



**ACADEMIA DE FARMACIA
SANTA MARÍA DE ESPAÑA
DE LA REGIÓN DE MURCIA**

EL MEDICAMENTO Y LA GLOBALIZACIÓN

Discurso de la Il^{ta}. Sra.

Dra. D^a ENCARNA ZAMORA NAVARRO

Cartagena, 22 de Febrero de 2005



Mesa Presidencial del Acto

DISCURSO DE LA
ILTMA. SRA. D^a ENCARNA ZAMORA NAVARRO
DRA. EN FARMACIA. ACADÉMICA DE NÚMERO
DE LA ACADEMIA DE FARMACIA SANTA MARÍA DE ESPAÑA
DE LA REGIÓN DE MURCIA



Excelentísimo Sr. Presidente de la Academia de Farmacia Santa María de España de la Región de Murcia

Excelentísimas e Ilustrísimas Autoridades

Excelentísimos e Ilustrísimos Académicos

Queridos familiares y amigos

Señoras y señores

Si cualquier nombramiento o distinción siempre me ha llenado de satisfacción, y lo he agradecido de corazón, el ser propuesta y aceptada por una serie de distinguidos compañeros, como miembro de número, de esta Academia de Farmacia, me llena de sano orgullo y mi agradecimiento hacia ellos es enorme, ya que supone un reconocimiento a mi trayectoria profesional, que, si bien nunca estuvo ligada a la tarea investigadora, no es menos cierto que siempre lo ha estado al sector farmacéutico, en el que he desarrollado, como gestora, toda mi vida profesional.

A los compañeros que han creído en mí para proponerme como Académica y a los que me aceptaron, muchas gracias. Espero no defraudaros y prometo hacer los esfuerzos necesarios para estar a la altura de lo que esperáis de mí en la Academia.

Un recuerdo muy especial en este momento para mis padres. Hoy, desde donde se encuentren, estarán muy orgullosos de que sus dos únicos hijos sean farmacéuticos y miembros de la misma Academia. Ellos nos indujeron a seguir con la tradición familiar farmacéutica y a sus consejos y enseñanzas debo mi tesón y constancia en el trabajo.

Gracias también a mi hermano Salvador, que me ha apoyado, aconsejado y enseñado con su ejemplo de trabajo incondicional y desprendido. Muchas gracias por estar siempre ahí.

Un agradecimiento aparte merecen mis hijos José María, Javier –también farmacéutico– y Margarita que han tenido que renunciar muchas más veces de las que hubieran querido a la presencia física de su madre en favor del trabajo y que seguirán teniéndolo que hacer, si Dios me da salud. Gracias por vuestra paciencia y recordad siempre que lo más importante no es la cantidad sino la calidad.

A mis amigos, presentes y ausentes, gracias por aguantarme y aceptarme tal como soy, durante tantos años.

Y a todos ustedes, gracias por acompañarme esta noche.

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

Desde el momento que el Presidente de la Academia, me anunció mi nombramiento como Académica de Número, me resultó difícil elegir el tema para este discurso, pues de todos ustedes es conocida mi trayectoria no investigadora sino empresarial y los temas relacionados con el mundo de la empresa son, según mi criterio, áridos, poco atractivos y, la mayoría de ellos, carentes de mensaje.

La otra cara de mi actividad, menos conocida, es la participación directa, desde hace ya doce años, en proyectos de ayuda al desarrollo, fundamentalmente en el continente africano.

Una cosa unida a la otra bien pudieran dar de sí para comunicar y dejar un mensaje de sensibilización –pensé– y por ese camino va a discurrir el discurso.

A lo largo de mi vida siempre he presumido de ser boticaria y cuando mi actividad me llevaba a determinados foros donde primaban más los factores económicos que los sanitarios supe establecer el justo equilibrio y anteponer mi condición de profesional de la farmacia y por ende de la salud por encima de otros intereses, de ahí el tema que he elegido para mi discurso de entrada en esta institución: **El medicamento y la globalización.**

GLOBALIZACIÓN

Mundo global

Aldea global

Globalización

Mundialización

Son frases y palabras que hasta finales del siglo XX no formaban parte de nuestro vocabulario, pero hoy todo el mundo las utiliza con una mayor o menor conciencia de su significado y hablamos de globalización como de un fenómeno que ha cambiado nuestra forma de operar y de comunicarnos pero, a veces, somos inconscientes de su verdadero alcance.

Con el derrumbamiento del bloque soviético desapareció la gran oposición a la expansión del sistema capitalista, que desde la caída del muro de Berlín ha organizado una red tecnológica-financiera, no controlada por los gobiernos, en virtud de las medidas liberalizadoras de los mercados, esa red conocida como *globalización* **¿conducirá a la riqueza para todos?.**



El sistema económico mundial está condicionado por dos grandes factores: uno tecnológico y otro institucional. El primero es consecuencia de la innovación representada por Internet, cuyos efectos aún son invisibles e imprevisibles para la mayoría. El segundo es el predominio del liberalismo económico, adoptado por los países más desarrollados y por los organismos internacionales.

Como consecuencia de ambos, la economía internacional se mueve en el marco dado por las comunicaciones y transferencias económicas instantáneas y amplia liberalización de las operaciones privadas. Esto es, en síntesis, lo que se ha dado en llamar *globalización*.

Es un fenómeno, el de la globalización, que se caracteriza por la interdependencia y la interpenetración a nivel mundial de todos los sectores, económico, político, social, cultural y militar, lo que equivale a la negación de fronteras territoriales.

Los expertos económicos la definen como “la aceleración de algo que adquiere proporciones mundiales y por ello da origen a muchos fenómenos nuevos”.

La posibilidad de intercambiar información instantáneamente y a escala mundial ha provocado el debilitamiento de las fronteras y ha posibilitado el mutuo contacto de los pueblos del planeta, **¿para bien o para mal?**

La globalización ha supuesto un cambio en la forma de actuar, es un



fenómeno que influye en nuestras propias vidas de forma positiva, a veces, como es el caso del acercamiento a la igualdad entre hombre y mujer, y de forma negativa, otras, al minimizar valores tradicionales, como el de la familia, **¿qué pesa más? ¿lo positivo o lo negativo?**

Gracias a la globalización vamos perdiendo identidad para convertirnos en clones, pasar de individuos a masa becerril. Hoy en cualquier lugar del planeta nos encontramos a los jóvenes vistiendo de igual forma, con las mismas marcas, bebiendo lo mismos refrescos y cantando las mismas canciones, **a cambio de lo que perdemos ¿qué ganamos?.**

El mercado global es ajeno a las fronteras, gracias a la electrónica a los gestores de fondos, a los empleados de banca, a los empresarios y a los propios inversores individuales les basta con manejar el ratón de un ordenador para transferir enormes cantidades de dinero de un lado al otro del mundo, pudiendo ocasionar hecatombes económicas. Esto es tan habitual hoy en día que no nos damos cuenta de su verdadero alcance. Es una verdadera revolución y hasta que en 1969 se lanzó al espacio el primer satélite comercial era absolutamente impensable. Hoy hay más de 2.000 satélites de este tipo en órbita y millones de transacciones comerciales se realizan instantáneamente de una parte a la otra del planeta. **¿Quiénes serán los ganadores y los perdedores en esta guerra económica?**



Los procesos de globalización parecen estar marcados por signos contradictorios **¿en el futuro tendrán todas las personas acceso a los mismos recursos tecnológicos o servirá la globalización para agigantar las diferencias entre países ricos y países pobres? ¿Dejaremos de sentirnos españoles, italianos, franceses, etc. para sentirnos ciudadanos del mundo? ¿Alcanzaremos una convivencia pacífica entre razas y credos? ¿Se hará realidad la igualdad jurídica y cultural entre hombres y mujeres?**

Las respuestas a tantas preguntas que nos plantea un fenómeno tan reciente sólo se producirán en el futuro, aunque hoy, dependiendo de dónde y de quiénes las respondan, son radicalmente opuestas, de ahí la confrontación entre grupos de defensores a ultranza de la globalización y de detractores de la misma.

Evidentemente se tendrán que producir cambios importantes para que la sociedad llegue a asumir plenamente las consecuencias políticas, sociales y culturales de los procesos de globalización económicos que hoy están en marcha y que sólo están ocasionando, por el momento, que una parte del planeta a la que pertenecen los países ricos se convierta en un mundo de ganadores y otra, la de los países pobres, se les condene a ser los perdedores y a vivir en la miseria.

También es evidente que la globalización al olvidarse de continentes enteros, como África, y de buena parte de otros, el Sudeste asiático o Centro y Sudamérica, ha nacido mutilada.

Ningún continente ha sufrido las consecuencias negativas de la globalización como el africano, cuyos países siguen ocupando los últimos puestos en renta per cápita, separándose cada vez más de los industrializados, incluso de los nuevos industrializados de Asia. La renta per cápita de los países del tercer mundo no llega a ser ni el 15% de la de los países industrializados.

Al comienzo de la década de los 60, cuando aún no se hablaba de globalización, el 20% de los países más pobres del planeta tenían una

renta 30 veces inferior al 20% de los más ricos, hoy, tras la globalización, ha pasado a ser 75 veces inferior.

Cabría una pregunta más y es relativa al tema que nos ocupa: el medicamento como pieza fundamental de la salud pública *¿es un producto más dentro del fenómeno globalizador o debería exigir un tratamiento diferenciado?*.

MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

Con la supresión de fronteras físicas, con la velocidad de las comunicaciones, con la cantidad y variedad de información a la que podemos acceder, –todo gracias a la globalización– podríamos pensar que nos encontramos en un momento en el que las enfermedades son más fácilmente curables y el remedio está mucho más próximo al enfermo, pero esto no es así en la mayoría de los casos, ni en la mayoría de los países, encontrándonos con fenómenos, como el de **las enfermedades raras** o el de algunas enfermedades tradicionales propias de países pobres que pese a todo siguen sin solución.

Se consideran enfermedades raras las que pueden ser mortales o provocar un debilitamiento crónico del paciente y que, debido a su escasa prevalencia, requieren esfuerzos combinados para tratarlas. Se considera una prevalencia escasa cuando es inferior a 5 casos por 10.000 personas en la comunidad.

Existen más de 5.000 enfermedades raras y en España hay más de 3 millones de personas afectadas por enfermedades de las que no se sabe nada o muy poco.

Se entiende por **medicamento huérfano** a aquellos productos destinados a diagnóstico, prevención o tratamiento de las enfermedades raras.

Es evidente que no se investiga sobre este tipo de enfermedades por la escasa rentabilidad económica que supondría el lanzamiento al merca-

do de una molécula sólo aplicable a tan escaso número de pacientes. Esto constituye una injusticia social y sólo se puede resolver políticamente si se incentiva y subvenciona la investigación en este sentido.

El concepto de enfermedad rara ligada a medicamento huérfano se da en los países desarrollados pero ¿qué ocurre en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo? Allí nos encontramos con enfermedades antiguas y bien conocidas, que afectan a un número muy importante de población, la mayoría de ellas, que constituyen enfermedades endémicas sobre las que tampoco se investiga o se avanza en la investigación porque la población afectada no puede pagar el tratamiento y los gobiernos tampoco. Este es el caso de la malaria, enfermedad que ha pasado de estar en regresión, en cuanto al número de personas afectadas, a invertir la tendencia en esta última década siendo actualmente una enfermedad en expansión, con la desventaja de que el parásito responsable de la misma se ha hecho resistente a los tratamientos tradicionales y accesibles económicamente para los países pobres, donde la enfermedad es endémica y sigue siendo una de las causas de mortalidad por enfermedad evitable más importante, 1 millón de personas mueren al año en el mundo víctimas de ella, el 90% en el África subsahariana.



Otro ejemplo de este tipo lo constituye la tuberculosis, una enfermedad evitable y prevenible, que estaba en regresión hasta la última década del siglo XX. Hoy se estima que 2.000 millones de personas están afectadas por el bacilo, aunque sólo un porcentaje pequeño la desarrolla, existiendo actualmente 16 millones de personas con tuberculosis activa y cada año aparecen 8 millones de casos nuevos y 2 millones de muertes, pero hace más de 30 años que se desarrolló el último fármaco para tratar esta enfermedad. La aparición de cepas microbianas resistentes a los fármacos

tradicionales ha tenido como consecuencia el aumento del número de casos de tuberculosis polirresistente, que de no recibir tratamiento, cada persona con tuberculosis activa infectará al año a 10 o 15 personas nuevas. “Las pautas farmacológicas son muy eficaces si se toman correctamente pero el problema es que son largas y complejas y muchos pacientes no completan todo el ciclo terapéutico, por lo que cada año se desarrollan más bacterias resistentes a los fármacos” ha confirmado el Profesor Paul Herrling en la clausura de las jornadas sobre Salud y Desarrollo: Retos del siglo XXI, que tuvieron lugar en Barcelona en el Forum de las Culturas.

En Indonesia el 95% de los pacientes afectados por gonococia, que hasta hace poco tiempo era fácilmente curada mediante un tratamiento de coste asequible, hoy no lo es gracias a que la cepa que causa la enfermedad se ha vuelto resistente a los medicamentos utilizados. Ahora las enfermedades de transmisión sexual, que sólo se pueden curar con medicamentos caros, vuelven a ser el azote de los pobres.

Está claro que por falta de un mercado rentable se han dejado de desarrollar medicamentos para la mayoría de las enfermedades propias de países pobres.

Pero no somos conscientes de que estas enfermedades vuelven a tener actualidad y están muy presentes en los países ricos “gracias” a la globalización, que ha hecho más fácil el turismo sexual y la emigración incontrolada.

Tanto en el caso de los medicamentos huérfanos como en el de enfermedades raras se está dando al medicamento, por parte de gobiernos, instituciones e industria, el carácter de mercancía y no se tiene en cuenta su carácter social, sanitario y humanitario.

¿La globalización ha contribuido hasta ahora a que los unos y las otras encuentren un camino de solución?

INVESTIGACIÓN (PRINCIPIOS ACTIVOS) Y TERCER MUNDO

En contraposición con las anteriores afirmaciones nos encontramos con las actuaciones de la industria farmacéutica en los países tercermundistas encaminadas a la obtención de recursos naturales, base de sus posteriores investigaciones.

Es conocido por todos nosotros que la base de los medicamentos está en la naturaleza, que “desarrolla estructuras que ningún químico podría llegar a soñar jamás” Lutz Müller-Kuhrt, de Analyticon Discovery.

Grandes empresas farmacéuticas, como Lilly, Phitopharm o Merck, conscientes de la anterior afirmación, cuentan con la ayuda de chamanes en sus investigaciones y muchos equipos de investigadores parten de la medicina tradicional, como es el caso de los Profesores Andrade de la



Universidad de la Ciudad de Méjico y Helmut Wiedenfeld de la Universidad de Bonn que investigan sobre remedios tradicionales empleados por los curanderos en Méjico para curar o paliar la diabetes, hasta llegar a los empleados en San Salvador, una pócima elaborada con la corteza del guarumbo, *Cecropia*

Obtusifolia, cuyos efectos sobre la diabetes eran inmediatos. Administrada en ratas diabéticas redujo en 8 horas los valores de azúcar en sangre a valores normales e igual efecto tuvo en humanos.

Una investigación realizada por M. Cragg de la National Cancer Institution de EE.UU. afirma que el 74% de los fármacos utilizados en oncología en los últimos 20 años, proceden de productos naturales o están químicamente inspirados en ellos, como el taxol, que se aisló por primera vez en 1967 a partir de la corteza de un tejo del Pacífico, pero que desde

la antigüedad los indios tsimshian de Canadá la utilizaban para combatir una enfermedad “que devora el cuerpo”. Hoy es uno de los fármacos más utilizados en el cáncer de mama, aunque se sintetiza parcialmente.

En la actualidad el 45% de los fármacos más vendidos están basados en principios activos naturales.

Gracias a la globalización descubrimientos efectuados en EE.UU., en Europa o en Japón, en un tiempo record, son conocidos en el mundo entero y podrían ser utilizados por cualquier especialista, aunque, desgraciadamente, sólo se comercializan para su uso en los países con recursos suficientes para ello.

Una vez más la globalización beneficia a los ricos y no revierte justamente en el pobre.

Lo interesante de todo esto sería que las comunidades indígenas se beneficiaran de los descubrimientos o resultados científicos obtenidos a partir de sus tradiciones. A veces se les ofrece el cultivo de tal o cual planta con el compromiso de compra por parte del laboratorio farmacéutico que las empleará como base para la preparación de algún medicamento, pero no siempre es así, por ejemplo la vinblastina y la vincristina que se obtienen de las hojas de una especie de siempreviva de Madagascar se utiliza en los niños afectados de leucemia, una empresa farmacéutica americana obtuvo cerca de 100 millones de dólares al año con este principio activo, más tarde vendió los derechos y se negó a compartir con el país de procedencia los beneficios.

Existen muy pocos proyectos que puedan beneficiar a las comunidades indígenas a la vez que al laboratorio investigador/comercializador, uno de los proyectos pioneros lo lleva a cabo Merck/Co. que en colaboración con una ONG costarricense (Inbio) ha pagado 1,3 millones de dólares para formación a recolectores nativos y a cambio ha obtenido permiso para analizar 10.000 especies de plantas y animales y si, posteriormente, obtuviera resultados positivos pagará a través de Inbio un 5% de los mismos.

Pfizer ha negociado con la tribu de los san, que habitan en el desierto del Kalahari, en África meridional, para investigar sobre el cactus Hoodia Gordon, utilizado por ellos para paliar el hambre durante sus cacerías por el desierto. Un equipo de investigadores aisló el principio activo de la planta que llamó P57 y esperan utilizarlo para desarrollar productos reductores del apetito. Los san recibirán el 2% de los derechos de licencia y el 4% irán a parar a investigadores surafricanos.



Este tipo de acuerdos no son frecuentes ni sirven como modelo para generalizar, porque las condiciones básicas de los países en vías de desarrollo no son las más ventajosas para iniciar negociaciones con las multinacionales: o están en guerras tribales o no tienen leyes suficientemente claras o los gobernantes son corruptos y toda mezclado da lugar a un caldo de cultivo inadecuado para establecer acuerdos claros, duraderos y que reporten beneficios equilibrados entre ambas partes.

Una parte de la comunidad internacional preocupada por estos desequilibrios y deseosa de que la globalización no acabe con las tradiciones y esquilme los recursos naturales, está intentando crear un marco dentro del cual se encuentren protegidos los pueblos primitivos, a tal fin se celebró en Belén (Brasil) un congreso en 1989 en el que se concluyó con una declaración de intenciones:

- 1.- Tanto los curanderos tradicionales como los botánicos deben de ser consultados ante cualquier proyecto que pueda afectar a las condiciones de vida de su comunidad o al entorno en el que habitan.
- 2.- Es necesario establecer líneas directrices y mecanismos de compensación en la utilización de la sabiduría y los recursos de los pueblos primitivos.

- 3.- Hay que respetar, proteger e incentivar las capacidades de los curanderos tradicionales.
- 4.- Los científicos deben compartir los resultados de sus investigaciones etnobotánicas con las sociedades tradicionales con las que hayan colaborado.
- 5.- Una parte fundamental de las ayudas al desarrollo debería destinarse a proteger, inventariar y gestionar los recursos etnobotánicos.

La Organización Mundial de la Salud ha asumido parte de estas iniciativas.

ACCESIBILIDAD A LOS MEDICAMENTOS: MEDICAMENTOS ESENCIALES

Un tercio de la población mundial, 2.000 millones de personas, no tiene acceso a los medicamentos esenciales, según datos de la OMS.

Cada día mueren 30.000 personas por enfermedades infecciosas de las que consideraríamos en nuestro mundo sin importancia. Varios millones de niños menores de 5 años mueren al año a causa de enfermedades infecciosas para las que hay tratamientos eficaces. Al año mueren 17 millones de personas en los países pobres por enfermedades transmisibles por no tener acceso a los medicamentos.

Medicamentos esenciales son aquellos que satisfacen las necesidades de atención sanitaria de la mayoría de la población y que, por lo tanto, “deberían estar disponibles en todo momento en las cantidades y formas de administración adecuadas”.

Para que un medicamento sea accesible es necesario que todos los pasos de la cadena desde investigación a dispensación se sucedan secuencial e ininterrumpidamente, si en algún momento un eslabón se rompe el medicamento no llegará a cumplir su objetivo lógico: *curar al enfermo*.

La cadena mencionada es la siguiente:

I + D→ Producción, en cantidad suficiente y de calidad→ Información correcta→ Precio asequible→ Distribución→ Diagnóstico→ Prescripción→ Dispensación→ Cumplimiento del tratamiento→ Farmacovigilancia

La causa de que 2.000 millones de personas no tengan acceso a los medicamentos esenciales es porque la cadena o bien no se ha iniciado con I + D o bien se ha roto por alguno de los eslabones, se producen insuficientemente, o los precios son inaccesibles o no existe distribución.

La OMS tiene publicada desde 1978 una lista de medicamentos esenciales básica, pero es competencia de cada país la determinación de la suya propia, siendo ésta elemental para la definición de Políticas Farmacéuticas Nacionales (PFN).

En 1981 se creó en el seno de la OMS el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales con el objeto de prestar apoyo directo a los países que quisieran llevar a cabo y poner en práctica estos conceptos. Con ese fin ha elaborado un plan de acción encaminado a identificar, dentro de la OMC (Organización Mundial de Comercio), las cuestiones relacionadas con el acceso a los medicamentos esenciales, estudiar las implicaciones de la globalización para la innovación, desarrollo, producción, comercialización y precio de los medicamentos e identificar los efectos que el acuerdo ADPIC (Aspectos de los Derechos de la Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio) y otros puedan tener sobre la accesibilidad a los mismos, así como informar a los estados miembros de la necesidad de tomar medidas para proteger la salud de sus ciudadanos.

La primera lista modelo de medicamentos esenciales publicada por la OMS estaba compuesta por 200 medicamentos, la mayoría genéricos, hoy es de 306, después de diversas revisiones bianuales. El criterio seguido para incorporar nuevos medicamentos es la demostración de eficacia y seguridad y que su precio sea razonable. Sólo 15 medicamentos de la lista son patentados.

Esta primera lista era como una guía para que cada país desarrollara la suya propia y sirvió para demostrar a la comunidad médica internacional que con un reducido número de medicamentos genéricos se pueden resolver más del 90% de las patologías que se presentan en cualquier país. Esta lista fue duramente atacada por la industria farmacéutica multinacional en sus inicios.

En 1997 la OMS realizó una encuesta mundial para ver el grado de implantación de esa lista modelo, que demostró que el 78% de los países que la contestaron habían desarrollado su lista de medicamentos esenciales, viéndose también que cuanto menor era el nivel socioeconómico y de salud del país mayor interés tenían en ella, así 93% de los países más pobres tenía lista y sólo el 29% de los ricos, entre los que se encuentran los países de la UE.

Tres de cada cuatro países, más de 140 en total, han adoptado listas nacionales de medicamentos esenciales, que también son utilizadas para la adquisición de los medicamentos y para la formación de su personal sanitario.

Estas listas de medicamentos esenciales parecían, en principio, un remedio para facilitar con pocos medicamentos, la accesibilidad a los mismos en los países más pobres, pero muchos han tenido que ser sacados de las listas por diversas causas, una la de costos prohibitivos, como es el caso de los retrovirales utilizados contra el sida, cuyo tratamiento anual es el equivalente de cuatro o seis meses de salario de un individuo en los países desarrollados y normalmente le sería reembolsado por los seguros sociales, mientras que en los países del tercer mundo equivaldría al salario de treinta años y tendría que ser pagado por el propio enfermo, ya que raramente tienen cobertura social.

Los tratamientos completos contra la tuberculosis, que se ha hecho resistente a los medicamentos tradicionales pueden costar entre 8.000 y 10.000 dólares. No hace falta comentario al respecto, igual argumento que el anterior.

Hay otros medicamentos que aunque siguen estando en las listas de los esenciales no se producen por los laboratorios farmacéuticos, una vez más, por falta de rentabilidad, como es el caso de la aflornitina, empleada en la enfermedad del sueño, que se dejó de producir a mediados de los 90.

Por último, muchos o algunos principios activos que deberían estar incluidos en las listas no lo están por estar todavía bajo patente, no poder fabricarse el genérico correspondiente y, como consecuencia, la marca comercial tener unos precios prohibitivos.

Todo lo dicho se agrava en extremo cuando el coste tiene que ser pagado por el propio ciudadano, ya que los seguros sociales no existen o están totalmente desabastecidos.

Pero la accesibilidad no es sólo un problema de precios. Las deficiencias en la gestión, la carencia de infraestructuras, la mala y escasa asignación de recursos, la falta de formación del personal, son problemas que unidos al desinterés en la investigación y a los altos precios convierten al medicamento en un artículo de lujo en vez de un bien de primera necesidad.

La accesibilidad a los medicamentos esenciales es una de las mayores preocupaciones de la OMS en palabras de su propia Directora General, Dra. Gro Harlem Brundtland, “Debemos cooperar con todos los interlocutores interesados –gobiernos, organismos de las Naciones Unidas, sector privado, organizaciones no gubernamentales y otros– en busca de fórmulas innovadoras para reducir los precios, incrementar los recursos financieros, mejorar los sistemas de abastecimiento y asegurar que los medicamentos lleguen allí donde son necesarios. Yo les invito a que en sus deliberaciones definan acciones en las que la OMS pueda ayudar a solucionar el problema de acceso a los medicamentos esenciales”.

La globalización no ha mejorado las cosas, sino todo lo contrario, han aparecido nuevas reglas del comercio internacional que empeoran la situación de los países más desfavorecidos, por lo que se hace necesario encontrar nuevos modelos que garanticen la protección del derecho a la salud por encima de intereses económicos.

DERECHOS DE PATENTES

Tradicionalmente, la patente confiere a su titular los derechos en monopolio de explotación de su invento y toda persona que imite el producto o el procedimiento de fabricación nuevo sin el consentimiento del titular de la patente comete una infracción

Dicho lo anterior, empezaré por afirmar que desde mi punto de vista y creo que desde el de ninguno de los presentes, el medicamento no puede ser considerado como una mercancía o producto ordinario a ningún efecto, en primer lugar porque los que lo consumen no están en posición ni disposición de juzgar sobre la calidad del mismo, que corresponde al Estado y en segundo lugar porque los medicamentos desempeñan un papel social importante en la medida en que son parte integrante del derecho fundamental a la salud. De ahí que se clasifiquen como *bienes esenciales* para indicar que deben de ser accesibles a todas las personas.

El concepto de accesibilidad es muy importante, significa que las políticas aplicadas deben encaminarse a poner los medicamentos al alcance de todos los que los necesiten y a precios asequibles, siendo prioritario mejorar y asegurar el suministro.

Este objetivo coincide, curiosamente y a priori, con lo que es la meta principal de los acuerdos comerciales de la OMC (Organización Mundial del Comercio): “eliminar los obstáculos al comercio para que los consumidores tengan el mayor acceso posible a todos los bienes disponibles en el mundo”, aunque luego se pongan dificultades para conseguir esta meta a través de los derechos de patentes.

En 1994, como motor de la globalización del comercio, las negociaciones de la Ronda de Uruguay culminaron con la firma de un acuerdo por el que se instituía la Organización Mundial del Comercio –OMC– que comenzó a funcionar en Enero del año siguiente y que actualmente cuenta con 146 miembros.

Los Estados cuando deciden ser miembros se comprometen a cumplir sus reglas.

En la creación de esta organización hubo ausencia total de cualquier cuestión relativa a la salud, no participó la OMS y, sin embargo, después se han tomado acuerdos concernientes a medicamentos.

Existen varios tratados relativos al comercio de bienes y servicios pero el acuerdo sobre ADPIC (Aspectos de los Derechos de la Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio) o TRIP's, firmado en 1996, es el que desarrolla los derechos de patentes, copyrights y marcas comerciales y es el de mayores consecuencias en el sector farmacéutico.

La mayoría de estados miembros de la OMC tuvieron que implementar los ADPIC en sus legislaciones antes del año 2000, a pesar de tratarse de países en vías de desarrollo.

Los que no tenían ley de patentes de medicamentos antes del año 1995 tienen de plazo para implementarlos hasta el 2005 y los menos desarrollados hasta el 2006.

Efectivamente, el Acuerdo sobre los ADPIC comprende varias disposiciones que refuerzan la protección conferida a los productos y a los



procedimientos farmacéuticos, tales como las relativas a la duración de la patente (mínimo 20 años desde la fecha de la solicitud), la extensión de la patente a los procedimientos, la inversión de la carga de la prueba en caso de acciones civiles referentes a patentes de procedimiento y la protección de datos confidenciales suministrados en las solicitudes de aprobación de productos farmacéuticos.

Los párrafos generales del Acuerdo sobre ADPIC ponen de relieve la necesidad de promover una protección adecuada y

efectiva de los derechos de propiedad intelectual, pero también de hacerlo como parte de una serie de objetivos económicos más amplios. También el Acuerdo señala que *los derechos de la propiedad intelectual no deben de convertirse en obstáculos al comercio legítimo.*

Los artículos 7 y 8 de los ADPIC indican claramente el carácter subordinado de la protección de los derechos de la propiedad intelectual a los objetivos de política pública en otras esferas de la actividad de cada Estado, especialmente en la del bienestar social y económico, que depende en parte de las políticas nacionales sociales y sanitarias ⁽¹⁾.

Desde una perspectiva de política social y sanitaria, estas disposiciones abren la posibilidad de establecer normativas nacionales que tengan en cuenta el imperativo de garantizar el mejor acceso posible a los medicamentos.

Además el Art. 27 contiene dos posibles excepciones a la patentabilidad relacionadas con la salud “*los Miembros podrán excluir de la patentabilidad las invenciones cuya explotación comercial en su territorio deba impedirse necesariamente para proteger... la salud...*”

Análogamente el Art. 30 prevé ⁽²⁾ varias excepciones, tales como la llamada excepción Bolar, que consiste en el registro anticipado de medicamentos genéricos, y el Art. 31 permite a los países expedir licencias obligatorias por razones de salud pública, entre otras.

⁽¹⁾ Art. 7.- La protección y la observancia de los derechos de propiedad intelectual deberán contribuir a la promoción de la innovación tecnológica y a la transferencia y difusión de la tecnología en beneficio recíproco de los productores y los usuarios de conocimientos tecnológicos y de modo que favorezcan el bienestar social y económico y el equilibrio de derechos y obligaciones.

Art. 8.- Los miembros al formular o modificar sus leyes y reglamentos, podrán adoptar las medidas necesarias para proteger la salud pública y la nutrición de la población, o para promover el interés público en sectores de importancia vital para su desarrollo socioeconómico y tecnológico, siempre que estas medidas sean compatibles con lo dispuesto en el presente Acuerdo.

⁽²⁾ Art. 30.- Los miembros podrán prever excepciones limitadas de los derechos exclusivos conferidos por una patente, a condición de que tales excepciones no atenten de manera injustificable contra la explotación normal de la patente ni causen un perjuicio injustificado a los legítimos intereses del titular de la patente, teniendo en cuenta los intereses legítimos de terceros.

Las excepciones, no obstante, están sometidas a varias condiciones: deben de ser limitadas, tienen que estar debidamente justificadas y no deben perjudicar de manera abusiva los intereses legítimos del titular de la patente.

Con anterioridad a la Ronda de Uruguay no había homogeneidad en cuanto a protección de la propiedad intelectual.

Había estados que concedían patentes a las invenciones de productos y otros que la concedían a los procedimientos, con lo que las compañías nacionales podían desarrollar “copias” aplicando procedimientos de fabricación modificados.

También existían otros países que no contemplaban ni las unas ni las otras y, en cualquier caso, el plazo de protección era arbitrario.

Es a partir del ADPIC cuando se impone una norma homogénea para todos los estados miembros.

En el mismo año que se firma el mencionado acuerdo, 1996, en la Asamblea Mundial sobre la Salud, compuesta por países miembros de la OMS y su órgano de gobierno, ya se expresaron las inquietudes de los efectos de la globalización y acuerdos sobre comercio internacional sobre el acceso a los medicamentos, y la Asamblea adoptó el acuerdo de que el Director General de la OMC debía “informar sobre el impacto de los acuerdos de la OMC en las políticas nacionales de los estados miembros en cuanto a medicamentos y recomendar que la OMC y la OMS trabajen en colaboración”.

En 1998 durante la misma Asamblea EE.UU. se opuso fuertemente a que la OMS interviniera en asuntos comerciales, ya que ésta había presentado una propuesta “*exhorta a los países miembros a asegurar que la prioridad de sus políticas farmacéuticas sea la salud pública y no el interés comercial y a revisar las posibilidades que tienen bajo el acuerdo de ADPIC para salvaguardar el acceso a los medicamentos esenciales*”.

En 1999 la Asamblea adoptó una resolución, afortunadamente, aceptando el mandato de la OMS y le pide a la misma que ayude a los países a implementar las regulaciones según sus propias necesidades de salud pública.

CONSECUENCIAS DE LOS ADPIC: ASPECTOS DE LOS DERECHOS DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL RELACIONADOS CON EL COMERCIO

El acuerdo sobre ADPIC es de los más controvertidos de la Ronda de Uruguay por sus consecuencias.

La organización AIS (Acción internacional para la salud) opina que la liberalización del comercio mundial, o globalización, tiene efectos negativos sobre la salud pública, sobre todo en los países en desarrollo.

La protección de la propiedad intelectual en los productos farmacéuticos debería ser compatible con el objetivo de la salud pública, pero los intereses comerciales de las compañías farmacéuticas a veces divergen de este objetivo primordial y en ese caso deberían ser los gobiernos los que limitarían los intereses económicos particulares en pro de los derechos humanos de los ciudadanos.

La protección por patente hace que el medicamento se encarezca, existiendo varios estudios que corroboran esta afirmación.

En el periodo anterior al Acuerdo el economista del Banco Mundial Nogués calculó cuál sería el efecto en los países en desarrollo al introducir la patente farmacéutica y halló que acarrearía importantes pérdidas de bienestar para los consumidores y ganancias de rentas para los propietarios de las patentes. Algo fácil de adivinar a priori.

Tras la adopción del acuerdo, otro economista también del Banco Mundial, Subramanian, examinó el posible impacto de la introducción de las patentes de productos farmacéuticos en Filipinas, India, Indonesia, Pakistán y Tailandia, obteniendo como resultado que los precios subieron y el bienestar bajó. La misma metodología aplicó en Argentina obteniendo una subida de los precios del 71% y una caída del consumo, por imposibilidad de acceso al mismo, del 50%. Son las consecuencias lógicas del monopolio.

Aunque los resultados de estudios llevados a cabo varían sustancialmente, no cabe la menor duda de que las patentes desembocan en precios más elevados de los que regían sin protección y existe mayor concentración de producción en los países industrializados.

Existen, como ya se ha dicho, salvaguardas dentro de los ADPIC que permiten hacer frente al desequilibrio que existe entre la inviolabilidad de las patentes y la salud de las personas, con el fin de proteger el interés público.

Estas salvaguardas se concretan en posibles importaciones paralelas, licencias obligatorias y estrategias que aceleren la introducción de genéricos. Ninguna de ellas puede considerarse ilegal, ni tacharse de piratería puesto que están previstas en el acuerdo, pero sólo pueden ser los propios países o las instituciones intergubernamentales las que las implementen con la consiguiente lucha de poder económico contra la multinacional propietaria de la patente.

El gobierno de Brasil, apoyándose en la salvaguarda, autorizó la producción de genéricos para tratar el SIDA, a continuación los precios de los productos de marca equivalentes a los genéricos autorizados cayeron en un 79%, mientras los de los que no tenían genérico correspondiente sólo bajaron en un 9%, según informes del Ministerio de Salud.

Esta medida ha supuesto que en 3 años este país ha reducido la muerte por SIDA a la mitad y ha ahorrado 472 millones de dólares en gastos de hospitalización.

Las grandes potencias industriales presionan a los países en vías de desarrollo con el fin de que eliminen las mencionadas salvaguardas de sus legislaciones, instándoles a adoptar una protección de la propiedad intelectual más rigurosa de la ya contemplada en el ADPIC, que sería el ACPIC-plus.

Sin embargo desde la DG de Comercio de la UE se recomienda, una vez más, dar asistencia técnica a los países en vías de desarrollo para la implementación de los ADPIC con el fin de que incluyan las salva-

guardas de licencias obligatorias, según el Art. 31, así como la exportación de los medicamentos producidos bajo ellas con la finalidad de que también se beneficien otros países que no tengan capacidad de producir.

Los responsables de gestión sanitaria de los países miembros deberían de ser conscientes de que hay que cumplir las normas de la OMC y los ADPIC pero que, por encima de ellos, debe de prevalecer el derecho a la salud de sus ciudadanos y esto han de tenerlo en cuenta a la hora de ampliar los acuerdos.

La protección de la propiedad intelectual es un requisito esencial para que la industria farmacéutica sea innovadora, pero la restricción al acceso a las innovaciones, sea por la razón que sea, no debe volverse en contra de la población y verse, ésta, privada de tratamientos eficaces.

El sistema de patentes debe de ser equilibrado: por una parte el titular debe de recibir protección que estimule nuevas investigaciones y, por otra, las leyes nacionales deben de poner límite a la concesión de los derechos en pro de la salud de sus ciudadanos.

EXCEPCIONES A LOS DERECHOS DE PATENTE

Como venimos diciendo tres son las excepciones, previstas en el Art. 30 y contempladas en el 31 del ADPIC, que limitan los derechos exclusivos del titular de la patente, si el estado miembro así lo contempla en su normativa interna, sea para mejor y mayor cobertura social, sea para mayor ahorro en gasto farmacéutico o para ambos.

Importaciones paralelas

Consiste en la importación de productos sin la autorización del laboratorio fabricante de los mismos, de un país en el que el propio laboratorio comercializa –que no es equivalente a fabricar– a menor precio.

Normalmente este tipo de transacciones comerciales afectan únicamente a productos de alto consumo, fabricados por laboratorios multinacionales y con altos diferenciales de precios de un país a otro.

Esta excepción está muy descalificada y atacada por parte de la industria, aunque es ella misma la que tiene estrategias de fijación de precios que varían sustancialmente de un país a otro sin causa, aparente, que lo justifique, rentabilizando así las condiciones específicas que concurren en cada país.

Son muchos los argumentos empleados por las multinacionales en contra del comercio paralelo, entre otros que amenaza a la inversión en I + D, del que hablaremos más adelante por merecer una atención aparte.

La industria teme al comercio paralelo y lucha contra él porque le reduce los márgenes de beneficio durante el periodo de duración de la patente, en el cual no tiene competencia alguna con el genérico correspondiente y tiene un monopolio total del mercado.

Sin embargo para los gobernantes de países en apuros económicos es la única manera de acceder a medicamentos nuevos a los precios más bajos que encuentren, ya que ADPIC no contiene exigencia alguna que impida a los estados miembros realizarlas, dando protección al titular de la patente.

No obstante existen grandes presiones, sobre todo de EE.UU., sobre determinados países, como son Sudáfrica, Tailandia, Brasil o Argentina, para que en sus respectivas leyes no introduzcan artículos que permitan este tipo de importaciones.

Estas presiones son demostrables y en el caso de Tailandia, Médicos sin Fronteras ha podido constatar, cómo las presiones iban acompañadas de amenazas sobre limitaciones de sus exportaciones textiles.

La globalización debería conducirnos al mercado mundial en el que se incluiría el derecho a comprar en cualquier país del mundo a los mejores precios, beneficiando así a países cuyas economías son débiles, su industria local nula y sus ciudadanos, en un gran porcentaje, no tienen acceso a los medicamentos.

No hay que confundir estas importaciones paralelas, derivadas de las excepciones previstas en el ADPIC, con las que se producen legítimamente entre los estados miembros de un mismo bloque económico, como pueda ser Unión Europea, Estados Unidos, Mercosur, etc, que están basadas en el principio de libre circulación y supresión de obstáculos para la misma tanto para mercancías, como personas y servicios, y sustentadas en sus respectivas normas internas.

Este último tipo de comercio paralelo es también muy atacado por la industria farmacéutica, fundamentalmente en la UE, en el seno de la cual hay un grupo de países netamente exportadores, aquellos cuyos precios de los medicamentos están intervenidos y por lo tanto son más bajos, entre los que se encuentran España, Portugal, Francia, Italia y Grecia, y otro de importadores, aquellos donde –hasta hace poco tiempo– los fabricantes disponían de libertad para fijar los precios y como consecuencia, son más altos, entre los que están Reino Unido, Dinamarca, Holanda, Suecia y Alemania.

Los gobiernos de este último grupo de países, netamente importadores, defienden este tipo de comercio porque contribuye, claramente, al sostenimiento económico de sus respectivos sistemas sanitarios públicos, habiéndoles supuesto un ahorro directo en 2002, según un estudio de la Universidad de York, de 342 millones de euros al Reino Unido, 194 millones a Alemania, 47 millones a Suecia, 36 millones a Holanda y 16 millones a Dinamarca, siendo, no obstante, los porcentajes de importaciones sobre el total del consumo muy poco significativo: Reino Unido 8%, Alemania 2%, Holanda 13% y Dinamarca 9%, según datos estimados de Datamonitor Europe 2001.

CUADRO SOBRE CIFRAS DE PARALELAS

Reino Unido	342 millones de ₤
Alemania	194 millones de ₤
Suecia	47 millones de ₤
Holanda	36 millones de ₤
Dinamarca	16 millones de ₤
Total	635 millones de ₤

Fuente: Universidad de York, 2003

Curiosamente son los países exportadores los que más intentan oponerse a estas operaciones, mediante restricciones en sus normativas internas, que chocan frontalmente con el tratado de la Unión. Y digo curiosamente porque en un análisis muy simplista del problema cabe pensar que, cuando menos, estas exportaciones contribuyen a crear mano de obra y riqueza en el seno del país de donde proceden y a equilibrar la balanza comercial.

Licencias obligatorias

Es otra de las excepciones previstas en el Art. 30

Se considera licencia obligatoria a la que otorga un gobierno a terceros para explotar una patente sin el consentimiento del propietario de la misma, por motivos de interés general, como es el caso de la salud pública.

El acuerdo prevé expresamente formas de uso sin autorización del titular, entre otras:

- Licencias de uso público no comercial, por parte del gobierno.
- Licencias concedidas por el gobierno a terceros para uso público no comercial
- Licencias concedidas en casos de emergencias o urgencia extrema

Pero no son únicas estas formas de conceder licencias obligatorias. Lograr la accesibilidad a los medicamentos nuevos por parte de los ciudadanos o el desempeño de un papel esencial en la política sanitaria, como sería el hipotético caso de una vacuna contra el SIDA o contra el paludismo, sería causa más que justificada para conceder una licencia obligatoria, según el Art. 31.

Las importaciones paralelas y las licencias obligatorias no son la panacea y en la mayoría de los casos, hay que reconocer, que no servirán para nada ante la imposibilidad de ponerlas en práctica, pero no por ello hay que dejar escapar esta opción, como declaró en Marzo de 1999

Michael Scholtz, Director ejecutivo de fármacos y tecnología médica de la OMS “*nuestro deber, por mandato de la Asamblea, es ayudar a los países miembros a implementar el acuerdo sobre ADPIC conforme a las necesidades de salud pública. Esto incluye cláusulas sobre licencias obligatorias, como se subraya en el acuerdo*”.

Medicamentos genéricos

Entre las salvaguardas hay una que prevé estrategias que aceleren la introducción de medicamentos genéricos, entendiéndose por éstos aquellos que se fabrican y comercializan sin licencia del laboratorio innovador por haber expirado la patente y que normalmente salen al mercado bajo la denominación común internacional que identifica al principio activo, aunque también podrían salir con una marca.

Este tipo de medicamento ha tenido tradicionalmente mala prensa –la mayoría de las veces intencionada– y de muy diferente calado en función del nivel de formación e información de quienes la reciben.

Han sido los propios gobiernos los que, algunas veces, no han fomentado su uso, sin razones aparentes, cuando los derechos de patente de marca no deberían interferir en políticas razonables de salud pública encaminadas a promover un mayor uso de los genéricos, controlando su calidad y no dificultando, mediante requisitos excesivos, la posibilidad de registro de los mismos.



Cabría preguntarse con respecto a la propiedad intelectual ¿qué significa esta salvaguarda, llamada disposición Bolar, puesto que el genérico no va a aparecer en el mercado mientras que no haya expirado el derecho de patente?.

La disposición Bolar permite, mediante su aplicación, que todos los requisitos que exija el procedimiento de registro de un medicamento genérico se puedan cumplir durante el periodo en que aún está vigente la patente, porque a nadie se le escapa que preparar un dossier de registro con sus consiguientes estudios de bioequivalencia, asegurar la procedencia y calidad de la materia prima, etc, etc. puede llevar hasta dos años, más el tiempo posterior necesario para fabricar el primer lote y comercializarlo, mínimo seis meses.

Si todo este tiempo hay que empezar a contarlo a partir de la fecha en que la patente expira es tanto como concederle dos años y medio más de vigencia.

De ahí que la mayoría de los países desarrollados autoricen el registro anticipado de genéricos, sobre todo EE.UU., Canadá y algunos países de la Unión Europea, siendo lógico, por tanto, que países de economías mucho menos adelantadas dispongan de ese mismo margen temporal.

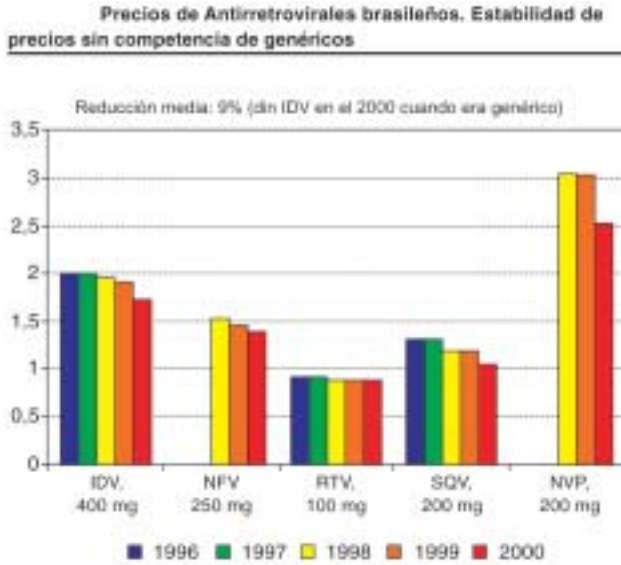
El objeto de esta disposición es asegurar la disposición inmediata del genérico al día siguiente del vencimiento de la patente, sin que ésta se prolongue por encima del tiempo previsto, mientras se registra el genérico correspondiente.

En todos los países en vías de desarrollo los genéricos son de vital importancia a la hora de implantar una política sanitaria basada en las listas de medicamentos esenciales, ya que la inmensa mayoría de ellos son genéricos.

Puede parecer curioso que sean los países desarrollados los que hayan actuado más activamente en la implantación y consumo de medicamentos genéricos, habiendo llegado a alcanzar en algunos de ellos hasta el 60% del consumo total, con precios comprendidos entre el 20 y el 80% del correspondiente de marca, aunque el promedio general aceptado es del 30%, porcentaje que también cae el precio de la marca en cuanto la patente expira.

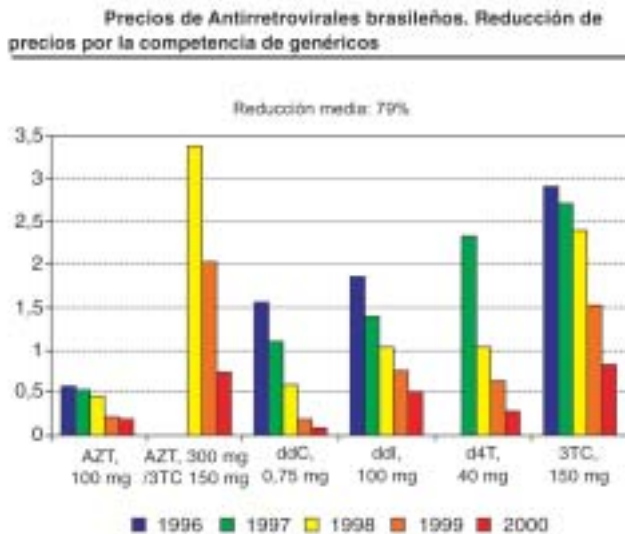
Los precios de los medicamentos contra el SIDA en Tailandia y en Brasil eran muy elevados hasta que se introdujeron los genéricos, hecho por el que este último país está denunciado por EE.UU. ante la OMC.

FIG. 1



Fuente: ONUSIDA

FIG. 2



Fuente: ONUSIDA

Si en los países desarrollados se han implantado las políticas de genéricos con relativa facilidad y en los no desarrollados mucho menos, es debido, entre otros motivos, al escaso interés de los gobiernos y al bajo nivel de educación sanitaria de la población, cuya opinión es fácilmente influenciable ante informaciones propagandísticas siempre en defensa de la marca y en desprestigio del genérico, la mayoría de las veces con el único argumento de que la marca está fabricada por un laboratorio multinacional de probado prestigio y el genérico por uno nacional o local, que sólo se dedica a “hacer copias” de dudosa calidad.

Las estrategias educacionales, en estos casos, son fundamentales, ayudando a los médicos y a los consumidores a evaluar la información que les llega y la publicidad sea del tipo que sea, y estimulando el consumo de genéricos.

Cierto es que depende de los gobiernos esta labor y así mismo velar por la calidad de los genéricos que se pongan en el mercado, cuidando, mediante normas internas, la vigilancia de las normas de buenas prácticas y el control de las materias primas.

GASTO EN I + D FRENTE A MARKETING

Parece, por lo que venimos diciendo hasta ahora, que el medicamento en este mundo globalizado, cada vez se pretende que esté más encorsetado y circunscrito a fronteras domésticas, argumentándose para ello razonamientos carentes de lógica y llenos de intereses partidistas, cuando por otra parte se está pretendiendo la liberalización total de los mercados.

Uno de los argumentos utilizados por la industria, para la protección a todo trance de las patentes, es que estimula a investigar y, al contrario, las importaciones paralelas y las licencias obligatorias ponen en peligro la investigación.



También se argumenta que las patentes deberían conducir a un incremento de la inversión extranjera en los países en vías de desarrollo, un aumento de recursos destinados a I + D y a finalizar con la fuga de cerebros hacia países desarrollados.

Sería muy interesante realizar un estudio económico que lo demostrara pero las compañías farmacéuticas no divulgan los gastos de I + D

ni la fórmula utilizada para la fijación de precios, aunque dan como cifra estimativa entre 350 y 500 millones de dólares para cada nueva molécula que sale al mercado. Cifra muy diferente de la estimada por economistas independientes que se mueve en la horquilla de 30 a 160 millones de dólares por molécula nueva.

Sea cual sea el costo inicial lo importante es compararlo con el beneficio obtenido en su comercialización.

Dos ejemplos pueden ser ilustrativos: en 1999 Bayer vendió 1,63 mil millones de dólares de ciprofloxacino y Pfizer –tan empeñado en cambiar el modelo de farmacia y distribución en España en estos momentos– 1.000 millones de fluconazol.

Las cifras hablan por sí mismas, no son necesarios comentarios.

La innovación es vital para el desarrollo de nuevos fármacos, sin embargo, según estudios de la European Association of Euro-Pharmaceutical Companies de Octubre 2004, el gasto en I + D sólo supone el 15% del presupuesto de las empresas farmacéuticas, mientras que gastan más del doble en promoción de ventas y marketing. Para corroborar lo anterior pone como ejemplo el caso de la multinacional Glaxo que invirtió en I + D, en 1993,

4.543 millones de dólares y en ventas y marketing 12.403 millones, casi tres veces más.

Según datos del Banco Mundial el nivel de gastos en I + D en todo el mundo se sitúa entre 70 y 90 mil millones de dólares, siendo en un 50% financiado por fondos públicos.

Otros datos publicados en 1998 indican que las diez primeras compañías farmacéuticas del ranking mundial vendían 108,1 mil millones de dólares año, de los que 34,7 mil millones eran beneficios, lo que equivale a un 32,1% de beneficio sobre cifra de ventas.

De las cifras globales de ventas mundiales de medicamentos, estimadas en torno a los 400 mil millones de dólares, entre EE.UU., Canadá, UE y Japón consumen el 80% mientras que todo el continente africano sólo representa el 1%.

A la vista de estos datos parece poco lógico pensar que cualquier medida que implementen los gobiernos tendente a un mayor consumo, a más bajo precio, en países donde hoy el mismo es casi nulo, pueda influir tan negativamente en la industria que peligre la inversión en I + D, más bien cabría pensar que podría suponer un incremento de ventas al incorporarse al mercado de consumo estratos sociales no presentes actualmente, lo que supondría para las compañías farmacéuticas unos ingresos no contemplados anteriormente, aunque el precio fuera inferior.

Se ha argumentado mucho en contra de las salvaguardas para impedir su aplicación y eliminarlas del ADPIC en pro de la protección absoluta de la patente, aduciendo la necesidad de rentabilizar las inversiones en I + D, sin embargo son pocas las voces que se alzan para hablar de las enormes sumas que idénticas compañías gastan en publicidad directa o encubierta, que alcanza cifras muy superiores a las de investigación, como se observa en el cuadro adjunto, y que podrían ser destinadas, en parte, a la reducción del precio final del medicamento.

CUADRO GASTO DE LAS COM. FARMACEUTICAS

Gastos de las compañías farmacéuticas: I+D vs marketing y administración (datos de 1999, en porcentaje de ventas)

Compañía	I+D	Marketing & Administración
Bristol-Myers Squibb	9,1%	34,6%
Eli Lilly	17,8%	27,6%
Glaxo Wellcome	14,6%	35,2%
Merck	6,3%	15,9%
Pfizer	17,1%	39,2%
SmithKline Beecham	9,7%	46,1%

Fuente: Consumer Project Technology (basado en archivos SEC 10K e informes anuales de las compañías)

Otro de los argumentos utilizado es el de que con la protección de la patente los países en vías de desarrollo estarían más estimulados para investigar por medio de sus compañías locales, desarrollando medicamentos para sus propias necesidades o/y para la exportación ¿no parece una burla?.

¿Cómo pueden destinar recursos a la investigación países que están a la cabeza de los más pobres del mundo y desposeídos de recursos materiales, técnicos y humanos?.

La protección de la patente, a todo trance, provoca ciertamente un encarecimiento del producto, dado que las compañías fijan sus precios, no con arreglo a sus costos de I + D y un periodo razonable de recuperación de la inversión, sino a lo que el mercado es capaz de soportar. De ahí las diferencias brutales de precios con las que nos encontramos en los distintos países del mundo, pese a la globalización.

Uno de los efectos deseables de esta, ya manida, globalización sería una mayor investigación a escala mundial basada en las necesidades

reales de los continentes y sin que el primer objetivo fuera la rentabilidad económica que la impulsa actualmente, de ahí que el déficit existente en sectores y enfermedades acuciantes no se corrija.

La industria concentra gran esfuerzo en la fabricación de productos de interés comercial, aunque no aporten novedades terapéuticas, y esta tendencia sólo se invertirá cuando las entidades que financien los planes de investigación intervengan en la orientación de la misma y la conduzcan hacia la búsqueda de remedios para enfermedades reales y acuciantes, así como en el desarrollo posterior del producto, impidiendo que se comercialice como si no estuviera financiado su proceso de investigación, total o parcialmente, con dinero público.

Los organismos multilaterales podrían cambiar la tendencia, también, ayudando a los países en vías de desarrollo a implantar las salvaguardas permitidas por el ADPIC, en defensa de sus legítimos derechos en pro de los intereses de salud de sus ciudadanos, en esa batalla entre ellos y los gigantes de la gran y poderosa industria farmacéutica.

EL PAPEL DE LAS ONG

A estas alturas del discurso más de uno estará pensando ya que esta globalización no favorece, en absoluto, a la posibilidad de que mayor número de ciudadanos de la aldea global tengan acceso al medicamento.

Los países en vías de desarrollo y los más desfavorecidos de la tierra necesitan aliados que le ayuden a actuar, dentro de la legalidad, utilizando los medios que los acuerdos transnacionales les dejen.

Con anterioridad hemos contemplado varias recomendaciones de la Asamblea de la OMS que, en la práctica, se traducen en buenas intenciones que, cuando van a ponerse en práctica, siempre cuentan con la oposición frontal y directa de los países que se sienten amenazados económicamente, la mayoría de las veces, por los EEUU, aunque pueda parecer una ironía.

El juego político de intereses es tan fuerte que mover voluntades en contra resulta altamente difícil.

Por eso, el papel que desempeñan las ONG (Organizaciones no gubernamentales) en todo este proceso está teniendo vital importancia y no sólo por sus denuncias de abusos y sus protestas públicas, sino por sus actividades en los propios países que lo necesitan, desarrollando programas, entre otros, para educar a la población y asesorar a los gobiernos.

Es de vital importancia el trabajo que están haciendo en el campo de los medicamentos esenciales, no sólo tratando de implantar las listas de los mismos sino también ayudando a buscar las mejores vías de acceso, a precios razonables y con garantías de calidad, así como a la difusión de la información y formación de la población sobre uso racional de medicamentos, medicamentos genéricos y medicina tradicional, única a la que en la mayoría de los casos se puede acceder.

El papel que están asumiendo muchas ONG es de enorme responsabilidad. En algunas ocasiones, no pocas, se les deja totalmente la carga de los servicios de salud, sin apoyo financiero alguno del gobierno de turno. En otros, como hemos leído o escuchado a veces, la actividad resulta molesta para los mandatarios y no les facilitan el desarrollo de sus tareas.

Pero hay que admitir que allá donde el estado no llega hay una ONG prestando servicios de salud a la comunidad correspondiente.

Conscientes, que somos, de que la mayoría de las ONG, de ámbito nacional o internacional y de carácter sanitario, están desarrollando una labor difícil y llegando a cotas inalcanzables por los propios gobiernos, deberíamos concienciar a los organismos multilaterales, fundamentalmente la OMS, para que las integren y utilicen más en sus programas encaminados a impedir que la globalización feroz acabe arruinando totalmente la vida, por falta de medicamentos –entre otras cosas– de los pueblos más desfavorecidos, que constituyen ese gran porcentaje del que venimos hablando: lo que hemos dado en llamar Tercer Mundo.

DONACIONES DE MEDICAMENTOS: ¿CABEN EN UN MUNDO GLOBAL?



La respuesta es simple: caben, aunque no deberían de ser necesarias en este, llamado, mundo global en el que todos tenemos derecho a la salud, pero la OMS asegura que un tercio de la población no tiene acceso a los medicamentos y sólo se puede paliar este grave problema, coyunturalmente, mediante donaciones.

Pero hay que saber donar.

Con frecuencia nos enfrentamos, sobre todo los profesionales del medicamento, con grupos de personas bien intencionadas, pertenecientes o no a ONG, que nos solicitan medicamentos para tal o cual envío a cualquiera de los países enormemente necesitados.

En su afán de hacer algo a favor de los más desfavorecidos e influidos por unas imágenes, las palabras de un misionero/a, un amigo que ha viajado, etc, son capaces de organizar este tipo de recogidas que, sin control, pueden llegar a convertirse en un auténtico peligro.

Sin ir más lejos este verano leía en nuestro periódico local La Verdad “un grupo de universitarios emplea sus meses de vacaciones en prestar ayuda sanitaria... en Manchay (Perú)” y más adelante “alumnos de la UCAM organizan el reparto de medicamentos” y a pie de foto “varios voluntarios clasifican las medicinas antes de repartirlas entre la población indígena”.

Ante la noticia, digna de elogio, yo me formulé las siguientes preguntas: ¿qué tipo de medicamentos han llevado? ¿de dónde procedían? ¿cómo los han manipulado? ¿han realizado los correspondientes trámites antes las autoridades sanitarias y aduaneras? ¿han estudiado las necesidades de la población en función de enfermedades y grupos sociales? y algunas cuantas más.

La creencia extendida erróneamente de que en los casos de emergencia aguda más vale tener cualquier tipo de medicamento que ninguno, es lo que conduce a situaciones que habría que evitar mediante información.

Las personas que hayan estado o estén vinculadas a cualquier ONG saben que la OMS ha advertido seria y varias veces sobre las donaciones de medicamentos, terminando por publicar en 1999 unas directrices sobre las mismas, como revisión sobre las primeras, publicadas en 1966.

El objetivo de una buena donación debería ser responder a las necesidades del receptor con garantías de seguridad.

Aunque las donaciones no constituyan una solución, contribuyen a que algunas personas más tengan acceso a los medicamentos, por esa razón nosotros, que somos profesionales del mismo, deberíamos concienciarnos y concienciar a los demás de que hay que realizar, por desgracia, donaciones pero no como si se tratase de ropa, material escolar o juguetes, sino bajo ciertas condiciones que aseguren su utilidad en el país receptor.

Han existido casos recientes en los que una enorme cantidad de medicamentos donados no han podido ser aprovechados en los países de destino, bien porque no se tenían medios para la manipulación necesaria o bien porque no estaban en condiciones para su uso, según una publicación de la ONG Prosalus.

Bosnia y Herzegovina, 1992-1996 DESPILFARRO A PESAR DE LA BUENA VOLUNTAD	Centroamérica, 1998 MEDICAMENTOS NO CLASIFICADOS	Kosovo, 1999 LA MITAD, INÚTILES
Se recibieron 17.000 toneladas de donaciones inutilizables con un coste de clasificación y envío de 5.100 millones de pesetas.	Tras el huracán Mitch llegaron medicamentos con etiquetas ilegibles y sin prospecto. No pudieron utilizarse.	El 50% de los envíos de medicamentos a refugiados kosovares eran inservibles, según cifras de la OMS.

Fuente: PROSALUS

Hay que evitar estos despilfarros de dinero y de esfuerzo que, además, provocan escándalo social.

En primer lugar el medicamento, sea para el fin que sea, debe de ser manipulado por profesionales del mismo y supuesto que existen ONG integradas por profesionales de la sanidad, éstas deberían de ser las que canalizaran cualquier donación de ellos.

Es muy frecuente que, ante peticiones indiscriminadas, el envío de los medicamentos realmente necesarios no llegue nunca o llegue en cantidades tan pequeñas que imposibilite los tratamientos completos, apareciendo, sin embargo, cantidades enormes de otro cuya utilización es innecesaria.

Las donaciones inapropiadas conllevan un importante costo en tiempo y dinero porque hay que clasificarlas, seleccionarlas, transportarlas, almacenarlas, eliminar los que no tienen garantías para el consumo, la mayoría de las veces de una forma inadecuada, por falta de medios en el país receptor.

Si de verdad creemos en la globalización empecemos por aplicar las mismas normas de calidad para todos y no donemos aquello que no podría circular legalmente en nuestros mercados interiores.

Durante una campaña sobre mejora de las donaciones de medicamentos realizada en el año 2000 por un conjunto muy cualificado de ONG, a las que se sumaron la Agencia Española del Medicamento, el Colegio de Farmacéuticos de la Región de Murcia y la Escuela Nacional de Sanidad, se hacía un llamamiento a la sociedad sobre los problemas derivados de las donaciones incontroladas y se instaba *“a las organizaciones profesionales sanitarias, con especial dedicación a la farmacéutica, para que participen activamente en la mejora de las donaciones y sirvan de referencia al conjunto de la sociedad”*.

A MODO DE SÍNTESIS

Empezaba este discurso dejando una serie de preguntas en el aire, que espero se hayan ido respondiendo a lo largo del mismo, pero aún quisiera puntualizar algunas reflexiones derivadas de él.

En esta era de las comunicaciones instantáneas y de la globalización del comercio, la situación de desigualdad entre países y personas se agrava cada vez más y tiene efectos negativos para el estado de salud de las poblaciones de los países en vías de desarrollo.

En adelante debería ser la salud pública y no los intereses comerciales lo que prime en la legislación farmacéutica transnacional, con el fin de que el acceso a los medicamentos esenciales sea más equitativo.

Bajo esa premisa la OMS debería impulsar a sus países miembros a instaurar las normas que el Acuerdo sobre Propiedad Intelectual les permite, ayudándoles a defenderse de presiones externas interesadas y recordándoles que conservan estas alternativas para salvaguarda de sus políticas internas de salud pública.

La globalización es un fenómeno irreversible en cuanto a comunicaciones se refiere, pero algunos economistas empiezan a advertir del riesgo de fragmentación de la economía mundial, tras el fracaso de la V Conferencia Ministerial de la OMC, celebrada en Cancún en Septiembre de 2003, y advierten de que la globalización no es irreversible si no está asentada en un multilateralismo, que viene a ser lo mismo que decir que no pueden seguir imponiendo sus criterios los grandes bloques, cuando las tres cuartas partes de los países integrantes de la OMC están en vías de desarrollo.

El Dr. Zamora decía recientemente y en este mismo foro *“la sociedad espera de nosotros que no sólo seamos capaces de hacer discursos academicistas, sino que seamos capaces de llamar la atención a las autoridades y a los ciudadanos en general a través de mensajes claros y sencillos, que permitan luchar contra la desinformación”*.

Haciéndome eco de esa recomendación quisiera instar a las autoridades, sobre todo a las que se encuentran en el seno de la ONU, a poner todos los medios y empeño necesarios para que el derecho a la salud no sea privilegio sólo de algunos sino de todos, sea donde fuere el lugar en el que les haya tocado nacer.



Y para finalizar voy a repetir unas palabras que escuché al astronauta Pedro Duque durante una entrevista que le realizaron en Radio Nacional de España el pasado día 3 de Noviembre, decía él “desde allá arriba desaparecen las fronteras. Primero vemos nuestro país, después observamos nuestro continente y más tarde sólo vemos la tierra.”

Ojalá nosotros seamos capaces, algún día, de volar con la suficiente altura como para no pararnos en fronteras.

Muchas gracias por su atención.

BIBLIOGRAFÍA

- Alejo, E. El exportador N° 81. Dic. 2004
- DiMasi, J. –Seibring, M. A.– y Lasagna, L. New drug developments in the United States from 1963 to 1992. Clinical Pharmacology and Therapeutics. 1994
- Duque, P. Entrevista en RNE. 3 Noviembre 2004
- Gelpi Salat, M. Comercio paralelo de medicamentos en la UE. El farmacéutico N° 303. 2003
- German, N. XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad asistencial. Ponencia. 2001
- Giddens, A. Un mundo desbocado. Ed. Taurus. Madrid 2000
- Gleich, M. –Maxeiner, D.– Miersch, M. y Nicolay, F. Las cuentas de la vida. Galaxia Gutenberg 2000
- Herranz, E. XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Ponencia. 2001
- Heymann, D. Jornadas Enfermedades infecciosas: Un capítulo sin cerrar. 2003
- Hoen, E. Globalización y acceso a los medicamentos esenciales. Revista del Sur. Sep. 2000
- Lorenace, C. Conferencia enfermedades infecciosas de Okinawa. Dic. 2000
- Mirza, Zafar y Cuerda, C. Perspectivas sobre acuerdo ADPIC. Opiniones. 2000
- Naïr, Samir. El imperio frente a la diversidad del mundo. Random House Mondadori. 2003
- Pérez Fernández, M. XIV Congreso Nacional Farmacéutico. Ponencia. 2004
- Perry, G. Asociación Europea de Medicamentos Genéricos. Comunicado de prensa. 1 Julio 2004
- Sampedro, J.L. El mercado de la globalización. Ediciones Destino. Barcelona 2002

- Vandoren, P. Oficina de la DG de Comercio. Comisión Europea. Reunión del grupo sobre temas de salud. Enero 2001
- Velásquez, G. y Boulet, P. Globalización y acceso a los medicamentos. Documento informativo. OMS Ginebra 1999
- Velásquez, G. Primera reunión de la Comisión de derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública. Ginebra Abril 2004
- West, P. Y Mahon, J. Universidad de York. Informe 2003
- Zamora, S. Contestación al discurso de entrada en la Academia de Farmacia Santa María de España de la Región de Murcia de la Dra. Agulleiro. Diciembre 2004.
- OMS. Uso de los medicamentos esenciales. Ginebra 1992
- OMS. Uso de los medicamentos esenciales. Octavo informe del comité de expertos. Ginebra 1998
- OMS: Directrices sobre donativos de medicamentos. Ginebra 1999. WHO/EDM/PAR/99.4
- Scrip's Yearbook. 2000
- Diario La Verdad. Murcia 29 Agosto 2004
- IMS Health. Proyección del mercado farmacéutico internacional. 2003
- Pgna. Web de la Federación Europea de Industrias y Fabricantes Farmacéuticos.

DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL ACADÉMICO DE NÚMERO
ILTMO. SR. D. SALVADOR ZAMORA NAVARRO

Hace escasamente dos meses el pasado 21 de Diciembre, en el acto de ingreso en la Academia de mi amiga y compañera la profesora Blanca Agulleiro decía yo: “Es para mí una satisfacción y un placer, a la vez que un honor y una responsabilidad, haber sido designado para contestar a su discurso de ingreso”.

Y en mi propio discurso de ingreso daba las gracias a los miembros de mi familia que habían hecho posible mi nombramiento como académico y a la Academia que lo había convertido en realidad.

Pues hoy se produce esa feliz circunstancia que no sucede con frecuencia, y que más bien diría yo sucede excepcionalmente, una de esos miembros de mi familia a los que les daba las gracias, mi hermana, ingresa hoy como Académica de Número en esta Academia de Farmacia Santa María de España de la Región de Murcia

Me quedo sin palabras para poder expresar lo que siento y no sólo por mí, sino porque no puedo evitar pensar en lo que estarían disfrutando nuestros padres, y muy especialmente nuestro padre, en este día y en estos momentos, cuando sus dos hijos protagonizan un acto tan entrañable, a la par que importante, como al que estamos asistiendo.

Por tanto, el placer y la satisfacción son inmensos, porque en estos momentos represento y personalizo el sentimiento de todos esos componen-

tes de nuestra familia que han depositado su voz en mi persona y que, desde hace más de un siglo nos contemplan, desde su quehacer farmacéutico o boticario como a nosotros nos gusta llamarnos.

Es un honor y una responsabilidad que la Academia me haya encomendado de nuevo su representación en este importante acto y, por ello, le quiero mostrar mi agradecimiento y mucho más en este caso por las peculiares circunstancias que en él concurren.

A la nueva Académica, mi más emocionada, cariñosa y fraternal felicitación por este merecido nombramiento, consecuencia de su extensa, rica y variada actividad profesional que le ha llevado desde las aulas a desempeñar las más diversas facetas en el mundo empresarial, desde la creación de empresas, tanto nacionales como internacionales, al mundo de la distribución allí donde fuere necesario el medicamento. Y todo ello partiendo de la investigación y la docencia universitarias, actividades que abandonó por esta clara y decidida vocación empresarial.

Después de este preámbulo mi mayor preocupación es no estar a la altura que todos ellos merecen, nuestra familia, la Academia, los Académicos, todos ustedes y mi queridísima hermana.

La Dra. Encarna Zamora, nace en Mazarrón en donde inicia el aprendizaje de las primeras letras en el colegio público de Dña. Filo, pero muy pronto y dado que en nuestro pueblo, Mazarrón, era imposible estudiar el bachiller, pues por aquel entonces no había instituto, se tuvo que desplazar a Murcia a iniciar los estudios de bachiller en el internado del Colegio de Jesús y María, sin haber cumplido los diez añitos.

En aquella época yo estaba estudiando el llamado selectivo de ciencias en la Universidad de Murcia y ésto además de tranquilizar a mis padres, me permitía sacarla los domingos de paseo y a comer en casa de unos muy buenos amigos.

Al finalizar los estudios de bachillerato, se trasladó a la Universidad de Granada para iniciar los estudios de la licenciatura de Farmacia que finalizó en 1969. Estudios que realizó con una gran dedicación y brillantez. Por

ello, durante este periodo, entró como alumna interna en el departamento de Farmacognosia y Farmacodinamia, que dirigía el profesor Jesús Cabo Torres, con el que inició los trabajos para realizar su Tesis Doctoral que defendió brillantemente en 1972 y que recibió además el premio extraordinario de doctorado en 1973. Durante este periodo publicó varios artículos en diferentes revistas científicas del área y asistió a otros tantos Congresos.

Como consecuencia de su colaboración con el departamento de Farmacognosia y Farmacodinamia de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada fue nombrada Profesora Ayudante en el año 1969.

Cesó en dicho cargo en 1973, pues se sintió atraída por primera vez por el mundo empresarial y aceptó el nombramiento de Director Técnico y Financiero de la Hermandad Farmacéutica del Mediterráneo (Empresa de distribución de productos farmacéuticos, fuertemente implantada en España, Europa del Este y América Central), en este puesto permaneció hasta 1979, fecha en la que fue nombrada Directora General de dicha empresa, cargo en el que permaneció desde 1980 hasta 1991.

Al principio de este periodo, el influjo de la docencia universitaria se dejaba sentir y simultaneó la actividad empresarial con la docencia como Profesora de Farmacología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia.

Desde el punto de vista formativo, complementó sus estudios de licenciatura y doctorado con los de:

Análisis y Programación (RPG), impartido por IBM en Alicante en 1974.

Dirección y Administración de Empresas en el Instituto de Estudios Superiores para la Empresa (IESE), de la Universidad de Barcelona en 1979.

Dirección de Comercio Exterior por el Instituto de Dirección y Administración de Empresas de la Universidad de Murcia en 1984.

A partir de este periodo, ha seguido diferentes cursos de reciclaje y actualización en estos campos tanto en el IESE de Barcelona como en otros centros formativos.

Como consecuencia de la alta cualificación profesional alcanzada a lo largo de todos estos años ha ocupado diferentes cargos directivos en otras tantas empresas tanto nacionales como internacionales:

Presidenta para la Europa del Sur del Grupo ORPHE (Organisation des Repartiteurs Pharmaceutiques Europeens), con sede en Francia desde 1989 a 1995.

Presidenta de la Asociación de exportadores para los países del Este (AEPE), con sede en Varsovia (Polonia), de 1992 a 1994.

Presidenta de Ibermed, empresa de distribución y representación farmacéutica para el área de Hispanoamérica, ubicada en Miami (Florida) USA, durante los años de 1993 a 1998.

Presidenta del Consejo de Administración de Pickingfarma S.A., empresa dedicada a dar servicios de almacenamiento y recogida para los laboratorios farmacéuticos, con sede en Barcelona, años 2002 y 2003.

Ha representado al Sector Químico Farmacéutico en el Pleno de la Cámara de Comercio de Madrid, de 1991 a 1998.

Vocal del Pleno de la Cámara de Comercio de Murcia, en representación del Sector Servicios, de 1998 a 2002.

Miembro del Comité Ejecutivo de la Cámara de Comercio de Murcia y Presidente de la Comisión de Formación y Empleo, desde el 2002 hasta 2005.

Vocal del Consejo de dirección de IBERMUTUAMUR, Mutua de Accidentes de Trabajo, desde 1988 hasta 2005.

Responsable de Cooperación Internacional en Cruz Roja Española, Oficina Autónoma de Murcia, de 1996 a 2001.

Consultora independiente de relaciones internacionales y Comercio Exterior y Presidente de Zamora y Asociados, Consultores, S.L., empresa dedicada a la consultoría internacional desde 1992 hasta la actualidad.

Consultora para el programa PIPE (Plan de Iniciación a la Promoción Exterior) del Instituto de Comercio Exterior (ICEX), desde 1996 hasta la actualidad.

Vocal del Consejo Rector de la Hermandad Farmacéutica del Mediterráneo S.C., Consejero Delegado de Unyexport, S.A., empresa del Grupo Hefame dedicada exclusivamente a la exportación y Consejera delegada de OLMED S.A., empresa del mismo grupo dedicada a la logística, del 2000 al 2004.

Vocal del Consejo de Administración de Unycop S.A., sociedad de gestión de compras para mayoristas farmacéuticos, con sede en Madrid, desde 2002 a 2004.

Tesorera de la Fundación Hefame desde 2002 a 2004.

Presidente de ASEPROFAR, asociación de exportadores de productos farmacéuticos, con sede en Madrid, desde 2002 a 2004.

Durante este largo periodo de actividades empresariales al más alto nivel, ha participado la Dra. Zamora en el diseño y puesta a punto de numerosos proyectos de entre los cuales vale la pena destacar, o por su importancia o por su trascendencia los siguientes:

Diseño e instalación de Centros de distribución de Productos Farmacéuticos en Alicante, Valencia, Denia, Palma de Mallorca, Almería, Murcia y Madrid, con un alto grado de informatización y robotización la mayoría de ellos y todos de la Hermandad Farmacéutica del Mediterráneo, de 1980 a 1991.

Diseño de un Depósito Aduanero de productos Farmacéuticos en Varsovia (Polonia) para el grupo ORPHE, 1989.

Participación en el diseño e implantación de una red de distribución farmacéutica nacional para Polonia con el grupo ORPHE, 1990 a 1992.

Colaboración con el Instituto de Fomento de la Región de Murcia, dependiente de la Consejería de Industria de la Región, en la Organización de Ferias y Misiones en el extranjero para empresarios murcianos, fundamentalmente en Argelia y Libia, 1992.

Colaboración a distintos niveles de responsabilidad con las ONG: Médicos Mundi, Farmacéuticos Mundi, Solidaridad Universitaria, UNICEF, Cruz Roja y Amami de Mauritania en proyectos de salud y educación, sobre todo en Africa y América Central y del Sur.

Toda esta intensa y extensa actividad profesional y humana se ha completado tratando de transmitir la experiencia acumulada, participando en diferentes cursos de formación a todos los niveles sobre Comercio Exterior, tanto organizados por las Cámaras de Comercio, como por la Escuela de Negocio de la Universidad de Murcia.

Su nombramiento como Académica de Número de nuestra Academia de Farmacia, es la consecuencia de los innumerables méritos que confluyen en *Maen*, como hemos podido comprobar en el breve resumen de su currículum profesional que he comentado, y es lo que ha permitido a la Academia y a los académicos establecer este merecido reconocimiento a su ingente labor no sólo profesional sino también humana, a la par que nos sentimos honrados y enriquecidos con su inclusión entre nosotros.

Cumpliendo con el requisito de contestar al magnífico discurso de la Dra. Zamora, que nos ha planteado a la vez de con profundidad con sencillez un tema evidentemente complejo por el sin número de facetas que presenta y por la gran cantidad de elementos que en él participan. Por un lado el medicamento, que por su importancia y trascendencia, no puede ser tratado como cualesquiera de los otros elementos de consumo. Éstos, los medicamentos, por su necesidad unas veces, por su urgencia otras, son en la mayoría de los casos, y debería serlo en todos, imprescindibles. Incluso en buena lógica el acceso a los mismos debería estar al margen de la política, los políticos, los partidos..., en definitiva la posibilidad de disponer de los

medicamentos imprescindibles debería ser contemplado como un derecho internacional para todo ser humano, como el derecho a la vida por ejemplo.

Ya sé que esto que digo no pasa de ser una utopía, pero, quiero tener, quiero decir estas utopías, algunas veces las utopías mueven al mundo y de verdad que ésta me gustaría que sucediese, no es justo que en unas partes del planeta las personas mueran por falta de medicamentos esenciales, y en otras partes, se tiren estos mismos medicamentos por toneladas. Pero tampoco es justo que con los alimentos que cada día se tiran a la basura en una ciudad como Murcia se pudieran evitar miles de muertes y no se pone remedio.

Los caminos van por otros derroteros, por ejemplo, algunos medicamentos que por excesivas dosis, por estar obsoletos, etc., no se pueden comercializar en algunos países del primer mundo se exportan al tercero, pero vendidos, sin comentarios.

Con frecuencia se argumenta, que el precio de los medicamentos es muy alto y por tanto inasequible para determinados sectores de la población, porque los costes y por tanto los gastos de investigación para el desarrollo de los mismos son muy elevados y las empresas deberán recuperarlo.

No digo que no, pero una parte de los gastos de investigación pueden desgravarse. Otra parte se financia con dinero público nacional o internacional, vía proyectos I + D + i. Y en muchas ocasiones se repercuten costos de fabricación, personal y materias primas. En algunos casos sería curioso e instructivo ver realmente los costos que la investigación ha supuesto a las empresas y los beneficios que han obtenido.

La globalización, yo esperaba que sirviese para paliar estas desigualdades, pero en general no sólo no se está produciendo este resultado sino que por el contrario, en la mayoría de los casos las está agravando, como bien ha comentado nuestra nueva y brillante académica.

Meditando me pregunto, estas cuestiones quedan a expensas de que el voluntarismo individual o colectivo las resuelva y nunca mejor dicho, Voluntariado, ONG, Cruz Roja, etc., en definitiva organizaciones que se nutren de personas desinteresadas, altruistas y básicamente buenas y com-

prometidas. Sin embargo, la OMS, la FAO, la ONU, y otros organismos supranacionales, no deberían ser los que abordaran estos problemas y básicamente los solucionara. Por no hablar de los gastos de representación y parafernalia, que quizás pudiera tener un mejor destino.

Para concluir, y como no podría ser de otro modo, me siento enormemente honrado y satisfecho de facilitarte la entrada a la Academia, tal como le correspondería a un hermano mayor, aunque sólo fuese para poder comprobar cómo desde ese lugar de allá arriba nos miran y sonrían. Ésta es la mejor sensación que uno puede tener. Por lo demás, estoy seguro que afrontarás las obligaciones y compromisos a que este nombramiento te obliga con tu habitual talante y genio, pero por favor, no pongas patas arriba la Academia.

PALABRAS FINALES
A CARGO DEL
EXCMO. DR. D. PEDRO MARTÍNEZ HERNÁNDEZ
PRESIDENTE DE LA ACADEMIA DE FARMACIA
SANTA MARÍA DE ESPAÑA DE LA REGIÓN DE MURCIA

Excmas. e Iltnas. Personalidades,

Excmos. e Iltnos. Sres. Académicos,

Amigos y compañeros,

Señoras y señores:

Esta noche, la Academia de Farmacia Santa María de España de la Región de Murcia, está celebrando un acto muy especial, ya que no resulta muy usual, el hecho de que un Académico sea encargado por una Institución de este tipo para recibir a un familiar muy allegado, caso que hoy nos acontece, aunque también teníamos la certeza, de que sería bastante emotivo, como así está sucediendo.

De todos es bien sabido las excelentes relaciones que desde siempre han existido entre estos dos hermanos, y los creyentes, tenemos la certeza, que en la otra vida, y en este momento, dos almas, las de José M^a. y Magdalena, se sentirán llenas de dicha por este acontecimiento, al igual que lo estamos los aquí presentes.

A pesar de que tanto Salvador como Encarna, optaran por caminos diferentes una vez terminados sus primeros estudios de la licenciatura en Farmacia, sus recorridos, llenos de éxitos y satisfacciones profesionales, han transcurrido con cierto paralelismo, todo ello producto de sus inquietudes,

espíritu crítico, innovador y viajero, así como, deseo desenfrenado de aprendizaje y ansias de superación, lo que unido a su clarividencia intelectual y visión de futuro, les ha hecho sobresalir en su carrera profesional; fruto de ello, es el reconocimiento que esta noche recibe Encarna y la enorme ilusión con que una vez más, un éxito es compartido por ambos.

Nuestra Academia, con este acto debe de sentirse muy feliz, porque el espíritu inquieto que hoy se incorpora, nos va a servir de gran ayuda, en una parcela tan importante como es la relacionada con el mundo de la empresa y en concreto, la Distribución de medicamentos, algo sobre lo que la Dra. Zamora posee una envidiable experiencia fruto de su labor continuada en uno de los grupos farmacéuticos más importantes del país.

En su conferencia de esta noche, nuestra compañera, nos ha hecho una exposición amena, concisa y muy clarificadora, a cerca de términos como globalización, medicamentos huérfanos, fuentes de inspiración de las multinacionales, patentes, derechos de propiedad, genéricos, etc.. todo ello sazonado con una serie de interrogantes que a lo largo de su discurso, hemos ido descubriendo de forma clara y natural.

Sin embargo, el trasfondo que se vislumbra de todo esto, tiene una enorme trascendencia, pues nos tendría que hacer reflexionar a cerca de lo privilegiados que somos por habernos tocado vivir en una parte del mundo, en la que disponemos de tantos adelantos y comodidades que otros ni siquiera han pensado que existen.

Me gustaría poder haber escuchado a través de nuestra Académica, que la ayuda que todos estos países reciben de los gobiernos del cono norte, es de tal envergadura, que se está observando a través de determinados indicadores, cómo el nivel de pobreza va disminuyendo, instaurándose de forma paulatina un equilibrio a nivel mundial, y cómo lo que estoy diciendo es una utopía, a estos gobiernos responsables, me voy a dirigir con una de las reflexiones que se hacía nuestro insigne escritor Miguel de Unamuno. “La ciencia dice: Debemos vivir, y busca los medios de prolongar, mejorar, facilitar y amplificar la vida; de hacerla más tolerable y aceptable”. “La sabiduría dice: Debemos morir, y busca la manera de hacernos morir bien”.

También quisiera, que los mensajes que emanan del discurso de nuestra compañera, sirvieran para concienciarnos de tal manera, que nuestro grado de compromiso a nivel personal y colectivo con estos países fuera cada vez mayor; no importa que sea pequeño, lo que importa es realmente mentalizarnos y colaborar dentro de las posibilidades de cada cual.

Tras estas reflexiones, hay un tema específico al que nuestra compañera ha hecho alusión y sobre el que siguiendo los consejos de Encarna, me gustaría centrarme; me estoy refiriendo a un aspecto concreto y altamente significativo, como es el de la Donación de Medicamentos.

La Organización Mundial de Salud (OMS), estima que más de un tercio de la población mundial aún no tiene acceso regular a medicamentos esenciales.

Paralelamente se observa que tan solo un 20% de la población mundial consume el 80% de las medicinas que se producen a nivel global, todo ello causado por un entramado de factores entre los que se incluyen una deficiente disponibilidad, selección, compra, almacenamiento, uso y calidad de las mismas.

A causa de esto, muchas de las intervenciones sanitarias en cooperación internacional, incluyen entre sus objetivos algún componente de suministro de medicamentos, ya sea de la industria, de donantes particulares o de productos retornados a farmacias u otros establecimientos sanitarios.

Se ha podido comprobar que las donaciones inapropiadas de medicinas, causan más problemas que beneficios, y como ejemplo, tenemos el hecho de que se estima que el 50% de los fármacos enviados a Albania para atender a los refugiados kosovares durante la crisis del año 1999, eran inservibles. Igualmente se calcula que en Bosnia y Herzegovina, entre 1992 y 1996 se acumularon 17.000 toneladas de medicamentos no utilizables, cuyo coste de eliminación, se elevó a 34 millones de dólares.

Podríamos hablar de similares situaciones en las ayudas a Centroamérica con el paso del huracán Mitch (1998), a los refugiados ruandeses en Goma (Zaire, 1994), a los afectados por la guerra de la antigua Yugoslavia (1994-5), etc...

Como consecuencia de todo esto, la OMS, junto con otras agencias de ayuda internacional, editó por primera vez unas "Directrices sobre Donaciones de Medicamentos" en 1996, que constan de 12 artículos y que

se sintetizan en 4 principios básicos: 1.- La donación debe producir el máximo beneficio para el receptor. 2.- Deben respetarse las necesidades expresadas por el receptor y su autoridad. 3.- Los medicamentos donados deben cumplir los mismos criterios de calidad reconocidos en el país donante y 4.- Debe existir una comunicación eficaz entre donantes y receptores.

De todos los artículos, dos de ellos han provocado especial polémica entre agencias donantes y receptoras de medicamentos, a saber: el artículo 5, que establece el hecho de que los donativos no deben de incluir medicinas que hayan sido previamente facilitadas a un enfermo y más tarde devueltas (por ejemplo a una farmacia), ni tampoco las facilitadas como muestras gratuitas a los profesionales de la salud.

Todo esto es lógico ya que para esto, se creó en su momento el Sistema Integrado de Gestión de Recogida de Envases (SIGRE).

En el caso del artículo 6, se habla de que en el momento de entrada de un medicamento a un país receptor, el margen de vida hasta su fecha de caducidad, deberá de ser de un año como mínimo.

Sobre este tema se plantearon serias dudas, ya que se trataba de medicinas que iban a ser utilizadas rápidamente; por lo tanto, se introdujeron modificaciones que paliaran este tema, ya que entre otros, la Food Drug Administration (FDA), declaró, que generalmente aun en el caso de medicamentos caducados, la eficacia y seguridad de los mismos, se mantiene pasado un tiempo.

La Agencia Española del Medicamento, por su parte, ha manifestado su adhesión a las Directrices de la OMS, a través de oficios y circulares; por ese motivo, las principales ONG españolas de ámbito sanitario han ido abandonando paulatinamente el envío de medicamentos retornados y buscando otras fuentes de suministro tales como crear una central de compras de genéricos o la compra a entidades europeas especializadas, tales como IDA en Holanda, Action-Medeor en Alemania, ECHO en Gran Bretaña o UNICEF.

Hasta ahora, sólo hemos hablado de la parte familiar y profesional de la Dra. Zamora, pero me gustaría que se supiera que hay otras facetas muy importantes en su vida, que también deberían de ser tenidas en cuenta esta

noche. Una de ellas es su alto grado de compromiso con el tercer mundo, algo que la honra de sobremanera.

Albert Einstein, decía que “dar ejemplo, no es la principal manera de influir sobre los demás, es la única manera”. Al amparo de esto, me gustaría resaltar la encomiable labor que nuestra compañera realiza, participando activamente en proyectos de ayuda al desarrollo, en países del continente africano, en concreto en Costa de Marfil, donde colaboró con el gobierno (siendo Ministro de Salud el Dr. Maurice Kaku y Directora General de Farmacia, la Dra. Bamba), en la implantación de algunas de las excepciones previstas en los acuerdos ADPIC (Aspectos de los Derechos de la Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio), como política de genéricos e importaciones paralelas, y actualmente en Mauritania, donde es Presidenta de Honor de la ONG, AMAMI (Asociación Mauritana de ayuda a enfermos indigentes), su labor consiste fundamentalmente en gestionar acuerdos con hospitales españoles que posibiliten operaciones a niños de familias indigentes mauritanas.

Calvin Coolidge, pasado presidente de los Estados Unidos desde 1923-1929, manifestaba que “ninguna persona jamás fue honrada por lo que recibió. El honor, ha sido siempre la recompensa de los que dan” frase que podríamos aplicar esta noche a nuestra compañera, pues ha demostrado a lo largo de su trayectoria profesional, tener esa sensibilidad especial, que todas las personas generosas y altruistas poseen.

Querida compañera, me gustaría finalizar este acto, dedicándote, algunas estrofas de un poema en prosa de Jorge Luís Borges, su título es “aprendiendo” y en alguna otra intervención, a él me he referido: “... después de un tiempo, uno aprende a que si es demasiado, hasta el calor del sol quema. Así que uno planta su propio jardín y decora su propia alma, en lugar de esperar a que alguien le traiga flores. Y uno aprende que realmente puede aguantar, que uno realmente es fuerte, que uno realmente vale, y uno aprende y aprende... y con cada día uno aprende.

Querida amiga, bienvenida a esta tu nueva casa, todos los presentes esperamos aprender de tu aprendizaje, experiencia y conocimientos.

Esto es todo, muchas gracias.

