

# GLOBALIZACIÓN DEL SECTOR FARMACÉUTICO

---

Lourdes Girona \*

---

Fecha de recepción: 20 de febrero de 2007

Fecha de aceptación y versión final: 26 de septiembre de 2007

**Resumen:** En las últimas décadas, con la consolidación de las políticas neoliberales, el sector farmacéutico ha experimentado una gran transformación, llevando a cabo importantes fusiones y adquisiciones, y convirtiéndose en uno de los sectores más rentables de la economía. El año 1994 es decisivo porque se crea la Organización Mundial del Comercio y se reconoce el derecho de propiedad intelectual, también para los medicamentos. La generalización del sistema internacional de patentes, ha sido la base en la que se ha sustentado el modelo seguido, favoreciendo claramente el crecimiento del sector. En los países desarrollados, el gasto en medicamentos crece de forma preocupante. Las consecuencias del aumento del gasto farmacéutico, siendo negativas para los sistemas nacionales de salud en el mundo desarrollado, son catastróficas para los países más desfavorecidos y para los ciudadanos sin cobertura sanitaria.

**Palabras clave:** Globalización, Políticas farmacéuticas, Gasto en medicamentos.

**Abstract:** In the last decades, with the stabilisation of neoliberal politics, the pharmaceutical area has experienced a huge transformation involving fusions and acquisitions, becoming one of the most profitable sector in Economics. 1994 is crucial because the World Trade Organisa-

---

\* Dra. en Farmacia, Jefe de sección del Hospital Universitario Vall d'Hebron. Secretaria de la Associació Catalana per a la Defensa de la Sanitat Pública (ACDSP-FADSP).

tion was created at this year, and the rights of intellectual property are recognised, also for drugs. The generalisation of the international system of patents has been the ground for the new model. But in developed countries, the spent in medicaments grows in a preoccupant way. The consequences of this growing pharmaceutical spent are still negative for the national health system in the developed world, and are catastrophic in less favoured lands and on people without health insurance.

**Key words:** Globalization, Pharmaceutical policies. Pharmaceutical expenditures.

En los países desarrollados el gasto en medicamentos crece de forma preocupante. Una parte de este aumento se explica por el avance tecnológico, que genera una mayor oferta, y por el desarrollo económico y social, que aumenta la demanda, lo que ha contribuido a conseguir una mayor longevidad y una mejor calidad de vida. Sin embargo, una parte de este gasto es excesivo y se debe al precio que pagamos por los nuevos medicamentos, que casi nunca guarda relación con los beneficios que proporcionan.

Algunos analistas justifican este incremento por la necesidad de recuperar las inversiones realizadas para la investigación y desarrollo de nuevas especialidades farmacéuticas. Así, un informe realizado por Joseph DiMasi, del Centro de Estudios del Desarrollo de Medicamentos de la Tufts University de Boston, publicado en noviembre de 2001, aseguraba que una compañía farmacéutica necesita gastar 803 millones de dólares para encontrar un nuevo medicamento. Para el estudio se basó en datos confidenciales y no auditados de 10 empresas farmacéuticas y en el desarrollo de 69 nuevos fármacos.

Este dato fue rechazado por Public Citizen, una asociación independiente de consumidores estadounidenses, que afirma que estos costes son exagerados y que, en realidad, no superan los 240 millones de dólares. Es una diferencia importante, que puede entenderse parcialmente por desgravaciones fiscales no contabilizadas y por diferencias en la valoración de los beneficios que podría dar el capital si se hubiera invertido en otros sectores industriales o financieros más rentables (Public Citizen, 2006; Ugalde 2003)

En cualquier caso, las informaciones que aparecen habitualmente en los medios de comunicación y cuyas fuentes son a menudo la propia industria, demostrarían que las compañías farmacéuticas trabajan con precios que podrían ajustarse más. Según la revista *Fortune*, del precio de un medicamento, un 14 por ciento son gastos en I+D, un 17 por ciento son beneficios y prácticamente un 31 por ciento son gastos de promoción y marketing (Public Citizen 2002).

## Mercantilización de la sanidad, mundialización del mercado

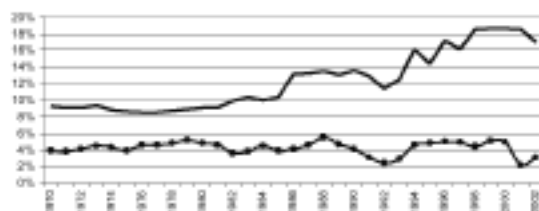
Las consecuencias del aumento del gasto farmacéutico, siendo muy negativas para los sistemas nacionales de salud en el mundo más desarrollado, son catastróficas para los países más desfavorecidos, que no pueden sustraerse a la mundialización del sector farmacéutico, que se ha transformado siguiendo las directrices políticas y económicas del nuevo orden mundial y que ha conformado el actual escenario de la globalización.

A partir de los 80 el proceso de mercantilización de la medicina se acelera a caballo del proceso de globalización, enfatizando los valores del mercado como garantes de la libre elección y los sistemas de gestión privada como proveedores de eficiencia económica. Las administraciones norteamericanas y británicas han promovido y promueven activamente políticas neoliberales en las principales agencias internacionales: Fondo Monetario Internacional (FMI), Banco Mundial (BM), Organización Mundial del Comercio (OMC) y, también, en la Organización Mundial de la Salud (OMS).

De esta manera hemos asistido a una profunda transformación de los sistemas sanitarios y especialmente del sector farmacéutico, capitaneada por la OMC, que culminó en 1994 con la aprobación del acuerdo TRIPS (Trade Related Aspects on Intellectual Property Rights), con el reconocimiento de los derechos de propiedad intelectual, también para los medicamentos, y con la generalización internacional del sistema de patentes definido ya en los acuerdos del GATT (General Agreement on Tariffs and Trade) (O.M.C., 2007)

El reconocimiento de los derechos de propiedad intelectual de los medicamentos ha sido la base en la que se ha sustentado el modelo seguido, favoreciendo claramente el crecimiento del sector. El despegue económico de la industria farmacéutica, si comparamos los beneficios sobre ventas entre este sector y el conjunto de las 500 industrias más importantes del mundo<sup>3</sup>, demuestra los beneficios que para los fabricantes de medicamentos ha supuesto la política impulsada por los neoconservadores (fig. 1).

**Fig. 1. Beneficios de las 500 mayores industrias del mundo**

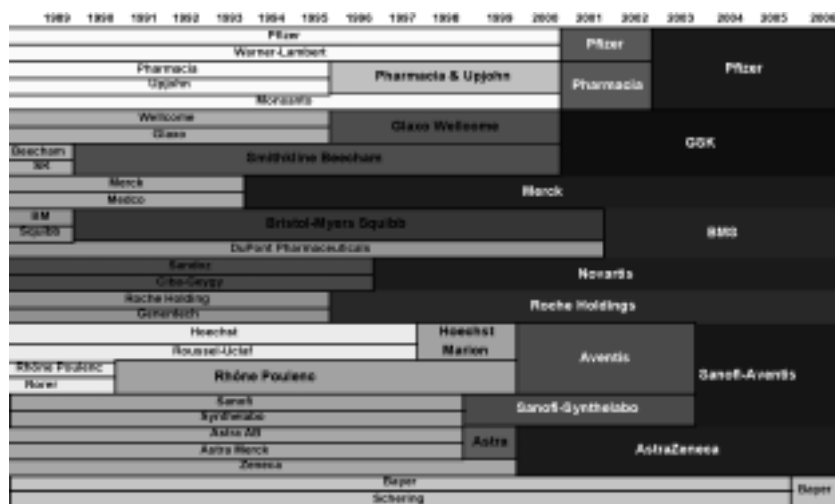


— % de beneficios sobre ventas. Mediana de la I. Farmacéutica  
 ◆◆◆ % de beneficios sobre ventas. Mediana de todas las Industrias

Fuente: Revista Fortune, en Public Citizen.

Con la consolidación de la política neoliberal, el sector farmacéutico ha sido uno de los protagonistas del nuevo mercado globalizado, para lo que ha llevado a cabo importantes fusiones y adquisiciones (fig. 2) (Weinmann, 2002). Son empresas con grandes beneficios y con un elevado número de empleados, algunos de ellos muy cualificados. En el último año, los grandes del sector tuvieron unas ventas superiores a los 20 mil millones de dólares y unos beneficios significativos (tabla 1) (Fortune, 2006), que los hacen muy atractivos para las economías nacionales, y explica en parte el proteccionismo del que gozan.

Fig. 2. Principales fusiones de la Industria farmacéutica



Fuente: Thomson Financial Securities en L'Industrie pharmaceutique...y datos propios.

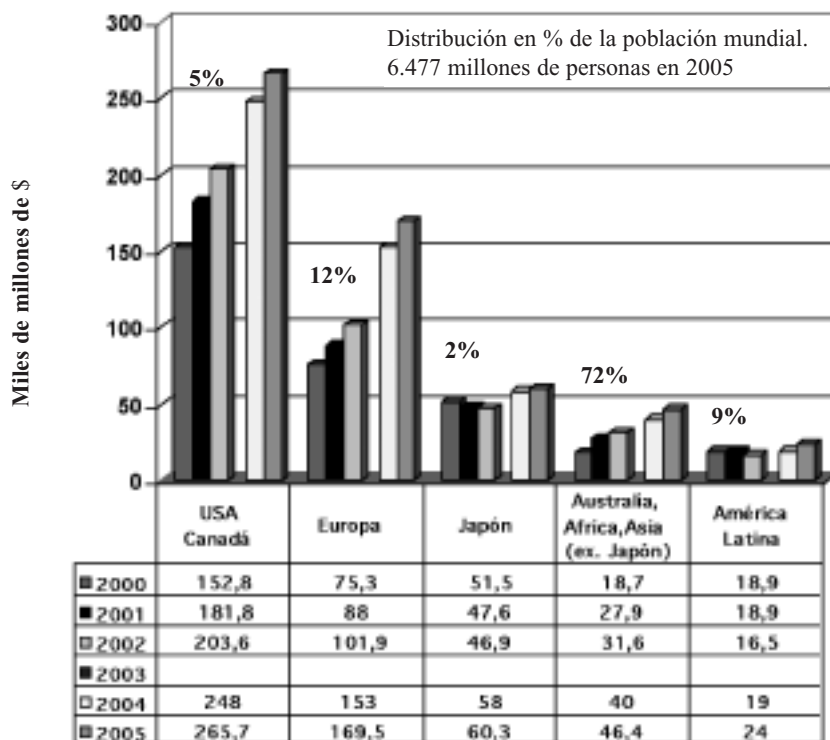
Tabla 1. Ventas, beneficios y número de empleados de las industrias farmacéuticas más importantes

Farmacéuticas	2006			
	Situación Global	Ventas en millones de \$	Beneficios en millones de \$	Número de trabajadores
Pfizer	101	51.353	8,085	106.000
Jonson & Johnson	104	50.514	10,411	115.600
GlaxoSmithKline	143	39.366	8,753	100.728
Novartis	177	32.212	6,130	90.924
Roche Group	204	28.496	4,644	68.218
Merck	289	22.012	4,631	61.500
Bristol-Myers Squibb	321	20.222	3,000	43.000
AstraZeneca	253	23.950	4,706	64.900
Abbott Laboratories	283	22.338	3,372	59.735
Sanofi-Aventis	159	35.429	2,806	97.181
Wyeth	343	18.756	3,656	49.732
Eli Lilly	464	14.645	1,980	42.600

Fuente: Thomson Financial Securities en L'Industrie pharmaceutique...y datos propios.

La industria investiga lo que es rentable y por ello el grueso del negocio se realiza en los países ricos (fig. 3). En el año 2005, el 87,56% de las ventas se llevaron a cabo en los Estados Unidos, Canadá, Europa y Japón, con el 19% de la población mundial. Norteamérica con el 5% consumió el 47,3% del total del gasto en medicamentos (IMS Health 2000a, 2001, 2002, 2004, 2005a).

Fig. 3. Ventas mundiales por regiones



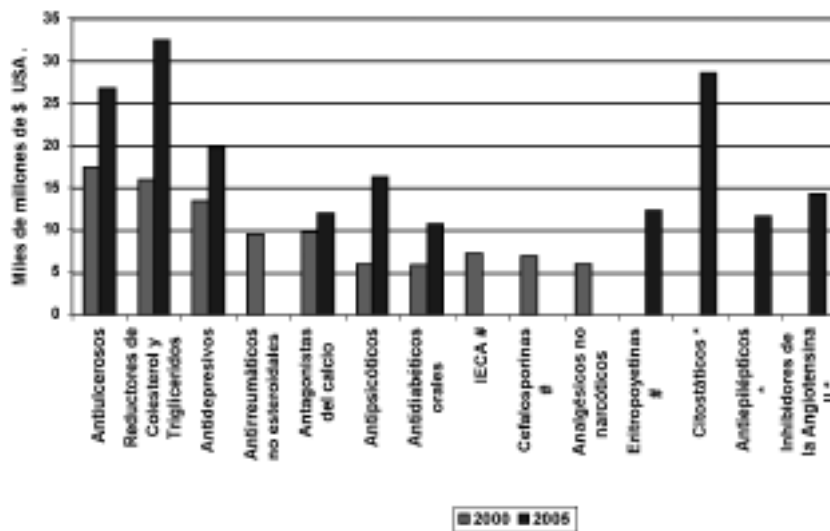
Fuente: IMS Health.

Como se investiga y promociona aquello que es rentable, no aquello que en términos de salud es socialmente necesario, los medicamentos que más cuota de mercado tienen son los indicados para paliar o prevenir enfermedades de elevada prevalencia en los países ricos: antiulcerosos, reductores del colesterol y triglicéridos y antidepressivos. Y, ya en los datos del 2005, aparecen los citostáticos, medicamentos para el tratamiento del cáncer, una de las enfermedades diana de la investigación y promoción sanitaria mundial (fig. 4) (IMS Health 2000 b, 2005 b)

En pocos años hemos visto cómo la actual política farmacéutica mundial ha separado en dos grandes bloques el mundo, distinguiendo las regiones ricas, capaces de pagar la factura farmacéutica, y por lo tanto objeto de investigación -

aunque con bolsas de pobreza que hace que sin un sistema sanitario público universal amplios sectores estén excluidos de los beneficios de la terapia -, y las regiones pobres, incapaces de pagar los medicamentos que deben importar, ya que carecen de industria propia y de muchos de los medicamentos necesarios.

Fig. 4. Grupos terapéuticos más vendidos a nivel mundial



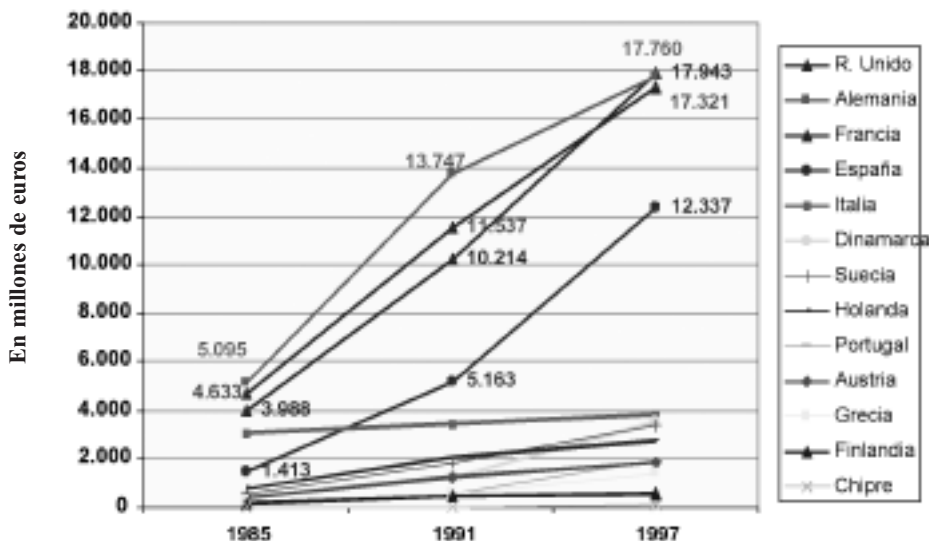
\* No estuvieron entre los 10 grupos más vendidos durante 2000 y # no lo estuvieron en 2005  
Fuente: IMS Health.

## El medicamento en la Unión Europea

En Europa las transformaciones se consolidan en 1995 con la entrada en funcionamiento de la Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos (EMA). El hecho de que la EMA dependa directamente de la Dirección General de Industria de la Comisión Europea es consecuencia de que se hayan priorizado los aspectos industriales, de rendimiento empresarial, sobre los sanitarios, apostándose por la importancia estratégica del sector farmacéutico en las economías de los países industrializados. En la llamada Europa de los 15, excepto Luxemburgo que carece de industria farmacéutica, y Portugal donde ha decrecido, la producción ha aumentado, pasando de los 57.600 millones de euros en 1990 a los 105.500 millones en 1999 (fig. 5) (Moreau 2002, WHO 2004).

Diversas directivas europeas han allanado el camino para la armonización legislativa en la UE, aproximando las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas sobre medicamentos, con el fin de lograr decisiones uniformes en toda la Unión y garantizar el buen funcionamiento del mercado interior de la salud.

Fig. 5. La producción farmacéutica en la Europa de los 15



Fuente: Estimaciones de WHO según datos de UNIDO y OECD, en The World Medicines Situation, WHO 2004

Las leyes que desarrollan el sector dibujan la preeminencia de los intereses. Así, el Reglamento (CEE) nº 2309/93 del Consejo, de 22 de julio de 1993 en uno de sus párrafos dice: “... en interés de la salud pública, es necesario que las decisiones sobre la autorización de estos medicamentos se basen en los criterios científicos objetivos de calidad, seguridad y eficacia, excluyendo consideraciones económicas o de otro tipo” (CEE, 1993). Sin embargo, con esta afirmación, se ha facilitado la autorización de medicamentos de escaso valor terapéutico y elevado precio.

Las agencias reguladoras europeas, EMEA y las nacionales, aceptan el registro de nuevos medicamentos, y los gobiernos negocian los precios, tras la realización de los oportunos ensayos clínicos para demostrar las bondades del fármaco, eficacia y seguridad, y la importancia de su comercialización (Parlamento Europeo 2001). Si el correspondiente ensayo prueba lo anterior, es difícil denegar su utilización.

Estos estudios se realizan, en principio, de forma rigurosa y gozan del mayor prestigio en la literatura médica. Sin embargo, el hecho de que en su gran mayoría el promotor sea la industria farmacéutica que, gracias a una legislación poco intervencionista, es la propietaria de los datos, lo que conlleva que, con todo el derecho que les da la ley, los publique o no según los resultados obtenidos. De nada vale que la mayoría de ellos se realicen en hospitales universitarios públicos y que los investigadores sean médicos de estos centros. Toda la información se la queda en propiedad el laboratorio, que la usa según su conveniencia.

Aunque, recientemente, se está pretendiendo una mayor transparencia y

accesibilidad desde las administraciones públicas a esa información (Parlamento Europeo, 2001), la realidad actual es otra: cuando los resultados son “buenos”, el estudio se publica y el medicamento se promociona; si son “malos”, se archivan. El laboratorio no está obligado a informar ni a publicar los resultados negativos. La omisión de estos datos incrementa el valor positivo del fármaco y pone en entredicho el valor de la información publicada y la solidez de la “medicina basada en la evidencia”.

Con el dominio de la información se facilita la incorporación de novedades, algunas de escaso valor terapéutico, permitiendo la renovación de medicamentos antiguos por nuevos, generalmente mucho más caros y no más eficaces o seguros. La revista *Prescrire* realizó una valoración de los medicamentos registrados en los últimos 23 años en Francia, y a los que se les aprobó una nueva indicación (tabla 2). Como puede apreciarse, sólo un 10,5 por ciento de los nuevos productos o nuevas indicaciones ha aportado un beneficio claro (Anónimo, 2004). Los diseños galénicos novedosos, los llamados “me too”, moléculas similares a las ya comercializadas, son pequeñas argucias que favorecen la actividad en el mercado y permiten el aumento de los márgenes empresariales, vía precio, aunque los beneficios terapéuticos sean escasos.

**Tabla 2. Valoración de la revista *Prescrire* de los medicamentos registrados en Francia entre 1981 y 2003**

Valoración	N. de especialidades	%
Excelente	7	0,24
Interesante	77	2,68
Aporta algo	217	7,56
Eventualmente útil	455	15,85
No aporta ninguna novedad	1.913	66,63
No se considera aceptable	80	2,79
No se pronuncia	122	4,25
<b>Total</b>	<b>2.871</b>	<b>100</b>

Fuente: Revista *Prescrire*

La publicidad en revistas profesionales asegura, además, un cierto control sobre los temas publicados, que se apoya con la financiación de estudios promocionales, realizados por profesionales “expertos”, que proporcionan una publicidad de lujo. Los beneficios económicos que pueden derivarse de una exitosa campaña de marketing explicarían las cifras mencionadas anteriormente sobre la incidencia de este tipo de gastos en el precio de un medicamento.

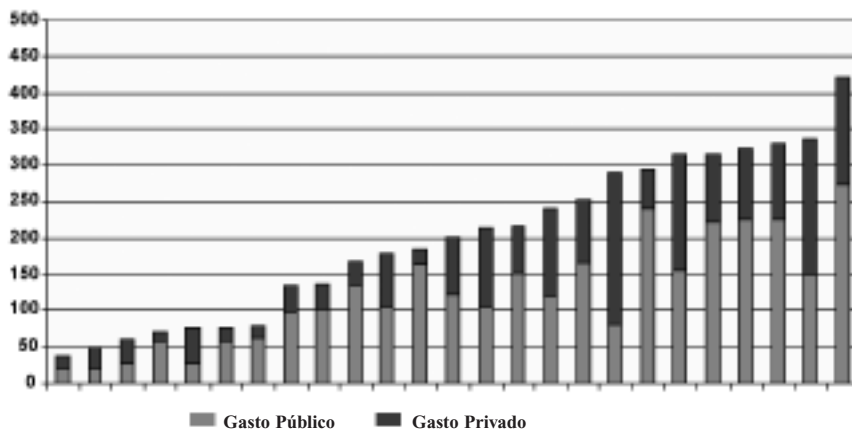
Además, el precio no se establece de acuerdo con los costes que ha supuesto la investigación y el desarrollo de la molécula y los que genera su fabricación y comercialización, sino por las supuestas mejoras en salud o en el ahorro que su utilización va a producir en los sistemas de salud, unos beneficios sobredimensionados gracias al monopolio que de la información tiene la industria farmacéutica en



los primeros años de existencia del medicamento y de que la valoración de los costes sanitarios se realiza de acuerdo a los precios de la atención sanitaria en los países fabricantes: EEUU, Japón y algunos de la Unión Europea, países ricos.

La riqueza de los países y el poder adquisitivo de los ciudadanos es de esta manera determinante y provoca, como hemos citado anteriormente, sustanciales diferencias en cuanto al consumo farmacéutico, que también se refleja en los distintos países de la UE (fig. 6) (WHO 2004). Así, según los datos recogidos por IMS sobre las ventas en Europa en 2004, 144.000 millones de dólares lo fueron en la Europa de los 15, y 9.000 en el resto (IMS Health 2002). Estas desigualdades en el seno de la UE favorecen la existencia de un comercio paralelo de medicamentos desde las zonas más baratas a las más caras. La existencia de este comercio es uno de los argumentos que esgrime la industria farmacéutica para evitar la comercialización de fármacos a distintos precios y la excusa para no adoptar precios diferenciados en países con distintos niveles de renta, lo que afectará sin duda a la capacidad de acceso a los medicamentos.

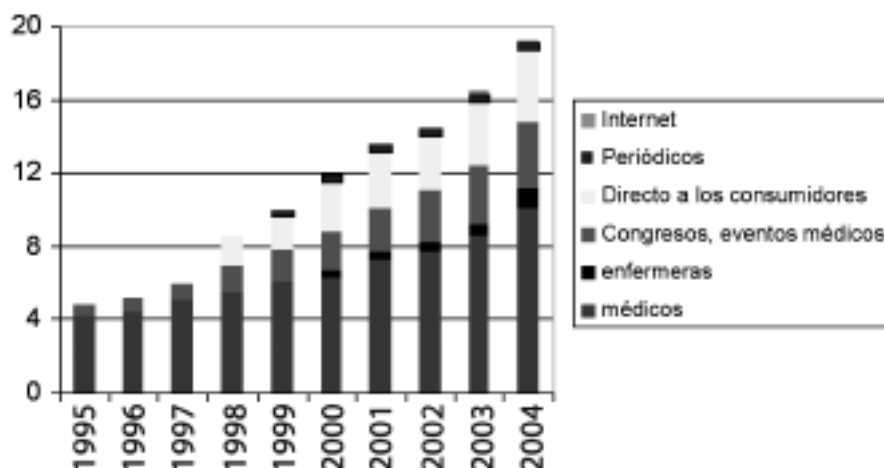
**Fig. 6. Gasto farmacéutico per cápita en la Unión Europea Año 2000**



Fuente: The World Medicines Situation, WHO 2004

Esta situación puede complicarse si se aceptara la publicidad dirigida a los pacientes, incipiente todavía en Europa, pero ya consolidada en los Estados Unidos, donde el gasto promocional consume cada vez más recursos (fig. 7) (The Economist, 2005). La publicidad desregulada que va directamente a los colectivos preocupados por sus problemas de salud o que buscan mejoras en su calidad de vida suprime el papel de agencia del médico y expone a los ciudadanos a una información, cuando menos, parcial, aduciendo el derecho a la libertad de información. La venta por Internet amplía la mercantilización de la política farmacéutica y la desregulación nacional del sector.

Fig. 7. Gasto promocional de la Industria farmacéutica en EEUU



Fuente: Verispan, en The Economist

## Situación en los países pobres

La situación social y económica que viven las zonas más desfavorecidas del planeta, agravada por las guerras, por las migraciones humanas, por la aparición de epidemias, por la imposibilidad de acceso a medicamentos vitales... son algunos de los problemas con los que se enfrentan los países pobres, eufemísticamente llamados en vías de desarrollo.

El retrato que de esta situación hizo Juan Rovira, que fue economista del Banco Mundial, es clarificador: “Además de la inaccesibilidad que supone la patente, una gran parte de la población mundial no tiene acceso ni siquiera a medicamentos antiguos genéricos. El problema es adecuar el problema a la capacidad de pago, sobre todo en países pobres, que ni son capaces de producirlos ni de adquirir siquiera medicamentos esenciales. Otro de los problemas es el de la corrupción y el fraude. Los países menos desarrollados disponen de una limitada capacidad de control de los medicamentos, lo que les hace susceptibles a la introducción de fármacos fraudulentos, en el mejor de los casos, total o parcialmente inefectivos, y, en otros, potencialmente nocivos. La actitud de los países desarrollados ante este problema no es siempre un ejemplo de ética: por ejemplo, hay países industrializados que no aplican a los medicamentos para la exportación los mismos criterios de control y seguridad que exigen para los destinados al consumo local. ¿Cuál ha de ser el papel de los organismos internacionales en el establecimiento de prioridades para la asignación de recursos financiados mediante sus préstamos y donaciones a países en desarrollo?” (Rovira, 2002).

En los países pobres los medicamentos quedan fuera del alcance de la mayoría de la población. La epidemia del SIDA ha evidenciado esta situación. Según

datos de la OMS, en el año 2003, el 83,6 % de los pacientes que precisaban tratamiento se encontraban en países de ingresos medios (entre 760 y 9.360 dólares per cápita) o bajos (menos de 760), por lo que, excepto minorías adineradas que pueden conseguir el tratamiento adecuado, sólo unos pocos pueden beneficiarse de las ayudas internacionales y de las ONG (WHO, 2004), ayudas totalmente insuficientes, como lo demuestra el avance del SIDA y la catástrofe humanitaria que esta generando.

El papel de la OMS en el establecimiento de la política farmacéutica resulta insuficiente, a pesar de que se marcó, como objetivo prioritario para el periodo 2000-2003, atacar las principales enfermedades de la pobreza: VIH/SIDA, la tuberculosis, el paludismo y las enfermedades de la infancia (WHO 2000).

En junio de 2000 se reconoció a la OMS la condición de observador en el Consejo de la OMC para los TRIPS. Esto permitió que en el comunicado acerca de la declaración sobre los derechos de propiedad intelectual y la salud pública adoptada por la Conferencia Ministerial de la OMC en Doha en noviembre de 2001, la Directora General celebrara la conclusión de que el acuerdo sobre los TRIPS “puede y deberá ser interpretado y aplicado de forma que apoye el derecho de los miembros de la OMC a proteger la salud pública y, en particular, a promover el acceso a los medicamentos para todos” (WHO 2003). Pero a pesar de estas declaraciones llenas de buena intención, la situación sigue siendo dramática para la mayoría de la población de África, América del Sur y Asia.

En sentido contrario a los deseos expuestos en el párrafo anterior, algunos tratados comerciales de EEUU con países poco desarrollados como Bolivia, Ecuador, Colombia y Perú intentan reforzar la normativa que regula la propiedad intelectual más allá de lo que establecen los acuerdos TRIPS en detrimento de la salud pública (MSF). Estos acuerdos pueden repercutir en la ya maltrecha economía de América del Sur, que además de pagar más por los productos importados, verá dañada su ya débil industria farmacéutica local.

Por si no fuera suficiente la barrera que supone el precio de los medicamentos para los países pobres, la investigación actual se dirige hacia los medicamentos rentables desde el punto de vista comercial, lo que provoca que, de acuerdo con informaciones de la OMS, de unos 1.400 nuevos productos desarrollados por la industria farmacéutica entre 1975 y 1999, sólo 13 estaban destinados al tratamiento de las enfermedades tropicales y tres a la tuberculosis (WHO 2000).

Si el actual conglomerado industrial farmacéutico no es capaz de cubrir ese descomunal vacío terapéutico para las llamadas “enfermedades desatendidas” o “enfermedades relacionadas con la pobreza”, deberían ponerse en marcha iniciativas públicas o institucionales que proporcionen el acceso a la salud a millones de personas en el mundo.

## **A modo de conclusión, perspectivas futuras**

En los países con sistemas de protección social que financian en gran parte el consumo de medicamentos, los periodos de crisis económica que se han pro-

ducido no afectan a sus ciudadanos de la misma forma que en aquellos en los que los pacientes deben pagar directamente su consumo, lo que excluye a capas importantes de la población de los beneficios terapéuticos actuales. Las medidas que tienden a potenciar la corresponsabilidad económica de los pacientes, como el famoso copago, tienen el riesgo de excluir a los sectores con menor poder adquisitivo de la terapia farmacológica. Pero, además, tampoco parecen eficaces para reducir la factura farmacéutica. Bastaría para apuntarse a esta opinión revisar el consumo de medicamentos en aquellos países donde el sistema público y las primas de las aseguradoras no cubren la mayoría de los medicamentos, como pasa, por ejemplo, en Estados Unidos. Ni se reduce el consumo ni la factura farmacéutica, tan sólo se reduce el poder adquisitivo de los enfermos, que deben dedicar cantidades crecientes de sus ingresos al gasto sanitario, dejando a los menos pudientes en brazos de instituciones de caridad.

Una parte de esta contradicción, que no debate, la vivimos en Europa ante la incapacidad de las administraciones para frenar un gasto en medicamentos que no para de crecer pese a los intentos de los diferentes gobiernos que recurren a "medicamentazos", recortes de márgenes en la distribución, "primas" a los fabricantes si consiguen reducir el presupuesto sanitario, etc. Desde luego, el problema es muy complejo y de difícil solución ya que una gran parte del encarecimiento se debe a la estructura económico-sanitaria en que se sustenta el medicamento, y que se ha extendido ampliamente en el nuevo escenario de la globalización.

En el mundo del medicamento se dan situaciones paradójicas que lo hacen peculiar desde su inicio: la investigación, el desarrollo y la promoción están en manos de la industria farmacéutica; la autorización, la prescripción y la financiación dependen fundamentalmente de las administraciones públicas y de las agencias reguladoras, de la decisión de sus políticos, de sus funcionarios y de sus profesionales. Y con los datos económicos disponibles parece evidente que el desequilibrio entre los recursos de unos y de otros favorece el abuso en un lado y la pasividad en el sector público. Se hace urgente una reforma que otorgue un mayor protagonismo en materia de salud a los gobiernos que deben administrar los presupuestos públicos.

En los países pobres, la situación está ya en el peor de los escenarios posibles. La situación de defensa de los intereses industriales en detrimento de los intereses humanitarios ha llegado a un punto en que el mantenimiento de la actual situación, el no cambio, sólo puede llevar al caos y la destrucción.

## **Bibliografía**

- Anónimo. Prix et remboursement del médicaments: la course aux pris délirants. *La Revue Prescrire*. Febrier 2004;42(247):142-147.
- CEE, 1993 Diario Oficial nº L 214 de 24.8.1993, p.1-21 Reglamento (CEE) 2309/93 del Consejo de 22 de julio de 1993.

- Fortune 2006 Global 500:Industry: Pharmaceuticals 2006.  
<http://money.cnn.com/magazines/fortune/global500/2006/industries/Pharmaceuticals/1.html> (consultado el 16 de enero de 2007)
- IMS Health Global Pharmaceutical Sales by Region, 2000. *IMS Health, World Review*, 2000a.  
[http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6266\\_40065745\\_40065754,00.html](http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6266_40065745_40065754,00.html) (consultado el 13 de noviembre de 2003)
- IMS Health Leading 10 Therapy Classes by Global Sales, *IMS Health, World Review* 2000.b  
[http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6266\\_40065745\\_40065778,00.html](http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6266_40065745_40065778,00.html) (consultado el 13 de noviembre de 2003).
- IMS Health Global Pharmaceutical Sales by Region, 2001., *IMS Health World Review*, 2001.  
[http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6266\\_40065736\\_40066872,00.html](http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6266_40065736_40066872,00.html) (consultado el 13 de noviembre de 2003).
- IMS Health Global Pharmaceutical Sales by Region, 2002. *IMS Health, World Review*, 2002.  
[http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6266\\_41527077\\_41527086,00.html](http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6266_41527077_41527086,00.html) (consultado el 13 de noviembre de 2003).
- IMS Health Global Pharmaceutical Sales by Region, 2004. *IMS Health, World Review*, 2004.  
[http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6599\\_71234024\\_71234053,00.html](http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6599_71234024_71234053,00.html) (consultado el 16 de enero de 2007).
- IMS Health Global Pharmaceutical Sales by Region, 2005. *IMS Health, World Review*, 2005.a (consultado el 16 de enero de 2007)
- IMS Health Leading Therapy Classes by Global Pharmaceutical Sales, 2005. *IMS Health, WorldReview*, 2005b.  
[http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6266\\_41527077\\_41551530,00.html](http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6266_41527077_41551530,00.html) (consultado el 16 de enero de 2007).
- Moreau A. La production. En *L'Industrie pharmaceutique en mutation*. Moreau A, Rémond S, Weinmann N. Eds. Colección Les etudes de La documentation Française. Paris 2002.
- MSF Centroamérica: la firma del CAFTA amenaza el acceso a medicamentos esenciales en la zona. MSF. [http://www.msf.es/4\\_1\\_4.asp](http://www.msf.es/4_1_4.asp).
- O.M.C. 2007 Organización Mundial del Comercio. Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio. [http://www.wto.org/spanish/docs\\_s/legal\\_s/27-trips.pdf](http://www.wto.org/spanish/docs_s/legal_s/27-trips.pdf) (consultado el 16 de enero de 2007).

(consultado el 17 de enero de 2007).

Parlamento Europeo. 2001 Diario Oficial nº L 121 de 1.5.2001, p.34-44. Directiva 2001/20/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 4 de abril de 2001.

Public Citizen. 2002 Drug Industry Profits: Hefty Pharmaceutical Company Margins Dwarf Other Industries.

[http://www.citizen.org/documents/Pharma\\_Report.pdf](http://www.citizen.org/documents/Pharma_Report.pdf) (consultado el 16 de enero de 2007).

Public Citizen.(2006) Pharmaceuticals Rank as Most Profitable Industry, Again “Drugernaut” Tops All Three Measures of Profits in New Fortune 500 Report.

[http://www.citizen.org/congress/reform/drug\\_industry/corporate/articles.cfm?ID=7416](http://www.citizen.org/congress/reform/drug_industry/corporate/articles.cfm?ID=7416) (consultado el 16 de enero de 2007).

Rovira J, Medicamentos, Globalización y países en desarrollo. *Economía y Salud* nº 43, Ed. Asociación Economía de la Salud. Pag, 1-2. Enero 2002.

*The Economist*. Prescription for chance. A survey of pharmaceuticals. 18 de junio de 2005.

Ugalde A, ¿Cuánto cuesta producir un nuevo medicamento?. *Salud 2000*. 2003; (91): 6-12.

Weinmann N. Les acteurs mondiaux: une redistribution des cartes. En *L'Industrie pharmaceutique en mutation*. Moreau A, Rémond S, Weinmann N. Eds. Colección Les études de La documentation Française. Paris 2002.

WHO Estrategia farmacéutica de la OMS: Marco para la acción en relación con los medicamentos esenciales y la política farmacéutica 2000-2003. Ginebra, OMS, 2000 (documento WHO/EDM/2000.1).

WHO Derechos de la propiedad intelectual, innovación y salud pública. Ginebra, OMS, 2003 (documento WHA56.17).

WHO The World Medicines Situation 2004. Geneve. World Health Organization 2004 (documento WHO/EDM/2004.5).