modelos de negocio o marcos regulatorios. Tampoco se busca medir empíricamente el efecto exacto de cada película o serie sobre la opinión pública. La ambición es otra, más concreta y metodológicamente tratable: seleccionar un corpus de representaciones audiovisuales significativas, concretamente tres obras que abordan desde ángulos distintos la actividad de la industria farmacéutica, identificar qué relato empresarial construyen y contrastar ese relato con evidencia académica y datos institucionales para determinar dónde aciertan, dónde simplifican y dónde distorsionan. Esa delimitación evita la dispersión y permite mantener un foco analítico claro desde el inicio.

2. METODOLOGÍA, FUENTES Y ESTRUCTURA DEL TRABAJO

La metodología responde a una lógica comparativa y está planteada para no perder en ningún momento el enfoque propio de ADE. En lugar de optar por un análisis cinematográfico técnico o un comentario impresionista, el trabajo utiliza un método mixto de análisis narrativo-temático y contraste sectorial, organizado en tres niveles.

En un primer nivel, se lleva a cabo un análisis narrativo-temático de cada obra, cuyo objetivo no es resumir la trama, sino identificar qué relato propone sobre poder, responsabilidad, riesgo, beneficio o daño en el sector farmacéutico, y con qué recursos narrativos lo construye. Para

² Wouters, O. J., Shadlen, K. C., Salcher-Konrad, M., Pollard, A. J., Larson, H. J., Teerawattananon, Y., & Jit, M. (2021). Challenges in ensuring global access to COVID-19 vaccines: production, affordability, allocation, and deployment. *The Lancet*, 397(10278), 1023–1034.

ello, el análisis se apoya en las categorías del modelo neoformalista desarrollado por Bordwell y Thompson,³ que distingue entre la *historia* (el conjunto de eventos inferidos) y el *discurso* (la forma en que esos eventos se presentan y organizan), y examina cómo las elecciones de personaje, causalidad, espacio y tiempo configuran el significado de la obra. En la práctica, esto implica prestar atención a cuestiones como quién actúa, con qué motivación y bajo qué tipo de presión; qué conflictos se resuelven y cuáles quedan abiertos; qué información retiene el relato o cede en cada momento; y qué convenciones de género: el *thriller* político, el drama médico, la catástrofe global, condicionan la forma en que se representa la empresa farmacéutica. El análisis no busca medir el realismo de cada película, sino identificar la estructura del argumento implícito que construye sobre el sector.

En un segundo nivel, se desarrolla el análisis de la representación empresarial. Este es el punto que ancla el trabajo en ADE. Se examina cómo aparecen retratados los incentivos de la empresa, la toma de decisiones, la presión comercial, la regulación, la investigación y el desarrollo (I+D), la fijación de precios, el acceso al medicamento y la reputación corporativa. No solo importa qué sucede en la obra, sino qué idea de empresa farmacéutica queda construida a través de esos elementos y qué visión del sector transmite al espectador.

En un tercer nivel, se lleva a cabo el contraste empírico. Cada uno de los ejes narrativos y empresariales identificados en los dos niveles anteriores se confronta con literatura académica de economía de la salud, economía de la innovación, gestión empresarial y política farmacéutica, complementada con datos e informes de organismos de referencia. Este paso no busca simplemente “verificar” si la película tiene razón o se equivoca: la ficción no funciona como un documental y sería un error exigirle exactitud factual. Lo que el contraste permite es algo más preciso y más útil: identificar qué tensiones reales del sector recoge cada obra, y con qué grado de fidelidad estructural, qué dimensiones quedan reducidas o sobredramatizadas por las exigencias del relato, y qué aspectos de la realidad empresarial permanecen sistemáticamente fuera de campo. El objetivo no es dictar una sentencia sobre cada película, sino entender qué imagen del sector

³ Bordwell, D., & Thompson, K. (2008). *El arte cinematográfico* (8.ª ed.). McGraw-Hill.

construye y qué consecuencias tiene esa imagen sobre la percepción pública de una industria que opera, en buena medida, bajo la presión constante de ese escrutinio.

El corpus está formado por tres obras de notable difusión y reconocida repercusión en el debate público sobre salud e industria farmacéutica, seleccionadas por su representatividad temática y por la diferencia de ángulo desde el que cada una aborda la actividad del sector. *The Constant Gardener* (2005, dir. Fernando Meirelles), basada en la novela homónima de John le Carré, concentra su crítica en la corrupción corporativa y los ensayos clínicos realizados sin garantías éticas en contextos de regulación débil. *Contagion* (2011, dir. Steven Soderbergh) explora las tensiones entre ciencia, institución y opinión pública durante una pandemia global, con especial atención al papel de la industria en el desarrollo de una vacuna bajo presión extraordinaria y a cómo el discurso político, mediático y las dinámicas de desinformación condicionan la percepción pública del sector en ese contexto de crisis. *Dopesick* (2021, miniserie de Hulu creada por Danny Strong), que reconstruye la crisis de los opioides en Estados Unidos, pone el foco en las estrategias de comercialización agresiva de Purdue Pharma y en la captura progresiva del sistema regulatorio. La selección no responde a un criterio de representatividad estadística, algo que no correspondería a un análisis cualitativo de este tipo, sino a la capacidad de cada obra para iluminar una dimensión concreta y diferenciada de la actividad empresarial del sector: la ética en el desarrollo de fármacos, la comercialización agresiva y la respuesta institucional ante una emergencia sanitaria. Las tres constituyen, además, referencias culturales con un alcance de público muy significativo, lo que refuerza su pertinencia como objeto de análisis desde el punto de vista de la percepción pública.

La selección de fuentes sigue una jerarquía clara. El peso principal recae en literatura académica revisada por pares de economía, empresa, health economics, innovación farmacéutica y reputación corporativa. A esa base se incorporan datos e informes de organismos institucionales solventes, utilizados para confirmar, matizar o discutir lo que sostiene la bibliografía académica. De este modo, el trabajo evita apoyarse de forma excesiva en prensa generalista o en informes sectoriales de procedencia interesada. Para el análisis de las obras audiovisuales, la bibliografía de referencia procede del campo de los estudios fílmicos y la narratología cinematográfica. El marco

analítico principal es el del neoformalismo desarrollado por Bordwell y Thompson,⁴ que proporciona las herramientas conceptuales para el análisis narrativo-formal. Este marco se complementa, donde resulta pertinente, con la perspectiva del *framing* mediático, ya introducida al inicio de este trabajo⁵, para examinar cómo las obras construyen marcos interpretativos sobre la industria farmacéutica que trascienden la pantalla. En ningún caso el análisis cinematográfico opera de forma autónoma: sirve como primer nivel de lectura que se pone después en diálogo con la evidencia empírica del sector.

En cuanto a la estructura, el trabajo se organiza en tres capítulos. El primero fija la base empírica del análisis: examina la industria farmacéutica como sector y desarrolla sus rasgos definitorios en materia de estructura de mercado, innovación, regulación, precios, acceso y reputación. El segundo constituye el núcleo comparativo: analiza las tres obras audiovisuales seleccionadas para observar qué imagen construyen de la industria y cómo esa imagen encaja o entra en fricción con la realidad documentada en el capítulo anterior. El tercero aborda aquello que la ficción suele dejar fuera o tratar parcialmente: la contribución efectiva del sector a la innovación biomédica y los dilemas persistentes en torno a las patentes, el acceso y la tensión entre rentabilidad y salud pública. Las conclusiones recogen los principales hallazgos del contraste y valoran el alcance explicativo, así como los límites, de las narrativas audiovisuales estudiadas.

Lo que el análisis busca, en definitiva, no es dictaminar si el cine “tiene razón” sobre la industria farmacéutica, sino entender qué hace esa ficción con una realidad compleja y por qué esa operación tiene consecuencias que van más allá de la sala de cine.

CAPÍTULO I. PODER, INNOVACIÓN Y REPUTACIÓN: LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA REAL

1. ESTRUCTURA DE MERCADO, PESO ECONÓMICO Y MODELO DE NEGOCIO

Entender la industria farmacéutica exige partir de una idea incómoda, pero básica: no estamos ante un mercado ordinario. Aunque las compañías compiten, invierten, compran, venden

⁴ Bordwell y Thompson, 2008.

⁵ Entman, 1993.

y responden a incentivos de rentabilidad como cualquier otra gran industria, el producto que comercializan no se comporta como un bien de consumo estándar. El medicamento está atravesado por regulación, asimetrías de información, dependencia científica, protección intelectual y una demanda que, en muchos casos, no decide plenamente el paciente, sino que pasa por médicos, financiadores públicos o aseguradoras.⁶ Lo relevante no es solo que la industria sea grande, sino que su tamaño se articula dentro de un mercado muy intervenido y, al mismo tiempo, muy rentable cuando logra apropiarse con éxito de una innovación.

Desde el punto de vista económico, se trata de un sector de enorme peso global y con una capacidad inversora poco común. Según los datos de la Federación Europea de Industrias y Asociaciones Farmacéuticas (EFPIA), la inversión en investigación y desarrollo (I+D) del sector farmacéutico europeo se situó en torno a los 40.000 millones de euros anuales en los últimos ejercicios, con un crecimiento real sostenido desde 2010.⁷ A escala continental, el farmacéutico se mantiene entre los sectores con mayor intensidad inversora en I+D, lo que refuerza su condición de industria estratégica más allá de su peso estrictamente sanitario (*véase Figura I*).⁸

⁶ Organisation for Economic Co-operation and Development. (2018a). *Pharmaceutical innovation and access to medicines*. OECD Publishing.

⁷ European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. (2023). *Pharmaceutical Industry in Figures 2023*. EFPIA.

⁸ European Commission. (2021). *Strategic dependencies and capacities* (Staff Working Document SWD(2021) 352 final). European Commission.

Figura I. Inversión en I+D farmacéutico europeo, 2000–2022 (millones de euros)



- **Fuente:** European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (2023). *Pharmaceutical Industry in Figures. Key Data 2023* (cuadro, p. 3). EFPIA. Datos oficiales de las empresas miembro de EFPIA; 2022 = estimación de EFPIA.

Reducir la explicación al volumen de inversión sería, con todo, quedarse en la superficie. La estructura del sector combina concentración empresarial, barreras de entrada muy elevadas y una fuerte segmentación interna. Siguen existiendo grandes compañías globales con capacidad financiera, regulatoria y comercial para operar a escala mundial, pero hace tiempo que el sector dejó de responder a una lógica puramente integrada y autosuficiente. Una parte importante de la literatura viene subrayando que el modelo de la *big pharma* ha ido desplazándose desde el *blockbuster* tradicional hacia carteras más especializadas, biológicos, terapias dirigidas y

mercados de menor volumen pero mayor valor por paciente.⁹ En paralelo, el peso de las *biotech* y de las alianzas con universidades, *start-ups* y pequeñas firmas innovadoras ha crecido de forma clara.¹⁰ Ya no basta con imaginar a la farmacéutica como una empresa gigantesca que descubre, desarrolla, fabrica y vende por sí sola: una parte decisiva de su ventaja competitiva depende hoy de saber seleccionar activos, licenciar tecnología, colaborar y absorber innovación externa.¹¹

Aquí aparece una primera tensión que no conviene simplificar. El sector sigue estando dominado por grandes grupos capaces de concentrar recursos, gestionar carteras globales y soportar procesos larguísimos de desarrollo, pero esa fortaleza convive con una dependencia creciente de ecosistemas abiertos de innovación. La patente, el acuerdo de licencia, la adquisición de una *biotech* prometedora o la alianza con centros de investigación no son elementos periféricos: forman parte del núcleo del modelo de negocio.¹² La innovación farmacéutica, en realidad, no funciona como una cadena lineal cerrada, sino como un proceso en el que interactúan industria, investigación pública, regulación y financiación.¹³

Eso explica también por qué las barreras de entrada son tan altas. No se trata solo del coste de investigar, sino de la combinación entre conocimiento especializado, propiedad intelectual, ensayos clínicos, capacidad regulatoria, tiempo y capital. Entrar en este mercado no consiste en producir más barato, sino en sobrevivir a una carrera de incertidumbre muy larga en la que la mayoría de los proyectos no llega al final. En términos empresariales, la ventaja no reside únicamente en tener un buen producto, sino en gestionar una cartera de proyectos, repartir riesgo, proteger posiciones temporales de exclusividad y convertir un número muy reducido de éxitos en

⁹ Gautam, A., & Pan, X. (2016). The changing model of big pharma: Impact of key trends. *Drug Discovery Today*, 21(3), 379–384.

¹⁰ Gleadle, P., & Haslam, C. (2014). Restructuring and innovation in pharmaceuticals and biotechs: The changing relationship between large and small firms. *Critical Perspectives on Accounting*, 25(7), 583–597.

¹¹ Gautam & Pan, 2016; Gleadle & Haslam, 2014.

¹² Shin, K., Lee, D., Shin, K., & Kim, E. (2018). Measuring the efficiency of U.S. pharmaceutical companies based on open innovation types. *Journal of Open Innovation: Technology, Market, and Complexity*, 4(3), artículo 34.

¹³ Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018a.

ingresos suficientes para sostener el conjunto.¹⁴ Por eso la competencia en farmacéutica no se entiende bien si se observa solo al final del proceso, en el momento de la venta.

El modelo de negocio, en consecuencia, tampoco puede leerse en términos simples de “fabricar y vender”. Lo que se monetiza no es solo el producto terminado, sino una posición temporal de exclusividad asociada a la propiedad intelectual, a la aprobación regulatoria y a la capacidad de despliegue comercial. De ahí que la lógica de cartera sea tan importante. Las grandes farmacéuticas gestionan *pipelines* con diferentes horizontes de maduración, distintas áreas terapéuticas y niveles de riesgo muy desiguales, compensando fracasos con unos pocos éxitos de alto valor.¹⁵ La literatura crítica ha insistido en que este modelo favorece dinámicas de apropiación intensa y poder de mercado; otras aproximaciones subrayan, con razón, que sin ese horizonte de apropiación sería muy difícil sostener niveles tan elevados de inversión incierta.¹⁶ El problema no está tanto en elegir una de las dos lecturas como en entender que ambas describen aspectos reales del sector.

A esa lógica se suma otra transformación importante: la creciente centralidad del medicamento especializado. Frente al viejo ideal del *blockbuster* masivo, muchas compañías persiguen ahora nichos terapéuticos de altísimo valor, con menor volumen pero precios mucho más altos y una protección competitiva más robusta.¹⁷ Esta transición no es menor, porque altera la estructura de ingresos, el tipo de relación con los sistemas sanitarios y el propio debate público sobre precios y acceso. También modifica la organización interna de las empresas, que se vuelven menos dependientes de un marketing indiscriminado de gran escala y más orientadas a capacidades regulatorias, científicas y comerciales muy específicas.¹⁸

¹⁴ Organisation for Economic Co-operation and Development. (2023a). *Enhancing competition in on-patent pharmaceutical markets*. OECD.

¹⁵ Gautam & Pan, 2016.

¹⁶ Organisation for Economic Co-operation and Development, 2023a.

¹⁷ Ku, M. S. (2015). Recent trends in specialty pharma business model. *Journal of Food and Drug Analysis*, 23(4), 595–608.

¹⁸ Ku, 2015.

Desde una perspectiva europea, además, la industria farmacéutica no solo importa por su contribución sanitaria, sino por su lugar en la base productiva y tecnológica. La Comisión Europea ha subrayado la relevancia estratégica del sector en términos de capacidades industriales, resiliencia y dependencias exteriores, especialmente a la luz de los problemas de suministro puestos de manifiesto en los últimos años.¹⁹ No es casual, por tanto, que el sector se sitúe habitualmente en el cruce entre política industrial, innovación y salud pública.

Con todo, sería un error presentar esta estructura como si respondiera a una lógica perfectamente ordenada. La industria farmacéutica combina rasgos casi opuestos: es intensiva en ciencia, pero profundamente financiera; depende de la innovación, pero tiende a proteger posiciones de mercado con enorme agresividad; necesita escala global, pero se apoya cada vez más en redes fragmentadas de innovación; produce valor social indiscutible, pero lo hace mediante mecanismos de apropiación privada que generan conflicto político y reputacional. En eso reside una de las claves del capítulo. La estructura de mercado y el modelo de negocio no son una mera antesala técnica del resto del análisis: son el punto desde el que se entienden después la presión sobre la I+D, la disputa por los precios, el papel de la regulación y la fragilidad reputacional del sector.

2. I+D, INNOVACIÓN Y CICLO DEL MEDICAMENTO

La I+D farmacéutica ocupa una posición central en el relato de legitimación del sector porque de ella depende buena parte de su justificación económica, política y social. Las compañías farmacéuticas no solo venden medicamentos; venden, en gran medida, la promesa de que los altos márgenes, la protección de las patentes y la escala de sus ingresos resultan necesarios para sostener una innovación costosa, incierta y lenta.²⁰ Esa idea contiene bastante verdad, pero no agota el problema. Lo que merece examinarse con más cuidado no es solo que investigar cueste mucho, sino qué tipo de innovación se incentiva, cómo se financia realmente y hasta qué punto ese esfuerzo se traduce siempre en avances terapéuticos proporcionales.

¹⁹ European Commission, 2021.

²⁰ Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018a.

El desarrollo de un medicamento exige recorrer un proceso largo y fuertemente regulado. Antes de llegar al mercado, el compuesto atraviesa una fase preclínica y, si supera ese primer filtro, distintas fases de ensayo clínico en humanos destinadas a comprobar seguridad, eficacia y balance beneficio-riesgo.²¹ En el contexto europeo, la autorización de comercialización depende de una evaluación científica rigurosa por parte de las autoridades regulatorias, que no valoran solo la novedad del producto, sino su calidad, seguridad y eficacia demostradas.²² Esto significa que el tiempo forma parte estructural del modelo de negocio: no es un retraso externo, sino una condición constitutiva de la innovación farmacéutica. Entre la investigación inicial y la llegada al paciente pueden pasar diez o quince años, y durante ese periodo la empresa consume capital sin ninguna garantía de éxito.

De ahí que la I+D farmacéutica se presente habitualmente como una actividad de riesgo extremo. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) subraya que el descubrimiento y desarrollo de medicamentos se caracteriza por tasas de fracaso muy elevadas y por un uso intensivo de conocimiento, financiación y capacidades regulatorias.²³ Desde la perspectiva empresarial, eso obliga a gestionar la innovación en términos de cartera: no se apuesta a un solo proyecto, sino a múltiples candidatos, sabiendo que la mayoría caerá por el camino.²⁴ El éxito de unos pocos productos debe compensar el fracaso de muchos otros. Explicar este punto solo en términos de genio científico o avance tecnológico es insuficiente; hay también una lógica financiera muy clara de diversificación del riesgo (*véase Figura II*).

²¹ European Medicines Agency. (s. f.). *Clinical trials in human medicines*. EMA.

²² European Medicines Agency. (s. f.). *Authorisation of medicines*. EMA.

²³ Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018a.

²⁴ Gautam & Pan, 2016.

Figura II. El ciclo de desarrollo del medicamento: etapas de atricción y coste acumulado



- **Fuente:** European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (2023). *Pharmaceutical Industry in Figures. Key Data 2023* (p. 6). EFPIA; DiMasi, J. A., Grabowski, H. G., & Hansen, R. W. (2016). Innovation in the pharmaceutical industry: New estimates of R&D costs. *Journal of Health Economics*, 47, 20–33.

Ahora bien, dado que el argumento del riesgo ocupa una posición tan central en la retórica del sector, se ha convertido también en uno de los puntos más debatidos en la literatura académica. Las estimaciones de referencia sobre el coste de desarrollar un nuevo medicamento, como las de DiMasi, Grabowski y Hansen, sitúan esa cifra por encima de los dos mil millones de dólares, una magnitud que incluye costes de oportunidad y ajustes por fracasos acumulados a lo largo de la

cartera.²⁵ Esa metodología ha sido sometida a una crítica relevante: otros investigadores han señalado que esas cifras tienden a sobreestimar los costes reales y no reflejan adecuadamente la contribución de la financiación pública a la investigación básica.²⁶ El debate no está cerrado, pero su existencia resulta ya en sí misma significativa: si el argumento del alto coste es el principal sostén del modelo de precios, cuestionar su rigor tiene consecuencias directas sobre la legitimidad de esa política.

En ese punto entra en juego la distinción entre innovación radical, incremental y estratégica. No todos los nuevos medicamentos inauguran una categoría terapéutica transformadora; muchos consisten en mejoras parciales, reformulaciones o extensiones de productos previos. Algunas de esas innovaciones incrementales tienen valor clínico real. Otras responden más bien a una lógica de reposicionamiento comercial, ampliación de mercado o prolongación de la vida económica del activo.²⁷ Sería ingenuo sostener que solo merece la pena la innovación disruptiva, pero también lo sería asumir que toda novedad regulatoriamente aprobada equivale a un progreso terapéutico sustancial. La economía de la innovación farmacéutica se mueve en esa zona intermedia.

La protección mediante patentes se entiende, desde ahí, como una pieza clave del sistema. Sin una exclusividad temporal suficiente, la empresa tendría escasos incentivos para asumir inversiones tan arriesgadas y de recuperación tan tardía.²⁸ Pero esa misma protección genera problemas de acceso, de poder de mercado y de tensión presupuestaria para los sistemas sanitarios. La patente no es un mero detalle jurídico del proceso innovador; es el mecanismo que conecta la incertidumbre científica con la apropiación económica del resultado. Por eso el debate sobre

²⁵ DiMasi, J. A., Grabowski, H. G., & Hansen, R. W. (2016). Innovation in the pharmaceutical industry: New estimates of R&D costs. *Journal of Health Economics*, 47, 20–33.

²⁶ Light, D. W., & Lexchin, J. (2012). Pharmaceutical research and development: What do we get for all that money? *BMJ*, 345, e4348. Panteli, D., Eckhardt, H., Nolting, A., Busse, R., & Dettloff, M. (2018). *Ensuring access to medicines: How to stimulate innovation to meet patients' needs? A policy brief for the WHO European Region*. World Health Organization, Regional Office for Europe.

²⁷ Light & Lexchin, 2012.

²⁸ Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018a.

innovación farmacéutica nunca se agota en el laboratorio. Empieza antes, en la selección de líneas de investigación, y continúa después, en la forma en que la exclusividad repercute sobre precios, competencia y acceso.

Además, la imagen de una empresa que financia de manera autónoma todo el proceso innovador resulta hoy demasiado simple. Buena parte de la investigación biomédica se apoya en conocimiento generado en universidades, centros públicos y redes de colaboración financiadas parcial o totalmente con recursos públicos.²⁹ La innovación farmacéutica contemporánea se construye, por tanto, sobre una interacción constante entre ciencia pública, inversión privada, regulación y mercado. Esto complica ciertos relatos demasiado limpios. Ni la empresa puede presentarse como única creadora del valor científico, ni el sector público sustituye por sí solo la capacidad de desarrollo clínico, escalado industrial y comercialización que caracteriza a la industria. El valor surge de una arquitectura híbrida, y justamente por eso el debate sobre la distribución de riesgos y beneficios sigue siendo tan intenso.

También ha cambiado la geografía y la lógica organizativa de la I+D. La *big pharma* ya no concentra toda su capacidad innovadora dentro de grandes estructuras internas cerradas. En las últimas décadas se ha producido una reorganización hacia redes más flexibles, con mayor externalización de fases del proceso, alianzas con *biotech*, acuerdos de licencia y localización de unidades de investigación en polos globales de innovación.³⁰ Este desplazamiento no elimina la centralidad de las grandes compañías, pero sí modifica su papel: actúan cada vez más como integradoras de conocimiento, financiadoras del desarrollo avanzado y gestoras de carteras complejas, más que como descubridoras exclusivas de principio a fin.

Todo ello ayuda a entender por qué el ciclo del medicamento tiene tanta relevancia económica y reputacional. No es solo una secuencia científica; es el itinerario a través del cual se juega la legitimidad del sector. Si un medicamento logra superar ensayos, aprobación y comercialización con un beneficio clínico claro, la industria puede presentarse como motor de progreso. Si, por el contrario, el proceso se percibe como orientado a maximizar retornos con

²⁹ Mazzucato, M. (2013). *The entrepreneurial state: Debunking public vs. private sector myths*. Anthem Press; Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018a.

³⁰ Gautam & Pan, 2016.

mejoras marginales, opacidad en costes o estrategias excesivamente agresivas de protección, la narrativa cambia por completo. La I+D, en este sentido, no es únicamente una función interna de la empresa. Es el lugar donde se decide buena parte de su credibilidad pública.

La innovación farmacéutica no puede abordarse ni desde una épica empresarial sin fisuras ni desde una crítica que la reduzca a puro mecanismo de extracción de rentas. Ambas miradas capturan algo real, pero ninguna basta. El sector necesita retornos para sostener procesos inciertos y larguísimos de investigación, pero eso no convierte automáticamente toda estrategia innovadora en socialmente óptima. En esa tensión irresuelta se sitúa una de las claves del capítulo y, más adelante, una de las razones por las que la ficción audiovisual encuentra en la industria farmacéutica un terreno narrativo tan fértil.

3. REGULACIÓN, PRECIOS Y ACCESO: EL SECTOR BAJO PRESIÓN INSTITUCIONAL

Si la innovación ocupa el centro simbólico del negocio farmacéutico, la regulación ocupa su centro operativo. No porque limite una actividad que de otro modo sería puramente libre, sino porque el medicamento nunca ha sido un producto que pueda circular según una lógica ordinaria de mercado. Antes de vender, la empresa debe demostrar calidad, seguridad y eficacia; después, debe afrontar un segundo filtro igual de decisivo: si ese producto será financiado, a qué precio, bajo qué condiciones y para qué pacientes.³¹ Buena parte del valor económico del medicamento depende, en última instancia, de atravesar ambos filtros con éxito.

Ese doble itinerario, autorización y acceso efectivo, ayuda a entender por qué la regulación no puede tratarse aquí como un marco externo. En el contexto europeo, la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) evalúa científicamente las solicitudes de autorización centralizada y la Comisión Europea concede, en su caso, una autorización válida para toda la Unión.³² Pero esa aprobación no resuelve por sí sola el problema empresarial. Un medicamento autorizado puede seguir encontrándose con fuertes restricciones de financiación, negociación de precio, evaluación

³¹ European Medicines Agency. (s. f.). *How EMA evaluates medicines for human use*. EMA.

³² European Medicines Agency. (s. f.). *Marketing authorisation*. EMA.

de coste-efectividad o entrada escalonada según los países.³³ Desde la perspectiva de la empresa, por tanto, innovar no basta: hay que convertir la aprobación regulatoria en acceso real al mercado. Desde la perspectiva del sistema sanitario, tampoco basta con que un medicamento funcione; importa si su beneficio clínico justifica el coste y si su incorporación resulta sostenible.

Aquí aparece una tensión estructural del sector. La industria necesita que el sistema retribuya la innovación para sostener inversiones largas, inciertas y costosas. Los poderes públicos, en cambio, no pueden aceptar sin más cualquier precio que la empresa pretenda legitimar mediante el argumento del riesgo innovador. La fijación y negociación del precio del medicamento se sitúa justamente en ese cruce entre incentivo y contención, entre política industrial y política sanitaria.³⁴ No basta con el argumento del “alto coste de I+D”; intervienen también poder de mercado, asimetrías de información, opacidad en los precios reales y capacidad negociadora desigual entre Estados y compañías.³⁵

La OCDE lleva años insistiendo en que el acceso a medicamentos eficaces a precios asequibles constituye uno de los grandes desafíos de los sistemas sanitarios contemporáneos.³⁶ El problema no se limita a los tratamientos extraordinariamente innovadores, aunque ahí se vuelva más visible. También afecta a la forma en que se decide qué entra en cobertura pública, con qué grado de copago, bajo qué criterios de valor terapéutico y con qué acuerdos de entrada. En muchos países, la tensión se ha desplazado desde una lógica relativamente transparente de precios oficiales hacia mecanismos más complejos: descuentos confidenciales, acuerdos de riesgo compartido,

³³ Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018a.

³⁴ Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018a; European Commission. (s. f.). *Modernising the EU pharmaceutical legislation*. European Commission. Vogler, S., Paris, V., & Ferrario, A. (2017). How can pricing and reimbursement policies improve affordable access to medicines? Lessons learned from European countries. *Applied Health Economics and Health Policy*, 15(3), 307–321.

³⁵ World Health Organization Regional Office for Europe. (2022). *Access to information in markets for medicines in the WHO European Region*. WHO/Europe. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2024). *Exploring the feasibility of sharing information on medicine prices across countries*. OECD.

³⁶ Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018a.

reembolso condicionado o *managed entry agreements*, acuerdos de acceso gestionado.³⁷ Estos instrumentos permiten introducir medicamentos de alto precio sin aceptar abiertamente el precio de lista, pero lo hacen al coste de aumentar la opacidad del sistema y dificultar la comparación internacional.³⁸

Ese movimiento dice bastante sobre el momento actual del sector. El problema no está tanto en que el precio sea alto en abstracto, como en que su legitimidad se ha vuelto cada vez más difícil de sostener públicamente. En teoría, el precio refleja valor terapéutico futuro, inversión pasada y necesidad de incentivar nuevos desarrollos. En la práctica, esa narrativa choca con tres realidades incómodas: la dificultad para conocer los costes reales, la existencia de innovaciones con beneficio clínico desigual y la creciente presión presupuestaria sobre los sistemas de salud.³⁹ Por eso la discusión sobre precios farmacéuticos nunca es puramente económica. Es también una discusión sobre transparencia, equidad y prioridades colectivas.

El acceso añade otra capa de complejidad. Incluso dentro de Europa, la disponibilidad efectiva de medicamentos no es homogénea. La propia Comisión Europea ha situado el acceso oportuno y equitativo a medicamentos seguros, eficaces y asequibles como uno de los ejes de la reforma de la legislación farmacéutica, precisamente porque la llegada de nuevos fármacos al paciente sigue siendo desigual entre Estados miembros.⁴⁰ El medicamento puede estar autorizado a escala europea y, sin embargo, llegar antes a unos países que a otros, o en condiciones muy distintas. Eso convierte el acceso en una cuestión menos técnica de lo que parece. No depende solo

³⁷ Wenzl, M., & Chapman, S. (2020). *Performance-based managed entry agreements for new medicines in OECD countries and EU member states* (OECD Health Working Papers, n.º 115). OECD Publishing. Ferrario, A., & Kanavos, P. (2015). Dealing with uncertainty and high prices of new medicines: A comparative analysis of managed entry agreements in Belgium, England, the Netherlands and Sweden. *Social Science & Medicine*, 124, 39–47.

³⁸ Organisation for Economic Co-operation and Development, 2024; World Health Organization Regional Office for Europe, 2022.

³⁹ Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018a; Organisation for Economic Co-operation and Development. (2018)b. *Excessive prices in pharmaceutical markets. Background note by the Secretariat* (DAF/COMP(2018)12). OECD.

⁴⁰ European Commission, s. f.

de la existencia del producto, sino de la capacidad de compra, de la arquitectura institucional, de las reglas de reembolso y del interés comercial de la empresa en cada mercado.

En los países con menos recursos, o con menor poder negociador, esta tensión se vuelve todavía más visible. La Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha advertido de las dificultades específicas que presentan los medicamentos innovadores de alto precio para sistemas con menor capacidad fiscal, especialmente cuando la combinación entre protección de la patente, volumen reducido de demanda y dependencia exterior limita mucho el margen de maniobra pública.⁴¹ Aquí el problema no está solo en cuánto cuesta el medicamento, sino en cómo se distribuye el acceso a la innovación entre países y entre pacientes. La promesa de la innovación biomédica pierde fuerza social cuando se convierte, de hecho, en una innovación disponible solo para algunos.

A esa presión sobre precios y acceso se suma, además, una preocupación que en los últimos años ha ganado mucho peso: la seguridad de suministro. La pandemia de COVID-19 y las interrupciones posteriores hicieron visible algo que durante mucho tiempo había permanecido en segundo plano: un sistema puede tener medicamentos autorizados y, aun así, sufrir escasez, cuellos de botella o dependencia excesiva de determinadas localizaciones productivas.⁴² La Comisión ha vinculado esta cuestión explícitamente a la resiliencia industrial europea, al problema de los medicamentos críticos y a la necesidad de reducir vulnerabilidades en la cadena de suministro.⁴³ Esto modifica el debate regulatorio. Ya no se trata solo de aprobar bien y pagar mejor, sino también de garantizar disponibilidad material y continuidad del abastecimiento.

Desde el punto de vista empresarial, todo ello significa que el entorno institucional condiciona mucho más que el cumplimiento normativo. Condiciona la rentabilidad esperada de la innovación, la selección de áreas terapéuticas, la estrategia geográfica de lanzamiento, la relación

⁴¹ Németh, B., Ghabri, S., Hamers, F. F., Kalo, Z., Klerings, I., Lepage-Nefkens, I., Manova, M., Petrova, G., Simon-Szabo, Z., & Zemplényi, A. (2022). *Access to high-priced medicines in lower-income countries in the WHO European Region*. WHO Regional Office for Europe.

⁴² European Commission. (2023). *Addressing medicine shortages in the EU*. European Commission.

⁴³ European Commission, 2023; European Commission. (2025, 11 de marzo). *Commission proposes new rules to ensure stable supply of critical medicines* [Nota de prensa]. European Commission.

con pagadores públicos y, en último término, la reputación de la compañía. Una empresa farmacéutica no compete únicamente con moléculas o plataformas tecnológicas; compete también en el terreno de la evaluación regulatoria, la negociación de valor y la aceptabilidad política de sus precios. Por eso regulación, precios y acceso forman una tríada difícil de separar.

Sería un error, con todo, reducir este apartado a un enfrentamiento binario entre industria y poder público. La relación es mucho más ambigua. Los Estados necesitan a la industria para transformar conocimiento científico en tratamientos disponibles; la industria necesita a los Estados como reguladores, compradores, financiadores indirectos y garantes de legitimidad. El conflicto aparece porque ambos operan con racionalidades distintas y parcialmente incompatibles: la empresa busca apropiarse del valor de la innovación; el sistema sanitario intenta traducir esa innovación en acceso sostenible y equitativo. Esa fricción no es una anomalía del sector. Es, en buena medida, su forma normal de funcionamiento. Y de ella nacen después muchas de las controversias que la ficción recoge con tanta facilidad: precios percibidos como abusivos, opacidad, captura regulatoria, desigualdad de acceso o subordinación de la salud a la lógica comercial.

4. REPUTACIÓN CORPORATIVA Y PERCEPCIÓN PÚBLICA: QUÉ DICEN LOS DATOS

Pocas industrias viven tan expuestas a una tensión reputacional tan persistente como la farmacéutica. Su legitimidad pública no depende únicamente de su desempeño económico ni de su capacidad de innovar, sino de algo más delicado: que la sociedad perciba que el beneficio privado no desborda la finalidad sanitaria que justifica su actividad. Precisamente por eso, la reputación del sector nunca ha sido estable. Oscila entre el reconocimiento de su contribución terapéutica y la sospecha de que, en cuestiones decisivas, la lógica comercial pesa demasiado.⁴⁴

Los datos disponibles no dibujan una imagen unívoca, pero sí bastante reveladora. En Estados Unidos, Gallup ha venido mostrando en los últimos años una percepción negativa de la industria farmacéutica como sector económico. En su medición más reciente, solo un porcentaje

⁴⁴ Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018a.

reducido de los encuestados declara tener una opinión positiva del sector, frente a una mayoría con valoración negativa.⁴⁵ No se trata de un matiz menor. El dato sugiere que, cuando la farmacéutica aparece en la conversación pública como industria o negocio, su imagen queda fuertemente condicionada por cuestiones como precios, poder corporativo o conflictos de interés, más que por su aportación científica.

Esa mala imagen, sin embargo, no significa una deslegitimación total del sector. En estudios internacionales centrados específicamente en la industria farmacéutica innovadora, la percepción resulta más ambivalente. La encuesta global de Ipsos para la Federación Internacional de Asociaciones y Fabricantes Farmacéuticos (IFPMA) mostró una mejora de reputación tras la pandemia y recogió que una mayoría de los encuestados reconoce el valor de la innovación farmacéutica y los beneficios que aporta a la sociedad.⁴⁶ El dato debe manejarse con cautela, procede de una investigación encargada por una organización representativa del propio sector, pero aun así resulta útil para captar algo que otros estudios también sugieren: la reputación farmacéutica no es linealmente mala, sino inestable y fragmentada. El problema no está tanto en la ausencia de reconocimiento como en la dificultad para consolidarlo.

Ese carácter ambivalente se entiende mejor si se distingue entre confianza en la salud y confianza en la industria. El informe especial sobre salud del Edelman Trust Barometer 2025 muestra que la sanidad sigue siendo un espacio donde la confianza importa enormemente, pero también advierte de un ecosistema cada vez más fragmentado, en el que la legitimidad depende no solo de la competencia técnica, sino de la credibilidad social y comunicativa de los distintos actores.⁴⁷ Esto tiene consecuencias directas para la industria farmacéutica. Una compañía puede presentar datos sólidos, invertir en investigación y cumplir formalmente con la regulación, y aun así no generar confianza suficiente si el contexto público la sitúa del lado de la opacidad, los precios excesivos o la influencia desmedida.

⁴⁵ Gallup. (2025). *Business and industry sector ratings*. Gallup News.

⁴⁶ Ipsos. (2022, 30 de noviembre). *Improvement seen in research-based pharma industry reputation*. Ipsos.

⁴⁷ Edelman. (2025). *2025 Edelman Trust Barometer. Special report: Trust and health*. Edelman.

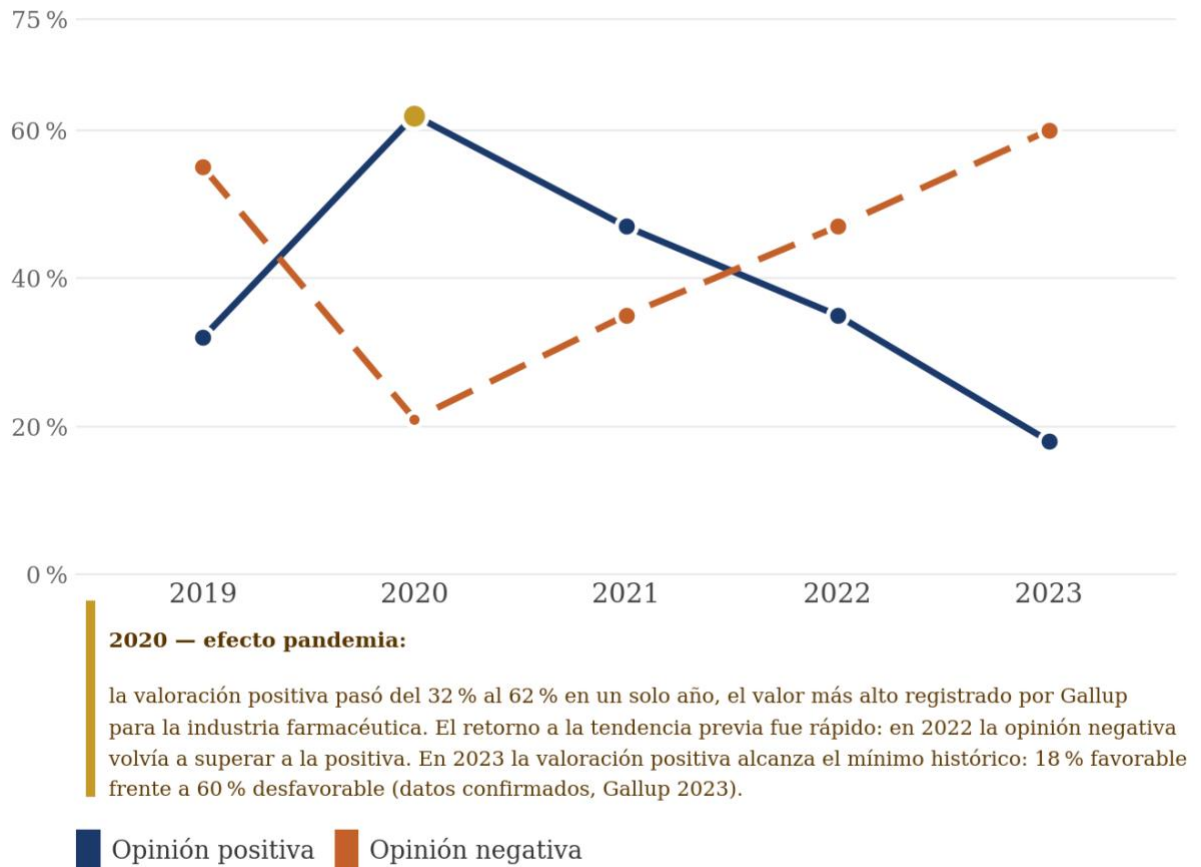
Aquí aparece una cuestión importante: la reputación del sector no se deteriora solo por escándalos excepcionales. También se erosiona por acumulación. La polémica sobre el precio de ciertos tratamientos, la percepción de opacidad en los costes, las controversias sobre marketing agresivo, los litigios o los episodios de captura regulatoria no siempre producen una crisis aislada, pero van sedimentando una imagen de fondo.⁴⁸ La industria farmacéutica arrastra así un problema reputacional peculiar: sus éxitos científicos salvan vidas, pero no siempre mejoran en la misma proporción su legitimidad social.

La pandemia de COVID-19 alteró parcialmente esa lógica, aunque no la resolvió. Durante los años de desarrollo acelerado de vacunas, la industria apareció con más claridad como actor imprescindible de innovación y respuesta global. Sin embargo, ese capital reputacional convivió desde muy pronto con debates intensos sobre acceso desigual, propiedad intelectual, beneficios extraordinarios y dependencia de financiación pública previa.⁴⁹ Lo relevante no es tanto si la pandemia mejoró o empeoró la imagen del sector de forma definitiva, sino que hizo visible su doble cara con más fuerza que nunca: capacidad científica extraordinaria y, al mismo tiempo, sospecha persistente sobre la distribución de riesgos, beneficios y acceso (*véase Figura III*).

⁴⁸ Saad, L. (2023, 13 de septiembre). Retail, pharmaceutical industries slip in public esteem. *Gallup News*. Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018a.

⁴⁹ Edelman, 2025; Ipsos, 2022; Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018a.

Figura III. Percepción pública de la industria farmacéutica en EE.UU.: opinión pública 2019–2023 (% encuestados)



- **Fuentes:** Gallup. (2023, 13 de septiembre). *Retail, pharmaceutical industries slip in public esteem*. Gallup News. Encuesta: 1.014 adultos, 1–23 agosto 2023 (±5 pp, NC 95 %).

Por eso los datos reputacionales deben leerse siempre en relación con el tipo de pregunta que se formula. Cuando se interroga a la industria como sector empresarial, suelen pesar más los juicios sobre precios, ética y poder. Cuando se pregunta por medicamentos concretos, innovación o avances para pacientes, el reconocimiento aumenta. La farmacéutica es una industria valorada por lo que hace, pero discutida por cómo lo hace y por cómo monetiza ese valor. Su problema reputacional no nace de una falta de utilidad social, sino de una brecha entre utilidad y legitimidad percibida.

En términos de Administración y Dirección de Empresas, esto tiene consecuencias concretas. La reputación no es aquí un activo blando ni una cuestión ornamental de comunicación corporativa. Condiciona la relación con reguladores, con pagadores públicos, con profesionales sanitarios y con la ciudadanía. También influye en el margen político y social del que dispone la empresa para defender precios, negociar reembolsos o sostener determinadas estrategias de propiedad intelectual.⁵⁰ Porque el negocio farmacéutico depende en medida decisiva de la confianza institucional y social, la reputación se convierte en una variable estratégica de primer orden.

La industria farmacéutica ocupa una posición singular: es percibida como necesaria, innovadora y, al mismo tiempo, potencialmente abusiva. Esa ambivalencia no es un detalle de imagen, sino una condición estructural del sector. La ficción audiovisual no inventa desde cero esa tensión reputacional; trabaja sobre ella, la intensifica y la vuelve visible.

CAPÍTULO II. ENTRE ESTEREOTIPO Y EVIDENCIA: TRES MIRADAS AUDIOVISUALES SOBRE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

1. CORRUPCIÓN, ENSAYOS CLÍNICOS Y PODER CORPORATIVO GLOBAL: *THE CONSTANT GARDENER* (2005)

La pregunta que articula *The Constant Gardener* (Fernando Meirelles, 2005) no tiene que ver con la medicina, aunque todo transcurra en torno a un medicamento. Tiene que ver con quién asume los costes de un negocio cuando esos costes no se contabilizan en euros sino en vidas. El antituberculoso Dypraxa, desarrollado por la empresa ficticia KDH, se ensaya sobre comunidades keniatas pobres sin consentimiento informado real, con efectos adversos conocidos suprimidos de los informes y con la complicidad activa de estructuras diplomáticas británicas. El diplomático Justin Quayle (Ralph Fiennes) reconstruye esta trama siguiendo el rastro que dejó su mujer Tessa (Rachel Weisz) antes de ser asesinada: un camino que va de Nairobi a Turín y de Turín a Londres, y que va ensanchando el perímetro de la culpa hasta incluir a instituciones que debían proteger a las víctimas. Basada en la novela homónima de John le Carré, la película utiliza la estructura

⁵⁰ Edelman, 2025; Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018a.

del *thriller* político para hacer algo más ambicioso: demostrar que el daño corporativo no requiere villanos excepcionales, sino sistemas con incentivos que funcionan.

Narrativamente, la película construye su argumento por acumulación: cada nueva información que Justin desentierra no solo avanza la trama, sino que amplía el mapa de la responsabilidad.⁵¹ El asesinato de Tessa y el del médico belga Arnold Bluhm (Hubert Koundé), que colaboraba con ella en la investigación, no son accidentes del argumento; son la resolución lógica de lo que ocurre cuando los datos incómodos tienen testigos dispuestos a hablar. El espectador acompaña a Justin sin saber nunca exactamente qué pasó, y la revelación es siempre parcial, fragmentaria. Ese efecto no es casual: hace que la corrupción no aparezca como un secreto que guardan unos pocos, sino como un entorno que todos los implicados prefieren no ver con demasiada claridad. Cuando Justin, al final, vuelve al mismo lugar donde fue asesinada Tessa, el cierre tiene una coherencia que podría leerse como derrota o como el único acto libre que le quedaba.

El análisis de la representación empresarial revela la lógica interna del sistema. KDH no delibera sobre ética; gestiona el riesgo de ser descubierta. Dypraxa está próxima a la aprobación regulatoria, el mercado global de la tuberculosis es enorme : la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó en su informe de 2023 más de 10 millones de casos nuevos anuales y cerca de 1,3 millones de fallecidos, con una carga desproporcionada en países de renta baja y media,⁵² y los efectos secundarios detectados podrían comprometer años de inversión. Desde la lógica financiera que la película establece, suprimir la información es racional. Los ensayos se externalizan a Kenia porque la regulación es débil, porque reclutar participantes es más rápido y barato que en Europa, y porque el coste político de un fracaso en ese contexto es menor. No es crueldad; es arbitraje. Y eso es exactamente lo que hace la obra más incómoda que si KDH fuera simplemente malvada.

Esta lógica de externalización tiene una dimensión económica que la película intuye pero no despliega y que merece explicitarse. Entre mediados de los noventa y la primera década del siglo XXI, la proporción de ensayos clínicos realizados fuera de Europa y Norteamérica creció de

⁵¹ Bordwell & Thompson, 2008.

⁵² World Health Organization. (2023). *Global tuberculosis report 2023*. WHO.

forma muy significativa. Thiers, Sinskey y Bhargava documentaron que, entre 1995 y 2005, el número de investigadores activos en países de renta baja y media se multiplicó a un ritmo muy superior al de los países de alta renta, impulsado por menores costes operativos, mayor velocidad de reclutamiento y, en ciertos entornos, una supervisión institucional más laxa.⁵³ Esta tendencia fue acompañada por la expansión de la industria de organización contractual de investigación (CRO, del inglés *contract research organization*), que gestiona externamente los ensayos por cuenta de la empresa patrocinadora. Jill Fisher, socióloga médica de la Universidad de Carolina del Norte, ha analizado cómo esa arquitectura distribuye la responsabilidad entre actores distintos de forma que ninguno asume íntegramente las consecuencias de lo que el proceso en su conjunto produce.⁵⁴ KDH no necesita ordenar nada directamente: basta con que cada nodo de la cadena actúe dentro de lo que le corresponde.

Adriana Petryna, antropóloga médica de la Universidad de Pensilvania, ha analizado también este fenómeno mostrando cómo la globalización de los ensayos responde en parte a una búsqueda deliberada de entornos donde las asimetrías regulatorias y de poder facilitan un reclutamiento más rápido y barato.⁵⁵ El referente histórico más preciso para entender el escenario que la película construye es el de Pfizer en Kano (Nigeria) en 1996: durante un brote de meningitis, la compañía administró trovafloxacino, un antibiótico experimental, a niños sin seguir los protocolos de consentimiento establecidos. Once niños murieron y decenas sufrieron daños neurológicos permanentes; el litigio duró más de una década y se resolvió extrajudicialmente en condiciones que la empresa no quiso hacer públicas.⁵⁶ La película no inventa ese escenario; lo condensa y lo vuelve comprensible para un público amplio. Los grandes rasgos del problema: vulnerabilidad regulatoria de ciertos entornos, asimetría de poder entre empresa global y

⁵³ Thiers, F. A., Sinskey, A. J., & Berndt, E. R. (2008). Trends in the globalization of clinical trials. *Nature Reviews Drug Discovery*, 7(1), 13–14.

⁵⁴ Fisher, J. A. (2009). *Medical research for hire: The political economy of pharmaceutical clinical trials*. Rutgers University Press.

⁵⁵ Petryna, A. (2009). *When experiments travel: Clinical trials and the global search for human subjects*. Princeton University Press.

⁵⁶ Angell, M. (1997). The ethics of clinical research in the third world. *The New England Journal of Medicine*, 337(12), 847–849.

comunidad local, incentivo para acelerar procesos donde el control es menor, tienen respaldo histórico y académico real.

En 2000, Ezekiel Emanuel, David Wendler y Christine Grady, bioéticos del Centro Clínico de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, propusieron siete criterios para determinar cuándo una investigación con seres humanos puede considerarse éticamente aceptable: valor científico, validez metodológica, selección equitativa de participantes, proporción favorable entre riesgo y beneficio, revisión independiente, consentimiento informado y respeto continuado por los participantes. Cada uno de esos principios aparece comprometido en el escenario que la película retrata.⁵⁷ El valor del objetivo en abstracto existe: una tuberculosis tratable de forma más eficaz salvaría millones de vidas. El método es inaceptable. Se elige a los más vulnerables no porque la ciencia lo requiera, sino porque se puede. La Declaración de Helsinki y las directrices del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) establecen exactamente los límites que aquí se cruzan,⁵⁸ Lo que la película representa es la sistemática vulneración de cada uno de esos principios en el escenario ficticio que construye.

Donde el análisis debe distanciarse de la ficción es en el cuadro institucional que la rodea. Solomon Benatar, bioético de la Universidad de Ciudad del Cabo y la Universidad de Toronto con amplia trayectoria en ética de la investigación en países en desarrollo, ha señalado que el esquema de empresa occidental depredadora sobre comunidad local pasiva puede reproducir, a su modo, una mirada que oscurece la agencia y la responsabilidad de los actores del entorno local.⁵⁹ El propósito no es exculpar a KDH, pues la explotación existe y ha existido y los datos históricos la documentan, sino completar el análisis: el sistema que la hace posible no es unidireccional. Lo que la película deja fuera es la parte más difícil de procesar: el problema no desaparece cuando Justin lo descubre, y la solución no puede ser individual. La respuesta efectiva exige armonización

⁵⁷ Emanuel, E. J., Wendler, D., & Grady, C. (2000). What makes clinical research ethical? *JAMA*, 283(20), 2701–2711.

⁵⁸ World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. Council for International Organizations of Medical Sciences. (2016). *International ethical guidelines for health-related research involving humans* (4.^a ed.). CIOMS.

⁵⁹ Benatar, S. R. (2002). Reflections and recommendations on research ethics in developing countries. *Social Science & Medicine*, 54(7), 1131–1141.

internacional de estándares, capacidad institucional en los países receptores y mecanismos de supervisión independiente que ningún personaje puede protagonizar dramáticamente.

2. CIENCIA, CONFIANZA E INSTITUCIÓN BAJO PRESIÓN: *CONTAGION* (2011)

Antes de analizar *Contagion*, conviene detenerse en una categoría que *The Constant Gardener* activa de forma explícita y que aquí, por su ausencia, adquiere peso analítico específico: la del villano corporativo. Vladimir Propp, en su estudio de la morfología del cuento popular, identificó al antagonista como una función narrativa invariante: el agente que genera el desequilibrio inicial y motoriza el relato, independientemente de la forma concreta que adopte en cada historia. Carl Gustav Jung, por su parte, describió la «sombra» como el arquetipo que concentra lo que el sujeto rechaza de sí mismo y proyecta sobre una figura externa y amenazante. El cine de crítica social ha encontrado en la empresa depredadora, y en particular en la farmacéutica, un vehículo extraordinariamente eficaz para esa proyección: un actor con recursos, poder y opacidad suficientes para encarnar el daño colectivo de forma localizable y narrativamente manejable. *The Constant Gardener* y *Dopesick* funcionan, con distinto grado de explicitación, dentro de esa lógica. *Contagion*, no.⁶⁰

Contagion (Steven Soderbergh, 2011) no tiene villano corporativo. Eso, dentro de este corpus, es ya una afirmación analítica. La película trabaja sobre un supuesto que la obra anterior no contempla: la industria farmacéutica no como problema sino como parte necesaria de la solución, y la amenaza principal no como corrupción ni como codicia, sino como la simple velocidad con que un virus puede sobrepasar la capacidad de respuesta de cualquier sistema, por bien diseñado que esté.

La película adopta una estructura coral que sitúa el problema frente al espectador desde ángulos simultáneos. La epidemióloga Erin Mears (Kate Winslet) muere en una carpa de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, del inglés *Federal Emergency Management Agency*) antes de que llegue la vacuna. La viróloga Ally Hextall (Jennifer Ehle) se

⁶⁰ Propp, V. (1928). *Morfología del cuento*. Akal (ed. española: 1981). Jung, C. G. (1959). *Aion: Researches into the phenomenology of the self*. Princeton University Press. La categoría del antagonista como función narrativa estructural (Propp) y como proyección arquetípica de la sombra (Jung) son dos de los marcos más utilizados en los estudios de narratología aplicada al cine de crítica social.

autoinocula el candidato vacunal para acelerar los plazos clínicos. El Dr. Ellis Cheever (Laurence Fishburne), director adjunto de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), gestiona la comunicación pública con información que no puede revelar por completo. Alan Krumwiede (Jude Law), bloguero, monetiza la incertidumbre colectiva promoviendo la forsitia como tratamiento mientras acumula donaciones y seguidores.

La representación de la industria en *Contagion* es más sutil que en la obra anterior, precisamente porque no aparece como antagonista. El desarrollo de la vacuna ocurre principalmente dentro de marcos institucionales, y cuando los incentivos comerciales asoman, lo hacen de forma lateral. Una de las secuencias más cargadas de la película muestra un sorteo público: bolas numeradas extraídas en directo, vinculadas a fechas de nacimiento, que determinan el orden de acceso a la vacuna cuando esta no alcanza para todos. El dispositivo podría leerse como un recurso dramático de bajo coste; tiene más profundidad que eso. Ese mecanismo anticipa con exactitud el debate que se daría una década después con las vacunas de COVID-19, donde la desigualdad de acceso global no fue consecuencia de malicia empresarial sino de capacidad productiva limitada, acuerdos de compra anticipada y una arquitectura institucional que favorecía sistemáticamente a los países con más recursos.⁶¹ La Figura IV ilustra la magnitud de esa desigualdad estructural en términos de gasto farmacéutico per cápita a escala global (*véase Figura IV*).

Figura IV. Gasto farmacéutico per cápita en nueve países (USD PPA, 2021)

Ranking	País	Gasto (USD PPA)	Grupo de renta	Escala relativa (proporción sobre EE.UU.)
1	Estados Unidos	1.432	Alta	100%
2	Alemania	763	Alta	53%
3	Francia	619	Alta	43%
4	España	467	Alta	33%
5	Brasil	207	Media-alta	14%
6	China	116	Media-alta	8%
7	Sudáfrica	84	Media-alta	6%
8	India	51	Media-baja	4%
9	Nigeria	18	Media-baja	1%

⁶¹ Wouters et al., 2021.

- **Fuentes:** Organisation for Economic Co-operation and Development (2023). *OECD Health Statistics 2023*, para países miembros de la OCDE: EE.UU., Alemania, Francia y España; World Health Organization (2023). *Global Health Expenditure Database*, para Brasil, China, Sudáfrica, India y Nigeria; World Bank (2023). *World Bank country and lending groups*. Datos expresados en dólares estadounidenses ajustados por paridad de poder adquisitivo (PPA). Clasificación de renta según Banco Mundial.

El personaje de Krumwiede añade una dimensión que la pandemia de COVID-19 haría extraordinariamente relevante y que conviene analizar en sus propios términos económicos. Krumwiede no es un excéntrico ni un ignorante: es un emprendedor de la incertidumbre. Monetiza el miedo mediante donaciones digitales, posiciona un producto sin eficacia demostrada y construye una audiencia fiel en la medida en que erosiona la confianza en las fuentes oficiales. La OMS acuñó en 2020 el término «infodemia» para describir la sobreabundancia de información, veraz y falsa simultáneamente, que circuló en paralelo al virus de COVID-19, y documentó que la desinformación sanitaria, una vez instalada en plataformas con alta viralidad, puede ralentizar la respuesta colectiva, reducir la adherencia a medidas de salud pública y generar demanda de tratamientos no validados con consecuencias clínicas directas.⁶² *Contagion* representó ese fenómeno nueve años antes de que ocurriera a escala global, y lo representó con una precisión que no es casual.

Esa precisión se explica en parte por la metodología creativa del equipo. Ian Lipkin, epidemiólogo de la Universidad de Columbia y uno de los principales especialistas mundiales en enfermedades infecciosas emergentes, actuó como consultor científico del filme, un papel que Kirby documenta como determinante no solo para los detalles técnicos sino para la propia arquitectura de la narración. David Kirby, investigador de la Universidad de Manchester que ha estudiado el papel de los asesores científicos en las producciones de Hollywood, sostiene que la participación de consultores con credenciales reales no solo afecta a los detalles técnicos sino a la arquitectura narrativa misma: los procesos se vuelven más lentos, más inciertos, más colectivos, porque alguien en el equipo conoce su funcionamiento real y resiste las simplificaciones que el

⁶² World Health Organization. (2020). *Managing the COVID-19 infodemic: Promoting healthy behaviours and mitigating the harm from misinformation and disinformation*. WHO.

guion pide.⁶³ Eso explica que el MEV-1 se comporte con lógica epidemiológica real, que los debates sobre el uso de adyuvantes o las fases de ensayo clínico no se simplifiquen de forma brusca, y que la película capture algo que la ficción sobre pandemias suele perder: la ciencia no falla por incompetencia, sino por límites de tiempo, de información y de coordinación. Lo que *Contagion* mostraba sobre la tensión entre rigor científico y urgencia pública fue confirmado con extraordinaria literalidad durante la pandemia de COVID-19.⁶⁴

La comunicación institucional en emergencias es quizás el eje más fértil del análisis. La OMS ha documentado que la gestión de la incertidumbre en crisis sanitarias genera dilemas de difícil resolución para cualquier institución: si admite lo que no sabe, la credibilidad se erosiona; si lo oculta, la erosión llega igualmente cuando la realidad la desmiente.⁶⁵ El Dr. Cheever encarna ese dilema sin ser corrupto ni negligente: avisa a su novia para que abandone Chicago , y luego debe afrontar las consecuencias de ese privilegio de información, pero no puede comunicar todo lo que sabe porque la comunicación prematura podría generar pánico y obstaculizar la respuesta. No hay salida limpia. Eso, que en la ficción se procesa como tensión dramática, en la realidad institucional se denomina gestión del riesgo comunicativo, y es uno de los problemas más documentados en la bibliografía sobre gobernanza de emergencias sanitarias.

Donde la película simplifica es en la velocidad de resolución. Un candidato vacunal desarrollado y distribuido en meses no refleja los plazos de ningún proceso regulatorio ordinario. La pandemia de COVID-19 fue excepcional, entre otras razones, porque esos plazos se comprimieron gracias a condiciones que no siempre se dan: financiación anticipada masiva de organismos como la Autoridad para la Investigación y el Desarrollo Biomédico Avanzado de los EE.UU. (BARDA) y la Coalición para las Innovaciones en Preparación para Epidemias (CEPI), plataformas tecnológicas de ARNm ya en desarrollo previo, y eliminación deliberada de etapas

⁶³ Kirby, D. A. (2011). *Lab coats in Hollywood: Science, scientists and cinema*. MIT Press.

⁶⁴ Wouters et al., 2021.

⁶⁵ World Health Organization. (2017). *Communicating risk in public health emergencies: A WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice*. WHO.

administrativas no esenciales.⁶⁶ En condiciones normales, la trayectoria de Hextall sería científicamente inverosímil. El punto importante no es la precisión del guion, sino lo que el relato dice sobre la posibilidad de respuesta cuando los actores, industria, institución, regulación y opinión pública, están alineados; una alineación que, como la propia pandemia demostró, es mucho más frágil de lo que parecía.

3. COMERCIALIZACIÓN AGRESIVA, CAPTURA REGULATORIA Y COLAPSO REPUTACIONAL: *DOPESICK* (2021)

A diferencia de las dos obras analizadas hasta aquí, *Dopesick* (Hulu, 2021, creada por Danny Strong a partir del libro de investigación de la periodista Beth Macy) es una miniserie de ocho episodios, y esa diferencia de formato tiene implicaciones analíticas. La extensión de la narración serial permite un desarrollo mucho más detallado de la cadena causal, seguir a múltiples personajes a lo largo del tiempo y construir una acusación acumulativa que difícilmente podría sostenerse en un largometraje con los mismos recursos narrativos. Lo que distingue a *Dopesick* de *The Constant Gardener* no es sólo el contexto: Estados Unidos en lugar de Kenia, opioides en lugar de tuberculosis, sino la naturaleza del problema. Si en *Contagion* vimos cómo la industria puede formar parte de la respuesta institucional ante una crisis, *Dopesick* desmonta cualquier lectura complaciente desde el interior del sistema sanitario más vigilado del mundo. Aquí no hay vulnerabilidades regulatorias periféricas ni complicidad diplomática en países lejanos. La máquina de comercialización de Purdue Pharma funcionó durante años con herramientas que no eran excepcionales: incentivos de ventas, líderes de opinión médicos, congresos, visitas a consulta. Lo que la convierte en catástrofe no es la singularidad de las herramientas, sino la escala del daño que produjeron y la duración de la impunidad que lo acompañó.

La estructura narrativa de la miniserie trabaja con múltiples líneas temporales que van convergiendo hacia la misma catástrofe desde ángulos distintos. El análisis de personajes y decisiones narrativas que sigue es elaboración propia, aplicando el marco metodológico de Bordwell y Thompson, a partir del visionado de la obra y las fuentes documentales y periodísticas

⁶⁶ Wouters et al., 2021.

que sustentan el contraste empírico.⁶⁷ Richard Sackler (Michael Stuhlbarg), heredero de la familia propietaria y principal impulsor de la estrategia comercial de Purdue, empuja esa estrategia con una convicción que la serie retrata como casi mesiánica: el problema no es OxyContin, el problema son los adictos que no merecen el medicamento. El representante de ventas Billy Cutler (Will Poulter) visita al Dr. Samuel Finnix (Michael Keaton), un médico de familia en la Virginia de los Apalaches que confía en la información que le dan porque confía en la ciencia, y que acabará desarrollando él mismo dependencia al medicamento que prescribía. La paciente Betsy Mallum (Kaitlyn Dever) ancla el relato a la escala humana de lo que los datos sobre sobredosis miden en abstracto. Esa cadena: ejecutivo, representante, médico, paciente, no es solo dramaturgia: es la cadena real de transmisión del producto, y la serie la sigue con una lógica casi documental.

La afirmación central de la estrategia de Purdue, que OxyContin tenía un potencial adictivo inferior al 1%, se construyó sobre la apropiación de una carta de cinco frases publicada en 1980 en *The New England Journal of Medicine* por Jane Porter y Hershel Jick, que documentaba tasas bajas de dependencia en pacientes hospitalizados tratados con opioides y que nunca fue un estudio diseñado para sostener ese argumento aplicado a millones de pacientes ambulatorios con dolor crónico.⁶⁸ La noción de «pseudo-adicción», término acuñado originalmente en 1989 por los clínicos David Weissman y David Haddox para describir un síndrome de infratratamiento del dolor en contextos hospitalarios muy concretos, fue reaprovechada sistemáticamente desde la empresa para redirigir el diagnóstico de dependencia hacia una supuesta infradosificación, ilustrando con precisión cómo el lenguaje clínico puede funcionar como herramienta de gestión comercial cuando se descontextualiza de forma deliberada.⁶⁹

⁶⁷ Bordwell & Thompson, 2008.

⁶⁸ Porter, J., & Jick, H. (1980). Addiction rare in patients treated with narcotics. *New England Journal of Medicine*, 302(2), 123.

⁶⁹ Weissman, D. E., & Haddox, J. D. (1989). Opioid pseudoaddiction—an iatrogenic syndrome. *Pain*, 36(3), 363–366. La apropiación comercial del concepto por parte de Purdue está documentada en Van Zee, A. (2009). The promotion and marketing of OxyContin: Commercial triumph, public health tragedy. *American Journal of Public Health*, 99(2), 221–227.

Esta estrategia no era gratuita, pero tampoco era excepcional en el sector. Marc-André Gagnon y Joel Lexchin calcularon que la industria farmacéutica estadounidense destinaba a principios de siglo, en términos agregados, aproximadamente el doble de recursos al marketing y la promoción que a la investigación y el desarrollo, con estimaciones del gasto promocional que superaban los 57.000 millones de dólares anuales.⁷⁰ En el caso de Purdue específicamente, la compañía multiplicó su fuerza de ventas de 318 representantes en 1996 a más de 600 en cuatro años, desarrolló sistemas de comisión ligados al volumen prescrito y a las dosis más altas, e identificó mediante bases de datos de historial de recetas a los médicos con mayor potencial prescriptor.⁷¹ El impacto de esos incentivos sobre la prescripción no era imprevisible: Scott Hadland y sus colaboradores han documentado, en un análisis publicado en *JAMA Internal Medicine*, que los pagos de la industria farmacéutica a médicos, en concepto de honorarios por ponencias, asesoramiento o comidas, se asociaron estadísticamente con tasas de prescripción de opioides significativamente más elevadas, con un efecto especialmente pronunciado entre los especialistas con mayor exposición a esas transferencias de valor.⁷²

La dimensión de captura regulatoria es la más estructuralmente interesante del caso, y también la más invisible en la narrativa de la serie. En la literatura de economía política, la captura regulatoria designa el proceso por el que un regulador deja de actuar en el interés general y empieza a hacerlo en el del sector que supervisa. Ernesto Dal Bó, de la Universidad de California en Berkeley, propuso en 2006 una revisión ampliamente citada del concepto, en la que distinguía entre formas de captura basadas en la corrupción directa y formas más sutiles, construidas a lo largo del tiempo mediante la progresiva convergencia de intereses, lenguaje y supuestos entre regulador e industria.⁷³ El caso de Purdue tiene uno de los ejemplos más documentados: el

⁷⁰ Gagnon, M. A., & Lexchin, J. (2008). The cost of pushing pills: A new estimate of pharmaceutical promotion expenditures in the United States. *PLoS Medicine*, 5(1), e1.

⁷¹ Van Zee, 2009.

⁷² Hadland, S. E., Rivera-Aguirre, A., Marshall, B. D., & Cerdá, M. (2019). Association of pharmaceutical industry marketing of opioid products to physicians with subsequent opioid prescribing. *JAMA Internal Medicine*, 179(7), 906–915.

⁷³ Dal Bó, E. (2006). Regulatory capture: A review. *Oxford Review of Economic Policy*, 22(2), 203–225.

funcionario de la Agencia de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, del inglés *Food and Drug Administration*) que supervisó la aprobación del etiquetado de OxyContin en 1995 , con la indicación de que el riesgo de adicción era bajo para los pacientes con dolor legítimo, comenzó a trabajar para la propia Purdue Pharma pocos años después de esa aprobación.⁷⁴ No hubo soborno visible ni conspiración elaborada: hubo un sistema donde las asimetrías de información e influencia entre regulador e industria son estructurales, y donde el movimiento entre ambas esferas resulta casi rutinario. Dal Bó llamaría a esto captura en su forma más sutil: no la que se compra, sino la que se construye a lo largo del tiempo mediante relaciones compartidas y un modo común de entender el problema.

La evidencia estadística que rodea el caso hace difícil sostener que la serie exagere en sus trazos principales. Art Van Zee, médico de medicina familiar de la región de Southwest Virginia y uno de los primeros profesionales en documentar el impacto clínico de OxyContin sobre sus propios pacientes, publicó en 2009 un análisis sistemático que relacionaba directamente la estrategia de marketing de Purdue con el aumento de las tasas de adicción y sobredosis en las poblaciones más expuestas.⁷⁵ Los datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) confirman que, entre 1999 y 2021, más de 500.000 personas murieron por sobredosis de opioides en Estados Unidos, con una curva de crecimiento que coincide en el tiempo con los años de mayor penetración comercial del producto.⁷⁶ Patrick Radden Keefe, periodista de investigación del *New Yorker* que dedicó más de una década a documentar la historia de la familia Sackler, ha reconstruido además cómo las donaciones masivas de esa familia a museos, universidades e instituciones culturales de prestigio mundial se convirtieron en un escudo reputacional de extraordinaria eficacia durante décadas.⁷⁷ La reputación como activo estratégico

⁷⁴ Keefe, P. R. (2021). *Empire of pain: The secret history of the Sackler dynasty*. Doubleday.

⁷⁵ Van Zee, 2009.

⁷⁶ Spencer, M. R., Garnett, M. F., & Miniño, A. M. (2023). Drug overdose deaths in the United States, 2002–2022. *NCHS Data Brief*, n.º 491. National Center for Health Statistics, CDC.

⁷⁷ Keefe, 2021.

tiene aquí su reverso más oscuro: no solo puede construirse con comunicación, sino también comprarse con filantropía.

Donde la miniserie simplifica es en la singularización de la causa. Otros fabricantes de opioides, distribuidores mayoristas, farmacias y un sistema sanitario con escasas alternativas para el dolor crónico contribuyeron de forma documentada a la magnitud del problema.⁷⁸ La narrativa serial necesita antagonistas identificables, y el resultado es una reducción de la crisis sistémica a una historia de actores concretos. El riesgo de esa reducción no es solo analítico: sugiere implícitamente que eliminar a los responsables identificables resolvería el problema, cuando la evidencia apunta a que los incentivos estructurales seguirían operando con otros protagonistas. Purdue declaró la quiebra en 2019 y acordó el pago de más de 8.000 millones de dólares en cargos penales y civiles; la crisis de opioides no se detuvo (*véase Figura V*).

Figura V. Escalada comercial, respuesta institucional y daño acumulado: cronología del caso OxyContin (1995–2021)

Año	Dimensión	Hecho documentado
1995	Regulatoria	La FDA aprueba OxyContin con etiquetado que indica bajo riesgo de adicción en pacientes con dolor legítimo; el funcionario supervisor pasará a trabajar para Purdue años después.
1996–2000	Comercial	Purdue multiplica su fuerza de ventas de 318 a más de 600 representantes; introduce sistemas de incentivos ligados a dosis y volumen; identifica mediante bases de datos a los médicos con mayor potencial prescriptor.
1998–2001	Comercial	Ingresos anuales de OxyContin superan los 1.000 millones de dólares; primeros reportes documentados de abuso y desvío en comunidades rurales de Virginia, West Virginia y Kentucky.
2001	Regulatoria	Purdue paga una multa federal de 2 millones de dólares por publicidad engañosa; la estrategia comercial continúa sin modificaciones sustanciales.
2007	Legal	Purdue Pharma LP y tres ejecutivos se declaran culpables de cargos federales; acuerdo de 634 millones de dólares; las ventas de OxyContin no se interrumpen.
2010	Regulatoria	La FDA requiere reformulación de OxyContin resistente a trituración; el abuso migra parcialmente hacia heroína y fentanilo ilícito.
2017	Daño público	El Gobierno de los EE.UU. declara la crisis de opioides emergencia de salud pública; más de 47.000 muertes por sobredosis de opioides ese año (CDC).
2019	Legal	Purdue Pharma presenta solicitud de protección por quiebra (Chapter 11); la familia Sackler había retirado previamente entre 10.000 y 12.000 millones de dólares de la empresa.
2020	Legal	Purdue se declara culpable de cargos penales federales; acuerdo de más de 8.000 millones de dólares con el Departamento de Justicia de los EE.UU.
1999–2021	Daño acumulado	Más de 500.000 muertes por sobredosis de opioides en los Estados Unidos (Spencer, Garnett & Miniño, 2023, CDC). La crisis continúa activa tras la quiebra de Purdue.

⁷⁸ Macy, B. (2018). *Dopesick: Dealers, doctors, and the drug company that addicted America*. Little, Brown.

- **Fuentes:** Keefe, P. R. (2021). *Empire of Pain: The Secret History of the Sackler Dynasty*. Doubleday; Van Zee, A. (2009). The promotion and marketing of OxyContin: Commercial triumph, public health tragedy. *American Journal of Public Health*, 99(2), 221–227; Spencer, M. R., Garnett, M. F., & Miniño, A. M. (2024). *Drug overdose deaths in the United States, 2002–2022* (NCHS Data Brief n.º 491). Centers for Disease Control and Prevention; U.S. Department of Justice. (2020, 21 de octubre). *Purdue Pharma pleads guilty to federal criminal charges*. DOJ Press Release.

4. SÍNTESIS: PATRONES DE DISTORSIÓN Y SU IMPACTO EN LA PERCEPCIÓN DEL SECTOR

Las tres obras construyen imágenes de la industria farmacéutica que no se superponen, pero que comparten patrones de énfasis y de omisión cuya identificación resulta más interesante que el análisis de cada caso por separado. La Figura VI recoge comparativamente las tres dimensiones de análisis para las tres obras antes de desarrollar los patrones comunes (*véase Figura VI*).

Figura VI. Representación de la industria farmacéutica en las tres obras: imagen construida, respaldo empírico y simplificaciones

Obra	Imagen de la industria construida	Respaldo empírico documentado	Simplificación o distorsión identificada
<i>The Constant Gardener</i> (2005, Meirelles)	Empresa global que externaliza ensayos clínicos a entornos de regulación débil; corrupción como racionalidad sistémica, no individual	Caso Pfizer/Kano (1996); globalización de ensayos clínicos (Thiers et al., 2008); marcos éticos CIOMS (2016) y Declaración de Helsinki; asimetría regulatoria (Fisher, 2009)	Omnipotencia corporativa sin agencia local; resolución individual de problema estructural; ausencia de marcos de supervisión internacional que sí existen
<i>Contagion</i> (2011, Soderbergh)	Ciencia institucional como motor de respuesta ante la emergencia; desinformación como amenaza a la gobernanza; industria farmacéutica como colaboradora, no antagonista	Desigualdad de acceso a vacunas COVID-19 (Wouters et al., 2021); infodemia (OMS, 2020); impacto de consultores científicos en narrativa (Kirby, 2011)	Velocidad de desarrollo vacunal inverosímil en condiciones ordinarias; alineación institucional presentada como alcanzable cuando la pandemia de COVID-19 demostró su fragilidad
<i>Dopesick</i> (2021, Strong)	Comercialización predatoria como estrategia deliberada; captura regulatoria como mecanismo de impunidad; filantropía como escudo reputacional	Crisis de opioides (Van Zee, 2009; CDC, 2024); captura regulatoria (Dal Bó, 2006); pagos de la industria y prescripción (Hadland et al., 2019); marketing vs. I+D (Gagnon & Lexchin, 2008)	Purdue como causa única de una crisis con causas múltiples; omisión de distribuidores, farmacias y el sistema sanitario; resolución judicial presentada como cierre cuando la crisis continúa

- **Fuente:** elaboración propia a partir del análisis narrativo-temático de las obras y del contraste con la literatura académica desarrollado en el Capítulo II.

El más persistente es la personalización del conflicto. Las tres obras, con distinta intensidad, necesitan actores identificables para hacer comprensible el daño. La empresa abstracta, el sistema de incentivos, la arquitectura regulatoria: todo eso existe en los textos, pero se encarna

en personajes concretos y en decisiones individuales. Esa exigencia estructural del medio audiovisual no coincide con la forma en que funciona la causalidad económica e institucional real, donde el daño suele distribuirse entre múltiples actores que nunca tomaron una sola decisión claramente criminal, pero cuyo conjunto produjo resultados catastróficos. La personalización facilita la identificación emocional y dificulta el análisis sistémico: exactamente lo contrario de lo que requiere una respuesta regulatoria eficaz.

El segundo patrón es la selectividad del foco. *The Constant Gardener* no muestra los marcos internacionales que intentan cerrar los vacíos que KDH explota ni la complejidad institucional de los entornos locales. *Dopesick* no examina cómo otros actores del sector, fabricantes, distribuidores y sistemas sanitarios, contribuyeron también a la misma crisis. *Contagion* muestra la capacidad de respuesta científica institucional, pero no los incentivos que en condiciones ordinarias la retrasan o desvían. La selectividad es inevitable en cualquier narrativa; lo importante es ser consciente de lo que deja en sombra, porque eso es exactamente lo que el espectador aprende a no ver.

El tercero, y más relevante para la pregunta de investigación de este trabajo, es la eficacia diferencial de los marcos negativos. La literatura sobre *framing* mediático, y el análisis de Entman sigue siendo aquí pertinente, ha documentado que los encuadres que asocian actores institucionales a responsabilidad moral o a daño tienden a tener mayor persistencia cognitiva que los encuadres neutros.⁷⁹ La industria farmacéutica ya tiene, como mostraba el Capítulo I, una imagen pública frágil y estructuralmente polarizada. Las obras analizadas no crean esa polarización desde cero; la alimentan selectivamente, amplificando las dimensiones que más fácilmente se traducen a relato y relegando lo que resiste la dramatización: la investigación de largo plazo que fracasa sin daño, los medicamentos que llegan a quienes los necesitan, la coordinación institucional que funciona en silencio.

Un cuarto patrón, quizás el menos evidente pero igualmente significativo para un análisis empresarial, es la invisibilidad de la regulación eficaz. Las tres obras construyen su argumento sobre una disfunción del sistema de control: la debilidad regulatoria en los entornos donde KDH

⁷⁹ Entman, 1993.

opera, la captura de la FDA por Purdue, la presión sobre los procesos científicos institucionales durante la pandemia. Ninguna muestra, en paralelo, los mecanismos de supervisión que sí funcionan ordinariamente: los comités de ética que detienen un ensayo, los medicamentos que no superan el escrutinio regulatorio en fase II o III, los sistemas de farmacovigilancia que retiran un producto del mercado cuando emergen señales de daño. Ese silencio no es neutral. La gran mayoría de los candidatos farmacéuticos nunca llega al mercado, y los sistemas regulatorios avanzados rechazan o condicionan una parte significativa de las solicitudes recibidas.⁸⁰ Representar solo el fallo consolida la percepción de que el control es la excepción, cuando la tasa de atricción del *pipeline* farmacéutico indica, precisamente, que el filtro opera de forma masiva y continua (véase *Figura VII*).

Figura VII. Seis hitos de innovación farmacéutica con impacto documentado a escala global

Enfermedad	Innovación clave	Período	Impacto documentado	Fuente principal
Viruela	Vacunación masiva global; campaña coordinada por la OMS	1967–1980	Única enfermedad infecciosa humana erradicada en la historia; se estima que habría causado 300–500 millones de muertes en el s. XX sin erradicación	OMS (1980). The Global Eradication of Smallpox
Poliomielitis	Vacuna inactivada Salk (1955) y vacuna oral Sabin (1961); Iniciativa Global de Erradicación	1955–pres.	Reducción del 99,9% en casos globales: de ~350.000 casos anuales en 1988 a menos de 30 en 2023; tres de cuatro cepas erradicadas	OMS / GPEI (2023). Polio Eradication Strategy
VIH/SIDA	Tratamiento antirretroviral (TAR) de gran actividad; primer régimen con triple terapia (1996)	1996–pres.	Transformación de enfermedad mortal en condición crónica manejable; ~39 millones de personas en tratamiento en 2022; mortalidad reducida un 68% desde el máximo de 2004	ONUSIDA. Global AIDS Update (2023)
Malaria	Artemisinina combinada (ACT); vacuna RTS,S/AS01 (aprobación OMS, 2021)	2000–pres.	Primera vacuna contra un parásito aprobada para uso rutinario; reducción estimada del 40% en mortalidad infantil por malaria desde 2000	OMS. World Malaria Report (2023)
Tuberculosis	Rifampicina y regímenes de corta duración (1960s–70s); bedaquilina para TBC resistente (2012)	1960s–pres.	66 millones de vidas salvadas entre 2000 y 2020; resistencia creciente (TBC-MDR) señala los límites del modelo actual y exige nuevas moléculas	OMS. Global TB Report (2023)
COVID-19 (ARNm)	Vacunas BNT162b2 (Pfizer/BioNTech) y mRNA-1273 (Moderna); primer despliegue masivo de plataforma ARNm	2020–2021	Desarrollo en menos de un año, récord histórico; entre 14 y 20 millones de muertes evitadas en 2021; plataforma ARNm con potencial de aplicación en oncología y otras enfermedades	Watson et al. (2022). The Lancet Infectious Diseases

- **Fuente:** elaboración propia a partir de las fuentes específicas indicadas por fila en la columna correspondiente.

⁸⁰ European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. (2023). *Pharmaceutical Industry in Figures 2023*. EFPIA, p. 6. Los datos de atricción del *pipeline* muestran que menos del 10% de los candidatos que entran en fase I alcanzan finalmente la aprobación regulatoria.

Lo que la ficción hace con la realidad farmacéutica no es en el fondo diferente de lo que hace con cualquier otra: seleccionar. Toda narración omite más de lo que incluye, y sería ingenuo exigir que el relato audiovisual funcione como un registro exhaustivo. Lo analíticamente relevante no es la selección en sí, sino su patrón. Las tres obras estudiadas no seleccionan al azar: extraen sistemáticamente lo que se presta al conflicto dramático es decir, la decisión irresponsable, el daño concreto, la figura responsable identificable, y descartan lo que resiste la dramatización: la investigación que avanza en silencio, los fármacos que llegan a tiempo, la supervisión institucional que funciona sin necesitar protagonistas. Ese patrón no es una anomalía de tres guiones concretos; es una consecuencia de las convenciones del género narrativo audiovisual, que necesita antagonistas localizables, arcos de personaje reconocibles y resoluciones comprensibles. El problema surge cuando, para una parte significativa del público, estas obras constituyen la principal fuente de conocimiento sobre un sector del que depende buena parte de la salud pública contemporánea. Y lo que esa selección sistemáticamente omite, a saber, la contribución documentada del sector y las tensiones genuinas en torno al acceso, los precios y la innovación, es exactamente lo que el capítulo siguiente intenta recuperar.

CAPÍTULO III. LO QUE LA FICCIÓN NO CUENTA: INNOVACIÓN REAL, DILEMAS REALES

1. CONTRIBUCIÓN DOCUMENTADA: VACUNAS, ENFERMEDADES CRÓNICAS Y FÁRMACOS DE IMPACTO GLOBAL

Las tres obras del corpus coinciden, paradójicamente, en lo que omiten. Ninguna muestra un medicamento que llegue a tiempo, una vacuna que prevenga una epidemia antes de que se extienda o un tratamiento que transforme una sentencia de muerte en una condición crónica manejable. Ese silencio no es un defecto de guion: es la consecuencia lógica de un medio que necesita conflicto visible, daño individualizable y responsabilidad atribuible. Lo que resiste esa lógica : el proceso lento, acumulativo y colectivo mediante el cual un compuesto llega a cambiar la relación de una sociedad con una enfermedad, tiende a quedar fuera de campo. Incluso *Contagion*, que es la obra del corpus que más honestamente intenta retratar la ciencia institucional, necesita comprimir en semanas lo que en condiciones reales exige años. El límite no es científico; es narrativo.

La contribución farmacéutica más fácil de documentar con escala global es la de las vacunas, y el caso de la COVID-19 es el más reciente, el más cuantificable y, en muchos sentidos, el más instructivo. Un estudio de modelización en *The Lancet Infectious Diseases* estimó que la vacunación frente al SARS-CoV-2 evitó entre 14 y 20 millones de muertes durante su primer año de implantación global.⁸¹ El dato es impresionante. Lo que lo hace analíticamente interesante, sin embargo, no es la cifra en sí misma: es lo que la rodea. El desarrollo de las vacunas ARNm no fue el resultado espontáneo del mercado ni de la ciencia pública en solitario. Requirió décadas de investigación básica parcialmente financiada con recursos públicos, capacidad industrial para fabricar a escala, financiación anticipada de Estados y organismos internacionales, y una compresión extraordinaria de plazos regulatorios.⁸² Fue el producto de una arquitectura que solo funciona cuando ciencia pública, inversión privada, regulación y demanda garantizada se alinean al mismo tiempo. Eso explica también por qué los resultados son tan desiguales cuando esa alineación no existe.

El VIH/SIDA ilustra el mismo principio con más distancia temporal. La introducción en 1996 de los regímenes antirretrovirales de alta actividad transformó una enfermedad con pronóstico fatal en una condición crónica manejable. A finales de 2022, cerca de 39 millones de personas recibían TAR a nivel mundial y la mortalidad asociada al SIDA se había reducido más del 68% desde el máximo de 2004.⁸³ Son cifras cuya escala resulta difícil de traducir en perspectiva narrativa. Lo que sí pone en perspectiva la historia del VIH es que ese mismo tratamiento fue durante años el centro de uno de los conflictos de acceso y precio más intensos de la historia farmacéutica. El valor clínico existía. Lo que tardó en llegar fue el acceso. Esa tensión, en miniatura, anticipa el problema que el apartado siguiente examina.

⁸¹ Watson, O. J., Barnsley, G., Toor, J., Hogan, A. B., Winskill, P., & Ghani, A. C. (2022). Global impact of the first year of COVID-19 vaccination: a mathematical modelling study. *The Lancet Infectious Diseases*, 22(9), 1293–1302.

⁸² Wouters et al., 2021.

⁸³ ONUSIDA. (2023). *The Path That Ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023*. Ginebra: ONUSIDA.

Algo diferente ocurre con los tratamientos de enfermedades crónicas. Su aportación no adopta la forma de una cura y, precisamente por eso, resulta invisible tanto para el cine como para el debate público. Un medicamento para la diabetes tipo 2 no salva a nadie en el sentido dramático del término: permite que una persona siga trabajando, evita una hospitalización por complicación grave y reduce una carga para el sistema que costaría diez veces más sin él. No es cinematográfico. Sin embargo, desde el punto de vista económico, eso es exactamente lo que hace del medicamento una tecnología de redistribución de costes dentro del sistema sanitario: no solo un producto clínico, sino una intervención que desplaza gasto desde hospitalizaciones y cuidados de larga duración hacia farmacia y atención primaria.⁸⁴ Ignorar ese efecto sistémico al evaluar el valor de un fármaco produce una lectura incompleta, que es la que tiende a dominar el debate público cuando el debate lo inicia la ficción.

El cuadro de hitos presentado anteriormente (*véase Figura VII*) registra la amplitud de esa contribución en áreas terapéuticas distintas: erradicación de la viruela, reducción del 99,9% en casos de poliomielitis, primera vacuna contra un parásito aprobada para uso sistemático, tratamientos de hepatitis C con tasas de curación superiores al 95%. Se puede leer esa lista como catálogo de victorias corporativas. Se puede leer también al revés: como mapa de lo que no ocurre cuando los incentivos, la financiación y la regulación no se alinean. Enfermedades desatendidas sin mercado suficiente para atraer inversión privada. Tratamientos conocidos que no llegan a quienes los necesitan. Innovación orientada hacia la rentabilidad antes que hacia la carga de enfermedad. La contribución del sector es real. Lo que la hace posible, y lo que puede también impedirlo, no es la virtud de ninguna compañía en particular.

2. EL PRECIO DEL PROGRESO: ACCESO DESIGUAL, PATENTES Y LA TENSIÓN ENTRE BENEFICIO Y SALUD PÚBLICA

La otra cara de la innovación documentada en el apartado anterior no remite a otra obra ni a otro escenario: está en el mismo medicamento. Cuanto más valioso es un tratamiento, más intensa se vuelve la pregunta sobre quién puede acceder a él y en qué condiciones. La pandemia de

⁸⁴ Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018a.

COVID-19, que demostró la capacidad del sector para innovar a velocidad histórica, demostró al mismo tiempo que esa capacidad no garantiza distribución equitativa. Los investigadores que analizaron el acceso global a las vacunas identificaron cuatro obstáculos simultáneos: producción a escala, asequibilidad, asignación global y despliegue local.⁸⁵ No bastaba con la molécula. Hacía falta un sistema capaz de llevarla a donde se necesitaba. Ese sistema no existía con la misma eficacia en todas partes.

El problema no está en que las empresas farmacéuticas busquen beneficio. El beneficio cumple una función real en este modelo: orienta inversión privada hacia problemas biomédicos de solución incierta y cara. La cuestión difícil es otra. ¿Cómo se justifica, distribuye y limita ese beneficio cuando el producto afecta directamente a la vida, la enfermedad y la equidad? En otros sectores, un precio elevado excluye a consumidores de un bien deseable. En salud, puede excluir a pacientes de un tratamiento necesario. Esa diferencia cambia por completo el juicio social sobre la rentabilidad. Una empresa puede fijar un precio que sea legal, financieramente coherente y estratégicamente racional, y resultar al mismo tiempo insostenible para sistemas sanitarios con menor capacidad fiscal o inaceptable para una opinión pública que lo percibe como desconectado de la investigación básica que lo hizo posible.⁸⁶

La patente amplifica esa tensión sin inventarla. Su lógica como incentivo a la inversión incierta es conocida y no se discute aquí. Lo que merece examinarse es su cara menos analizada: la exclusividad temporal que protege al innovador también le concede un poder de mercado considerable sobre productos que, en muchos casos, no tienen sustitutos reales. Cuando ese poder opera en oncología avanzada, enfermedades raras o terapias génicas, exactamente los segmentos hacia los que el sector se desplaza en busca de mayor margen, la capacidad de presión sobre sistemas sanitarios con presupuesto fijo se vuelve estructural.⁸⁷ La OCDE lleva años documentando que garantizar acceso a medicamentos innovadores a precios asequibles es uno de

⁸⁵ Wouters et al., 2021.

⁸⁶ Light & Lexchin, 2012; Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018b.

⁸⁷ Organisation for Economic Co-operation and Development, 2023a.

los desafíos crecientes de los sistemas sanitarios contemporáneos, especialmente en esas áreas.⁸⁸ No es una crítica al modelo de incentivos como tal: es una advertencia sobre lo que ocurre cuando ese modelo se orienta sistemáticamente hacia el segmento de mayor precio.

La desigualdad de acceso tiene además una dimensión que el debate público suele perder. No se explica solo por el precio de lista, sino también por la opacidad del sistema: descuentos confidenciales que fragmentan la información disponible, poder negociador desigual entre Estados, interés comercial de lanzar primero en mercados con mayor rentabilidad. La Oficina Regional de Europa de la OMS ha advertido que esa opacidad dificulta la deliberación pública informada, fragmenta la capacidad negociadora de los sistemas sanitarios y alimenta percepciones de ilegitimidad difíciles de revertir una vez instaladas.⁸⁹ Para la empresa, puede ser tácticamente conveniente a corto plazo. A largo plazo, contribuye a la erosión de confianza que los datos de percepción pública ya medían antes de que ninguna ficción la representara.

La industria farmacéutica opera con una legitimidad que no es solo jurídica o económica: es social. La sociedad espera que el sector sea rentable; lo que no acepta sin fricción es que parezca aprovechar la vulnerabilidad para serlo. Esa frontera es inestable y no la fija ninguna ley. La ficción encuentra ahí su material narrativo más eficaz: el precio prohibitivo, el acceso condicionado, la vida dependiendo de una decisión comercial. Lo que no logra representar bien es la ingeniería institucional que produce esa situación, y también la que intenta corregirla.

Porque mecanismos intermedios existen y tienen trayectoria documentada. Los acuerdos de entrada gestionada (*managed entry agreements*) permiten incorporar medicamentos de alto precio con condiciones de reembolso vinculadas a resultados reales. Las licencias voluntarias articuladas a través del *Medicines Patent Pool* (MPP) han ampliado el acceso de genéricos de bajo coste a tratamientos para el VIH, la hepatitis C y la COVID-19 en países de renta baja y media.⁹⁰ No resuelven la tensión estructural, ningún mecanismo aislado puede, pero demuestran que entre monopolio estricto y desregulación existe espacio institucional real. Lo que también demuestran

⁸⁸ Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018a.

⁸⁹ World Health Organization Regional Office for Europe, 2022.

⁹⁰ Medicines Patent Pool. (2023). *Annual Report 2022*. Ginebra: MPP/UNITAID.

es que ese espacio no se abre solo: requirió presión de organizaciones de pacientes, negociación entre gobiernos y compañías, y en algunos casos años de conflicto público.

La tensión, sin embargo, no se limita al precio de los medicamentos existentes. Tiene también una dimensión de selección que la ficción raramente representa: la industria no innova de forma proporcional a la carga de enfermedad, sino donde el retorno esperado lo justifica. Ese criterio produce dos fenómenos que forman parte del mismo mapa estructural.

El primero es la brecha de I+D en enfermedades con mercado insuficiente. Según datos de la Organización Europea de Enfermedades Raras (EURORDIS) y de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos (NIH), existen aproximadamente 7.000 enfermedades raras identificadas, de las cuales solo en torno al 5% cuenta con tratamiento aprobado; en Europa, cerca de 30 millones de personas viven con alguna patología de este tipo (*véase Figura VIII*).⁹¹ La epidermólisis bullosa, conocida como «piel de mariposa» por la fragilidad extrema de la piel de quienes la padecen, es un ejemplo elocuente: afecta a unas 500.000 personas en el mundo y no contó con un tratamiento génico aprobado por la Agencia de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) hasta mayo de 2023.⁹² La legislación de medicamentos huérfanos, tanto el Reglamento (CE) n.º 141/2000 en la Unión Europea como la *Orphan Drug Act* de 1983 en Estados Unidos, ha corregido parcialmente ese déficit mediante exclusividad de mercado ampliada, asistencia regulatoria diferenciada y reducciones de tasas.⁹³ Esos marcos no están exentos de distorsiones: la exclusividad ampliada puede traducirse en precios extraordinariamente elevados para poblaciones reducidas de pacientes, de modo que el problema migra desde la falta de tratamiento hacia la falta de acceso al tratamiento que ya existe.⁹⁴

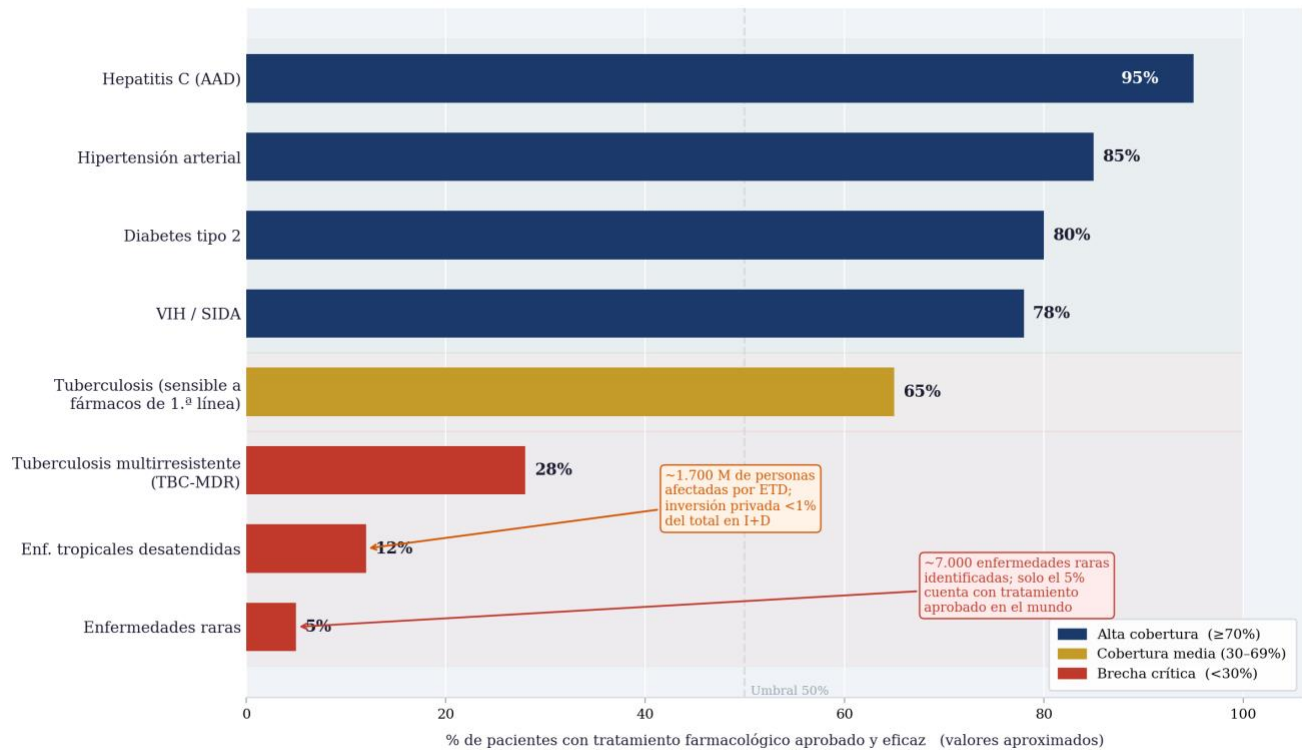
⁹¹ EURORDIS Rare Diseases Europe. (2023). *What is a rare disease?* EURORDIS; National Institutes of Health. (2023). *Frequently asked questions about rare diseases*. NIH Office of Rare Diseases Research.

⁹² U.S. Food and Drug Administration. (2023, 19 de mayo). *FDA approves first gene therapy for adults with dystrophic epidermolysis bullosa*. FDA News Release.

⁹³ Reglamento (CE) n.º 141/2000 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 1999, sobre medicamentos huérfanos (DOCE L 18, 22 de enero de 2000).

⁹⁴ Organisation for Economic Co-operation and Development, 2023a.

Figura VIII. La asimetría estructural de la innovación farmacéutica: enfermedades rentables y enfermedades desatendidas



- **Fuentes:** EURORDIS - Rare Diseases Europe (2023). *What is a rare disease?*; World Health Organization (2023). *Global tuberculosis report 2023*; UNAIDS (2023). *The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023*; World Health Organization (2021). *Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases 2021–2030*. Los porcentajes son valores aproximados de carácter ilustrativo basados en las fuentes indicadas.

El segundo fenómeno apunta en dirección contraria: la expansión de la demanda más allá de la indicación clínica original. La semaglutida, comercializada como *Ozempic* para la diabetes tipo 2 y como *Wegovy* para el tratamiento de la obesidad, es el caso más representativo de los últimos años. El ensayo STEP 1 documentó una pérdida ponderal media del 14,9% con semaglutida frente al 2,4% con placebo, lo que respaldó su aprobación para esta indicación.⁹⁵ El punto de partida clínico es sólido: cerca de 537 millones de adultos con diabetes y más de mil

⁹⁵ Wilding, J. P. H., Batterham, R. L., Calanna, S., Davies, M., Van Gaal, L. F., Lingvay, I., & Kushner, R. F. (2021). Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *New England Journal of Medicine*, 384(11), 989–1002.

millones de personas con obesidad a escala global justifican sobradamente el desarrollo del fármaco.⁹⁶

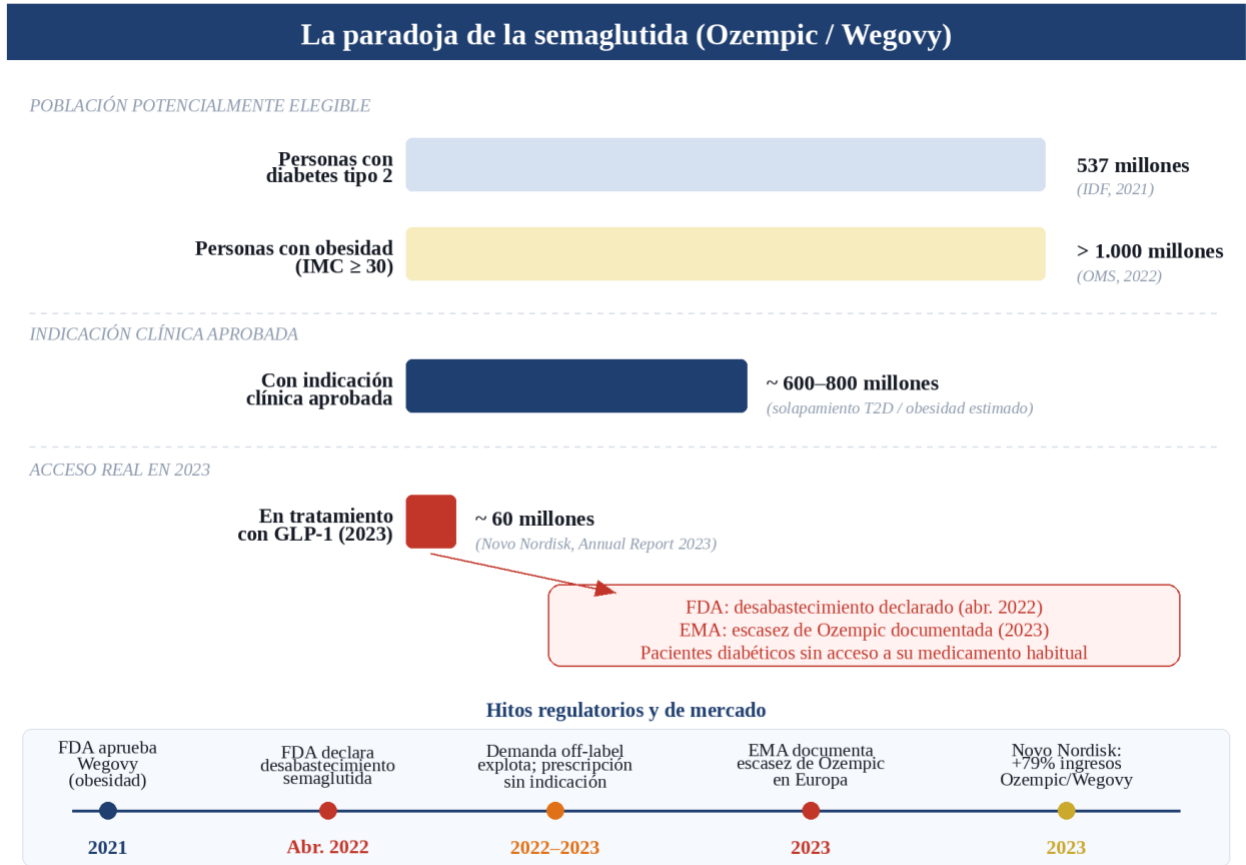
El problema emerge después, cuando la eficacia del producto, su alta visibilidad mediática y la prescripción *off-label* generan una demanda masiva entre personas sin diabetes ni obesidad clínica documentada. A partir de 2022-2023, tanto la FDA como la EMA registraron desabastecimiento con impacto directo sobre los pacientes con prescripción real.⁹⁷ A mi juicio, el caso no es comparable al de *OxyContin* en términos éticos; los mecanismos son distintos y la responsabilidad de la empresa no puede equipararse. Pero ilustra algo que Moynihan, Heath y Henry advirtieron ya en 2002: la tendencia del sector a que sus productos desborden las fronteras de la indicación clínica hacia mercados más amplios.⁹⁸ Cuando un fármaco eficaz y costoso empieza a funcionar también como bien de consumo cultural, los mecanismos regulatorios ordinarios no están diseñados para contenerlo (*véase Figura IX*).

⁹⁶ International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas* (10.^a ed.). IDF; World Health Organization. (2022). *Obesity and overweight*. WHO Fact Sheet.

⁹⁷ U.S. Food and Drug Administration. (2023). *Drug shortage: Semaglutide injection*. FDA Drug Shortage Database; European Medicines Agency. (2023). *Shortage of Ozempic (semaglutida)*. EMA Medicine Shortage.

⁹⁸ Moynihan, R., Heath, I., & Henry, D. (2002). Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*, 324(7342), 886–891.

Figura IX. La paradoja de la semaglutida



La eficacia clínica de la semaglutida es sólida. El problema emerge cuando un fármaco caro y efectivo se convierte en bien de consumo masivo: la demanda fuera de indicación desplaza el acceso de quienes más lo necesitan.

- Fuentes:** Población elegible: International Diabetes Federation (2021). *IDF Diabetes Atlas* (10.^a ed.); World Health Organization (2022). *Obesity and overweight*. WHO Fact Sheet. Regulatorio: U.S. Food and Drug Administration (2023). *Drug shortage: semaglutide injection*. FDA Drug Shortage Database; European Medicines Agency (2023). *Shortage of Ozempic (semaglutide)*. EMA Medicine Shortage. Mercado: Novo Nordisk (2023). *Annual Report 2023*; Wilding et al. (2021). Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *New England Journal of Medicine*, 384(11), 989–1002. Elaboración propia. Datos de mercado aproximados.

Los dos fenómenos que cierran este apartado, la brecha de inversión en enfermedades sin mercado suficiente y la expansión de la demanda por encima de la indicación clínica, son, en realidad, dos manifestaciones de una misma tensión estructural: la innovación farmacéutica no se orienta solo por la necesidad sanitaria, sino también por la expectativa de retorno económico. Esa asimetría no es accidental, pero tampoco exige imaginar un villano identificable. Forma parte de

un modelo en el que la capacidad de atraer inversión, obtener financiación, proteger la exclusividad y garantizar acceso al mercado condiciona qué problemas se investigan, con qué intensidad y para qué pacientes. Es, precisamente, el tipo de conflicto que ninguna de las obras del corpus consigue formular del todo, porque no tiene un protagonista dramático. Y también es el que interpela más directamente la capacidad del análisis empresarial para llegar donde la ficción no llega.

CONCLUSIONES

1. La pregunta de fondo de este trabajo no era si el cine y las series “mienten” sobre la industria farmacéutica, sino qué ocurre cuando una realidad económica, científica y regulatoria muy compleja se convierte en relato audiovisual. La respuesta apunta a una lógica de selección: la ficción no distorsiona de manera aleatoria, sino que extrae lo que mejor funciona dramáticamente: el conflicto visible, el daño reconocible, el responsable identificable, la víctima concreta, y deja fuera lo que resulta más difícil de narrar: los incentivos económicos, los procesos regulatorios, la negociación institucional, la innovación silenciosa o las responsabilidades difusas. Por eso el problema no está en una inexactitud concreta, sino en el efecto acumulado de esa selección: el espectador no recibe una imagen necesariamente falsa, pero sí una imagen incompleta, emocionalmente muy potente y, precisamente por eso, difícil de corregir con datos objetivos una vez instalada.
2. *The Constant Gardener*, *Contagion* y *Dopesick* no parten de conflictos inventados: las tres obras conectan con tensiones reales de la industria farmacéutica: ensayos clínicos en contextos vulnerables, presión comercial, captura regulatoria, asimetrías de información, desconfianza pública, dificultades de acceso en situaciones de emergencia, y en ese sentido hay una base empírica documentada detrás de lo que muestran. Lo que ocurre es que, al convertir esas tensiones en relato, las obras tienden a reducir problemas estructurales a decisiones de personas concretas: la corrupción, la codicia o la negligencia aparecen encarnadas en personajes reconocibles, cuando en la realidad muchas de esas disfunciones nacen de incentivos mucho más amplios. Esa diferencia no es menor: no es lo mismo entender el problema como el resultado de un directivo sin escrúpulos que como consecuencia de un sistema que premia determinadas conductas, tolera zonas grises y

distribuye mal los riesgos. La ficción necesita culpables; el análisis empresarial, en cambio, obliga a mirar también el diseño del sistema.

3. Una de las conclusiones más relevantes del trabajo es que la imagen pública de la industria farmacéutica no se forma solo por lo que la ficción muestra, sino también por lo que deja fuera. Las obras analizadas se centran en daños, escándalos, fallos institucionales y abusos corporativos, todo ello merece ser contado, pero apenas aparece la otra parte de la realidad: las vacunas, los tratamientos que han convertido enfermedades antes mortales en condiciones crónicas manejables, la erradicación de enfermedades, la investigación acumulada durante décadas o la capacidad de respuesta científica ante crisis sanitarias globales. Esta ausencia no es neutra: la innovación que funciona suele ser menos narrativa que el abuso que fracasa, y salvar millones de vidas no siempre tiene un antagonista claro, una escena de tensión ni un desenlace dramático. Cuando una parte significativa del público conoce la industria farmacéutica a través de relatos de sospecha, corrupción o abuso, la contribución real del sector queda desplazada a un segundo plano, y el resultado no es una crítica más informada sino una percepción desequilibrada: se ve con mucha claridad el daño, pero se entiende peor el valor que también produce la industria.

4. La mala reputación de la industria farmacéutica no nace en el cine; ya existía antes. La sociedad reconoce la utilidad de los medicamentos, pero desconfía del modo en que se investigan, se comercializan, se protegen mediante patentes o se fijan sus precios, y esa tensión entre utilidad y legitimidad es probablemente una de las claves estructurales del sector. Las obras analizadas no inventan esa ambivalencia: la encuentran y la amplifican con una eficacia que ningún informe corporativo puede igualar, no porque sean más rigurosas, sino porque son más memorables. Una escena bien construida, un personaje vulnerable o una trama de abuso empresarial pueden fijar una imagen pública con mucha más fuerza que una memoria anual, una campaña institucional o un dato de inversión en I+D. Esto tiene una consecuencia directa desde la perspectiva de la dirección de empresas: la reputación de una compañía en sectores sensibles no se gestiona solo demostrando hechos, sino disputando también el terreno del relato, y en la industria farmacéutica esa disputa es especialmente difícil porque la sociedad no le exige únicamente eficacia, sino también legitimidad moral.

5. La tensión entre innovación y acceso, entre beneficio privado y salud pública, entre patente y equidad, no es una invención de la ficción, sino una contradicción real y difícil: la industria necesita incentivos económicos para asumir procesos de investigación largos, caros e inciertos, y al mismo tiempo esos incentivos pueden generar precios inaccesibles, desigualdad entre países, retrasos en el acceso o una orientación de la innovación hacia áreas más rentables que socialmente urgentes. El problema no es que exista beneficio privado en un sector sanitario, sino que ese beneficio deje de estar suficientemente conectado con valor terapéutico real, acceso razonable y responsabilidad social. Entre el monopolio estricto y el acceso universal inmediato existen fórmulas intermedias: acuerdos de acceso gestionado, licencias voluntarias, financiación pública anticipada del riesgo, que no resuelven por completo la tensión pero demuestran que puede ser gobernada institucionalmente. La ficción suele tener dificultades para representar esa zona intermedia porque no tiene la fuerza dramática del abuso ni la limpieza narrativa de la denuncia; sin embargo, es precisamente ahí donde se juega buena parte del futuro del sector.

6. El análisis realizado ha permitido separar tres planos que muchas veces se confunden: lo que las obras cuentan, la imagen empresarial que construyen y la realidad documentada del sector. Esa separación era necesaria para evitar dos errores simétricos: tratar la ficción como si fuera un documental o, al contrario, descartarla por no serlo. El trabajo no permite medir con precisión cuánto cambia la opinión pública después de ver una película o una serie, para eso harían falta datos primarios, encuestas o estudios de recepción, pero sí permite identificar qué marco interpretativo ofrecen esas obras, qué tensiones reales captan, qué aspectos simplifican y qué dimensiones quedan sistemáticamente fuera. Esa limitación no debilita el análisis; al contrario, lo hace más honesto: la ficción no debe juzgarse solo por su exactitud factual, sino por la forma en que organiza la realidad: qué ilumina, qué oculta y qué tipo de juicio facilita al espectador, y es precisamente ahí donde la aproximación metodológica adoptada tiene mayor capacidad explicativa.

7. La conclusión más incómoda del trabajo es que la ficción denuncia muchos abusos pero rara vez formula la pregunta más profunda: bajo qué criterios decide la industria farmacéutica qué merece ser investigado. El relato audiovisual tiende a localizar el

problema en la corrupción, la codicia o la manipulación, y esos problemas existen, pero hay una cuestión más estructural y menos visible: el modelo de innovación farmacéutica no se orienta principalmente por la magnitud del sufrimiento humano, sino por la expectativa de retorno, lo que explica por qué algunas enfermedades siguen sin tratamiento suficiente, por qué ciertas áreas terapéuticas concentran recursos enormes y por qué otras, aunque afecten a millones de personas, permanecen infrafinanciadas. No sería justo negar la contribución histórica de la industria a la salud global, ha salvado y mejorado millones de vidas, pero tampoco basta con invocar esa contribución para cerrar el debate: una industria tan necesaria no puede evaluarse solo por los tratamientos que ha conseguido desarrollar, sino también por las necesidades que ha dejado fuera de su radar. La ficción ayuda a ver lo que muchas veces se prefiere no mirar; los datos obligan a no quedarse solo en esa imagen; y el análisis empresarial permite entender que el verdadero problema no es elegir entre una industria salvadora o una industria culpable, sino preguntarse qué modelo de innovación queremos aceptar cuando lo que está en juego no es solo un mercado, sino la posibilidad real de curar, aliviar o salvar vidas.

BIBLIOGRAFÍA

I. CORPUS AUDIOVISUAL ANALIZADO

Meirelles, F. (Director). (2005). *The constant gardener* [Película]. Working Title Films; Focus Features.

Soderbergh, S. (Director). (2011). *Contagion* [Película]. Warner Bros. Pictures.

Strong, D. (Creador). (2021). *Dopesick* [Miniserie de televisión]. 20th Television; Hulu Originals.

II. LITERATURA ACADÉMICA Y CIENTÍFICA

A) Artículos en revistas especializadas y documentos de trabajo

Angell, M. (1997). The ethics of clinical research in the third world. *New England Journal of Medicine*, 337(12), 847–849.

Benatar, S. R. (2002). Reflections and recommendations on research ethics in developing countries. *Social Science & Medicine*, 54(7), 1131–1141.

Dal Bó, E. (2006). Regulatory capture: A review. *Oxford Review of Economic Policy*, 22(2), 203–225.

DiMasi, J. A., Grabowski, H. G., & Hansen, R. W. (2016). Innovation in the pharmaceutical industry: New estimates of R&D costs. *Journal of Health Economics*, 47, 20–33.

Emanuel, E. J., Wendler, D., & Grady, C. (2000). What makes clinical research ethical? *JAMA*, 283(20), 2701–2711.

Entman, R. M. (1993). Framing: Toward clarification of a fractured paradigm. *Journal of Communication*, 43(4), 51–58.

Ferrario, A., & Kanavos, P. (2015). Dealing with uncertainty and high prices of new medicines: A comparative analysis of managed entry agreements in Belgium, England, the Netherlands and Sweden. *Social Science & Medicine*, 124, 39–47.

Gagnon, M. A., & Lexchin, J. (2008). The cost of pushing pills: A new estimate of pharmaceutical promotion expenditures in the United States. *PLoS Medicine*, 5(1), e1.

- Gautam, A., & Pan, X. (2016). The changing model of big pharma: Impact of key trends. *Drug Discovery Today*, 21(3), 379–384.
- Gleadle, P., & Haslam, C. (2014). Restructuring and innovation in pharmaceuticals and biotechs: The changing relationship between large and small firms. *Critical Perspectives on Accounting*, 25(7), 583–597.
- Hadland, S. E., Rivera-Aguirre, A., Marshall, B. D., & Cerdá, M. (2019). Association of pharmaceutical industry marketing of opioid products to physicians with subsequent opioid prescribing. *JAMA Internal Medicine*, 179(7), 906–915.
- Ku, M. S. (2015). Recent trends in specialty pharma business model. *Journal of Food and Drug Analysis*, 23(4), 595–608.
- Light, D. W., & Lexchin, J. (2012). Pharmaceutical research and development: What do we get for all that money? *BMJ*, 345, e4348.
- Moynihan, R., Heath, I., & Henry, D. (2002). Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*, 324(7342), 886–891.
- Porter, J., & Jick, H. (1980). Addiction rare in patients treated with narcotics. *New England Journal of Medicine*, 302(2), 123.
- Shin, K., Lee, D., Shin, K., & Kim, E. (2018). Measuring the efficiency of U.S. pharmaceutical companies based on open innovation types. *Journal of Open Innovation: Technology, Market, and Complexity*, 4(3), Artículo 34.
- Spencer, M. R., Garnett, M. F., & Miniño, A. M. (2023). Drug overdose deaths in the United States, 2002–2022. *NCHS Data Brief*, 491. National Center for Health Statistics, CDC.
- Thiers, F. A., Sinsky, A. J., & Berndt, E. R. (2008). Trends in the globalization of clinical trials. *Nature Reviews Drug Discovery*, 7(1), 13–14.
- Van Zee, A. (2009). The promotion and marketing of OxyContin: Commercial triumph, public health tragedy. *American Journal of Public Health*, 99(2), 221–227.
- Vogler, S., Paris, V., & Ferrario, A. (2017). How can pricing and reimbursement policies improve affordable access to medicines? Lessons learned from European countries. *Applied Health Economics and Health Policy*, 15(3), 307–321.

- Watson, O. J., Barnsley, G., Toor, J., Hogan, A. B., Winskill, P., & Ghani, A. C. (2022). Global impact of the first year of COVID-19 vaccination: a mathematical modelling study. *The Lancet Infectious Diseases*, 22(9), 1293–1302.
- Weissman, D. E., & Haddox, J. D. (1989). Opioid pseudoaddiction—an iatrogenic syndrome. *Pain*, 36(3), 363–366.
- Wenzl, M., & Chapman, S. (2020). *Performance-based managed entry agreements for new medicines in OECD countries and EU member states* (OECD Health Working Papers, n.º 115). OECD Publishing.
- Wilding, J. P. H., Batterham, R. L., Calanna, S., Davies, M., Van Gaal, L. F., Lingvay, I., & Kushner, R. F. (2021). Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *New England Journal of Medicine*, 384(11), 989–1002.
- Wouters, O. J., Shadlen, K. C., Salcher-Konrad, M., Pollard, A. J., Larson, H. J., Teerawattananon, Y., & Jit, M. (2021). Challenges in ensuring global access to COVID-19 vaccines: production, affordability, allocation, and deployment. *The Lancet*, 397(10278), 1023–1034.
- World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194.

B) Libros y monografías

- Bordwell, D., & Thompson, K. (2008). *El arte cinematográfico* (8.ª ed.). McGraw-Hill.
- Council for International Organizations of Medical Sciences. (2016). *International ethical guidelines for health-related research involving humans* (4.ª ed.). CIOMS.
- Fisher, J. A. (2009). *Medical research for hire: The political economy of pharmaceutical clinical trials*. Rutgers University Press.
- Jung, C. G. (1959). *Aion: Researches into the phenomenology of the self*. Princeton University Press.
- Keefe, P. R. (2021). *Empire of pain: The secret history of the Sackler dynasty*. Doubleday.
- Kirby, D. A. (2011). *Lab coats in Hollywood: Science, scientists and cinema*. MIT Press.

Macy, B. (2018). *Dopesick: Dealers, doctors, and the drug company that addicted America*. Little, Brown.

Mazzucato, M. (2013). *The entrepreneurial state: Debunking public vs. private sector myths*. Anthem Press.

Petryna, A. (2009). *When experiments travel: Clinical trials and the global search for human subjects*. Princeton University Press.

Propp, V. (1981). *Morfología del cuento*. Akal. (Trabajo original publicado en 1928)

III. MARCO NORMATIVO CITADO

Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2000). *Reglamento (CE) n.º 141/2000 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 1999, sobre medicamentos huérfanos*. Diario Oficial de las Comunidades Europeas, L 18, 1–5.

IV. INFORMES Y DOCUMENTOS INSTITUCIONALES

A) Organismos internacionales de salud

Medicines Patent Pool. (2023). *Annual Report 2022*. MPP/UNITAID.

ONUSIDA. (2023). *The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023*. ONUSIDA.

Panteli, D., Eckhardt, H., Nolting, A., Busse, R., & Dettloff, M. (2018). *Ensuring access to medicines: How to stimulate innovation to meet patients' needs? A policy brief for the WHO European Region*. World Health Organization, Regional Office for Europe.

World Health Organization. (1980). *The global eradication of smallpox: Final report of the Global Commission for the Certification of Smallpox Eradication*. WHO.

World Health Organization. (2017). *Communicating risk in public health emergencies: A WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice*. WHO.

World Health Organization. (2020). *Managing the COVID-19 infodemic: Promoting healthy behaviours and mitigating the harm from misinformation and disinformation*. WHO.

World Health Organization. (2022). *Obesity and overweight* [Nota informativa]. WHO.

World Health Organization. (2023a). *Global tuberculosis report 2023*. WHO.

World Health Organization. (2023b). *World malaria report 2023*. WHO.

World Health Organization/Global Polio Eradication Initiative. (2023). *Polio eradication strategy 2022–2026: Delivering on a promise*. WHO.

World Health Organization Regional Office for Europe. (2022). *Access to information in markets for medicines in the WHO European Region*. WHO/Europe.

Németh, B., Ghabri, S., Hamers, F. F., Kalo, Z., Klerings, I., Lepage-Nefkens, I., Manova, M., Petrova, G., Simon-Szabo, Z., & Zemplényi, A. (2022). *Access to high-priced medicines in lower-income countries in the WHO European Region*. WHO Regional Office for Europe.

B) Instituciones europeas

European Commission. (s. f.). *Modernising the EU pharmaceutical legislation*. European Commission.

European Commission. (2021). *Strategic dependencies and capacities* (Staff Working Document SWD(2021) 352 final). European Commission.

European Commission. (2023). *Addressing medicine shortages in the EU*. European Commission.

European Commission. (2025, 11 de marzo). *Commission proposes new rules to ensure stable supply of critical medicines* [Nota de prensa]. European Commission.

European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. (2023). *Pharmaceutical industry in figures: Key data 2023*. EFPIA.

European Medicines Agency. (s. f.-a). *Authorisation of medicines*. EMA.

European Medicines Agency. (s. f.-b). *Clinical trials in human medicines*. EMA.

European Medicines Agency. (s. f.-c). *How EMA evaluates medicines for human use*. EMA.

European Medicines Agency. (s. f.-d). *Marketing authorisation*. EMA.

European Medicines Agency. (2023). *Shortage of Ozempic (semaglutide)*. EMA Medicine Shortage.

C) Organismos de cooperación económica y desarrollo

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2018a). *Pharmaceutical innovation and access to medicines*. OECD Publishing.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2018b). *Excessive prices in pharmaceutical markets: Background note by the Secretariat* (DAF/COMP(2018)12). OECD.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2023a). *Enhancing competition in on-patent pharmaceutical markets*. OECD.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2023b). *OECD health statistics 2023* [Base de datos]. OECD.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2024). *Exploring the feasibility of sharing information on medicine prices across countries*. OECD.

World Bank. (2023). *World Bank country and lending groups 2022–2023* [Base de datos]. The World Bank Group.

D) Agencias reguladoras

U.S. Food and Drug Administration. (2023a). *Drug shortage: Semaglutide injection*. FDA Drug Shortage Database.

U.S. Food and Drug Administration. (2023b, 19 de mayo). *FDA approves first gene therapy for adults with dystrophic epidermolysis bullosa* [FDA News Release]. FDA.

E) Otras instituciones y organismos

EURORDIS Rare Diseases Europe. (2023). *What is a rare disease?* EURORDIS.

International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas* (10.^a ed.). IDF.

National Institutes of Health. (2023). *Frequently asked questions about rare diseases*. NIH Office of Rare Diseases Research.

U.S. Department of Justice. (2020, 21 de octubre). *Purdue Pharma pleads guilty to federal criminal charges* [Nota de prensa]. U.S. Department of Justice.

World Health Organization. (2023). *Global health expenditure database (GHED)* [Base de datos]. WHO.

V. ESTUDIOS DE PERCEPCIÓN Y CONFIANZA PÚBLICA

Edelman. (2025). *2025 Edelman Trust Barometer: Special report: Trust and health*. Edelman.

Gallup. (2025). Business and industry sector ratings. *Gallup News*.

Ipsos. (2022, 30 de noviembre). *Improvement seen in research-based pharma industry reputation*. Ipsos.

Saad, L. (2023, 13 de septiembre). Retail, pharmaceutical industries slip in public esteem. *Gallup News*.

Nota sobre el sistema de citas. El trabajo emplea un sistema híbrido: notas a pie de página numeradas siguiendo la convención Chicago (cita completa en primera aparición, abreviada en las sucesivas) y bibliografía final en formato APA 7.ª edición. Las entradas con múltiples obras de un mismo organismo en el mismo año se distinguen mediante sufijo cronológico (2018a, 2018b; 2023a, 2023b).

DECLARACIÓN DE USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA

ADVERTENCIA: Desde la Universidad consideramos que ChatGPT u otras herramientas de inteligencia artificial generativa (en adelante, IAG) similares son herramientas de apoyo potencialmente útiles en la vida académica, aunque su uso queda siempre bajo la responsabilidad del alumno, dado que las respuestas que proporcionan pueden no ser veraces ni ajustarse al rigor exigido en un trabajo de investigación académica. En ningún caso está permitida su utilización para generar, redactar ni desarrollar el contenido sustantivo del Trabajo de Fin de Grado.

Por la presente, yo, Carmen Mosquera Oregui, estudiante del Grado en Administración y Dirección de Empresas de la Universidad Pontificia Comillas (ICADE), al presentar mi Trabajo de Fin de Grado titulado *“Entre la pantalla y la realidad: representación de la industria farmacéutica en el cine y su contraste con la realidad económica, científica y social”*, declaro que he utilizado herramientas de Inteligencia Artificial Generativa exclusivamente en el contexto de las siguientes actividades auxiliares, de carácter instrumental, sin que en ningún caso hayan sido empleadas para elaborar, generar ni redactar el contenido analítico, argumental ni expositivo del trabajo:

- **Corrector de estilo literario y de lenguaje:**

Utilizada para recibir sugerencias puntuales de mejora lingüística y estilística sobre textos previamente redactados por la autora. En ningún caso se utilizó para sustituir la redacción propia ni para generar párrafos, análisis, argumentos o desarrollos argumentativos. Toda decisión sobre la redacción final corresponde exclusivamente a la autora.

- **Identificación y contraste de referencias bibliográficas preliminares:**

Utilizada como herramienta de localización orientativa de fuentes académicas, informes institucionales y artículos especializados que, en todo caso, fueron verificadas, contrastadas y validadas de forma autónoma mediante el acceso directo a las publicaciones originales a través de bases de datos académicas (Google Scholar, Business Source Complete, EconLit, JSTOR, PubMed y otras). Ninguna referencia se cita sin comprobación independiente por parte de la autora. La selección, jerarquización y evaluación crítica de las fuentes fue realizada de forma exclusivamente autónoma.

- **Comprensión y síntesis de documentos técnicos complejos:**

Utilizada, de forma puntual, como apoyo para la comprensión inicial de ciertos informes sectoriales, datos estadísticos y documentos técnicos de organismos internacionales (EFPIA, OMS, EMA, FDA) relacionados con la industria farmacéutica, cuya lectura, análisis e interpretación fueron realizados directamente por la autora en sus fuentes originales. El contenido incorporado al trabajo procede íntegramente del estudio propio de esas fuentes.

- **Traducción y comprensión de fuentes en lengua inglesa y francesa:**

Utilizada, de forma puntual y auxiliar, para facilitar la comprensión inicial de fuentes académicas, informes institucionales y artículos especializados redactados en lengua inglesa y, en menor medida, francesa, que en todo caso fueron leídos y analizados directamente por la autora en su versión original. Ningún contenido citado en el trabajo procede de traducciones automáticas sin verificación autónoma por parte de la autora.

- **Formateo y verificación formal de citas y referencias bibliográficas:**

Utilizada como herramienta de apoyo para la comprobación del formato de citas a pie de página y de referencias bibliográficas conforme al sistema de citación exigido por la Guía Docente del TFG (sistema de notas a pie de página con numeración correlativa: cita completa en primera mención y abreviada en menciones sucesivas, con referencias bibliográficas redactadas conforme a la 7.^a edición de las normas APA). En ningún caso se empleó para localizar, seleccionar ni evaluar las fuentes citadas, ni para verificar la exactitud de su contenido, lo que fue realizado de forma autónoma por la autora mediante acceso directo a las publicaciones originales. La responsabilidad sobre la corrección y la integridad de todas las citas y referencias es exclusivamente de la autora.

- **Elaboración de gráficos y elementos visuales a partir de fuentes verificadas:**

Utilizada como herramienta de apoyo para la creación de representaciones gráficas y elementos visuales (tablas, figuras e infografías incluidas en los Anexos del trabajo), generadas íntegramente a partir de datos obtenidos de fuentes verificadas, fehacientes y debidamente citadas en el trabajo (entre otras: EFPIA 2023, DiMasi et al. 2016, Wouters et al. 2021, Gallup/Saad 2023, Edelman Trust Barometer). La selección de los datos representados, la decisión sobre qué visualizar y la interpretación de los resultados son responsabilidad exclusiva de la autora. En ningún caso se utilizó esta herramienta para generar, inventar ni interpretar datos.

Afirmo que toda la investigación, el análisis comparativo entre representación audiovisual y realidad económica, científica y social de la industria farmacéutica, la estructura argumentativa, el desarrollo de los capítulos, las valoraciones críticas y las conclusiones del trabajo son producto de mi esfuerzo intelectual individual y autónomo, y no han sido generados ni desarrollados mediante herramientas de IAG. El recurso a estas herramientas ha tenido en todo momento carácter auxiliar e instrumental, sin que haya comprometido en ningún aspecto la originalidad, la autoría ni el rigor académico del trabajo.

Soy consciente de las implicaciones académicas y éticas de presentar un trabajo no original y acepto las consecuencias de cualquier violación de esta declaración, de conformidad con lo establecido en el artículo 168 del Reglamento General de la Universidad Pontificia Comillas.

Madrid, junio de 2026

Firma: Carmen Mosquera Oregui

** La autora deja constancia de que el uso descrito se ajusta a los criterios orientadores establecidos por la Universidad Pontificia Comillas sobre el empleo responsable de herramientas de inteligencia artificial en Trabajos de Fin de Grado. En ningún momento se ha utilizado ninguna herramienta de IAG para generar, redactar ni desarrollar el contenido analítico, argumental o expositivo del trabajo, para la selección o evaluación crítica de fuentes, para la generación de ideas, argumentos o análisis propios, para la interpretación de datos ni para la elaboración de conclusiones. El formateo formal de citas, la elaboración de gráficos a partir de datos verificados, la comprensión de fuentes técnicas y la traducción de fuentes en lengua inglesa o francesa se emplearon exclusivamente como apoyo instrumental sobre materiales identificados, leídos y verificados de forma autónoma por la autora. El presente trabajo fue elaborado bajo la supervisión de la tutora y con plena observancia de los principios de integridad académica.*