

# ACCESO A LOS MEDICAMENTOS

## DOSSIER DE CONTENIDOS



**Salut** per al  
**desenvolupament**  
accés als medicaments



Campanya organitzada per:



Amb el suport de:



# ÍNDICE

	Página
<b>Presentación</b>	
▪ El porqué de la campaña	2
<b>La Salud como derecho humano</b>	
▪ Los derechos humanos	3
▪ Evolución de los derechos humanos	3
▪ Criterios para evaluar el derecho a la salud	4
<b>El dilema de los países con renta baja</b>	
▪ Principio de realización progresiva	6
▪ Obligaciones básicas en el derecho a la salud	7
▪ Responsabilidad global	8
<b>Salud, pobreza y desarrollo</b>	10
<b>Salud y Ayuda Oficial al Desarrollo</b>	
▪ Cooperación internacional. Cantidad y calidad	13
▪ Cooperación catalana	17
<b>Los retos para la salud en los países en vías de desarrollo</b>	19
<b>Acceso a los medicamentos</b>	
▪ Situación actual	20
▪ Factores que impiden el acceso a los medicamentos	20
▪ Soluciones al modelo actual de innovación y acceso	24
<b>Y tu, ¿qué puedes hacer?</b>	
▪ Y tu, ¿qué puedes hacer?	28
▪ Formulario de apoyo a la campaña	28
<b>Glosario</b>	29
<b>Contacto</b>	30

## PRESENTACIÓN

**Farmacéuticos Mundi y Medicus Mundi Catalunya**, con el apoyo de la Agencia Catalana de Cooperación a Desarrollo, estamos llevando a cabo la campaña de sensibilización "**Salud para el desarrollo**" que pretende dar a conocer la vinculación entre derecho humano y salud, y salud y desarrollo, para contribuir, a medio plazo, a mejorar la cooperación sanitaria que se realiza desde Cataluña.

Analizaremos la situación de desigualdad en la salud, así como los avances o retrocesos que han tenido ocurrido en los últimos años y elaboraremos propuestas de mejora basándonos en 3 temas concretos:

- **Año 2008. Acceso a los medicamentos**
- **Año 2009. Condicionantes de género en el acceso a la salud**
- **Año 2010. Muertes evitables**

Estos temas están interrelacionados entre sí y se complementan. Así por ejemplo muchas muertes evitables se deben a la falta de acceso a los medicamentos y la falta de acceso a la educación limita las capacidades de las niñas, incrementando su vulnerabilidad en el futuro.

Esta campaña va dirigida a la población catalana en general, aunque ciertas actividades se dirigen especialmente al público universitario, sanitario y de la cooperación.

### El porque de la campaña

Farmacéuticos Mundi y Medicus Mundi Catalunya trabajamos conjuntamente, desde hace años, en el campo de la educación para el desarrollo con campañas donde la salud en los países en vías de desarrollo (PVD) es el eje principal. Concretamente, la última campaña, "La Salud en el Milenio: una firma pendiente" ha servido de reflexión a ambas organizaciones sobre el objetivo final que deben perseguir las políticas sanitarias desde los PVD y cabeza a los PVD.

Entendemos que estas políticas no se deben limitar al cumplimiento de unos objetivos más o menos realistas sino que, por encima de ellos, hay una realidad latente: **la salud es un derecho y, por lo tanto, los Estados están obligados, en función de sus posibilidades, a proporcionarlo a sus ciudadanos y ciudadanas en adelante y, sin duda, más allá del 2015.**

Las dos ONGD proponemos la campaña "Salud para el desarrollo" con la intención de poner de manifiesto la situación sanitaria actual a los PVD, enmarcando la salud en el contexto de los derechos humanos y como elemento indispensable para el desarrollo de los pueblos.

Somos conscientes de que, en ocasiones, los mensajes sobre la salud a los PVD que desde las ONGD hemos dado a la opinión pública, han sido excesivamente negativos. Tanto que, a duras penas, dejaban lugar a la esperanza de poder transformar la realidad de los PVD. Por esto, en esta campaña nos proponemos recoger aquellas iniciativas en favor de la salud a los PVD que hayan resultado exitosas por demostrar que el cambio sí que es posible cuando se toman las medidas adecuadas.

Para Farmacéuticos Mundi y Medicus Mundi Catalunya, el derecho a la salud, además de ser uno de los derechos fundamentales de la persona, es un medio para conseguir la erradicación de la pobreza y el desarrollo humano.

Reconocemos que Cataluña y la cooperación catalana han sido pioneras en su ámbito de actuación territorial en la puesta en marcha de mecanismos de trabajo en materia de salud y PVD. Prueba de esto son el apoyo a instituciones internacionales (Global Fund), el fortalecimiento de los sistemas públicos sanitarios de forma directa (Mozambique), la creación de un sistema de respuesta rápida ante de las crisis humanitarias (Comité de Emergencia) o el apoyo a la investigación en enfermedades prevalentes de los PVD (Centro de Búsqueda de Salud Internacional de Barcelona (CRESIB)).

Sin embargo, consideramos que, por una parte, todavía existe un gran desconocimiento de buena parte de la población catalana sobre las vinculaciones existentes entre derechos humanos y salud y entre esta y el desarrollo, y por la otra, que todavía existen numerosos aspectos de la cooperación sanitaria que se realiza desde Cataluña que pueden ser mejorables, tanto cuantitativa como cualitativamente.

## LA SALUD COMO DERECHO HUMANO

### Los derechos humanos

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” *Párrafo 1. Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.*

Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. Sin lugar a dudas, la vida es el bien más preciado de todo ser humano, y por ello no sorprende que el derecho a existir sea el primero y más básico de todos los derechos humanos reconocidos. También se reconoce el derecho a un estándar de vida adecuado y con relación a estos dos derechos, el derecho a la vida y el derecho a un estándar de vida adecuado, la Comunidad Internacional ha distinguido la salud como un bien jurídico autónomo, es decir, que merece una protección independiente de la que posibilita la protección indirecta a través de otros derechos.

### Evolución de los derechos humanos

Una multitud de acuerdos, convenios y declaraciones internacionales y regionales han reconocido la salud como derecho humano. Hoy en día no hay un sólo Estados que no haya firmado al menos un tratado que reconoce tal derecho.

**Figura 1. Tratados internacionales vinculados a la salud y los derechos humanos**

Año	Acuerdo, Tratado, Convenio o Declaración
1946	Constitución de la OMS
1948	Declaración Universal de los Derechos Humanos
1961	Carta Social Europea, revisada en 1996
1963	Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial
1966	Pacto Internacional por los Derechos Económicos Sociales Culturales. PIDESC
1978	Declaración de Alma – Ata
1979	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer
1981	Carta Africana de DH y de los Pueblos
1986	Declaración sobre el Derecho al Desarrollo
1988	Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre los Derechos Humanos en materia de derechos Económicos, Sociales y Culturales
1989	Convención sobre los derechos del niño
1992	Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas
1995	Declaración de Copenhague sobre Desarrollo Social
1993	Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena
1994	Carta Árabe de Derechos Humanos
1998	Declaración Mundial de la salud
2000	Declaración del Milenio
2001	Declaración de Doha

Por lo que respecta a la salud, hasta la aparición de la Organización **Mundial de la Salud (OMS)** en 1946, la salud no pasó de ser un concepto negativo, limitado y puramente patológico: “la ausencia de

enfermedad”, a un concepto positivo, ilimitado y a la vez multidimensional: “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social”.

Dos años después, en 1948, la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó la **Declaración Universal de los Derechos Humanos** como marco de referencia para el establecimiento de las políticas de todos los estados de la tierra, independientemente de su estatus económico, cultural, político, geográfico o de cualquier otra índole.

Sin embargo, cuando los Estados estuvieron listos para dar a la Declaración un carácter vinculante la guerra fría ya había relegado los derechos humanos a un segundo plano y los había separado en dos categorías: derechos civiles y políticos por una parte y derechos sociales y económicos por otra. Según la visión de cada uno de los bloques enfrentados unos derechos adquirirían mayor prioridad frente a los otros y, de ahí que finalmente en 1966 se crearan dos tratados distintos: **el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)**. Ambos tratados son vinculantes para los estados que los ratifican.

El PIDESC contiene el artículo más completo sobre el derecho a la salud de toda la legislación internacional relativa a los derechos humanos. En el párrafo 1 de su artículo 12 los Estados Partes *“reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*, mientras que en el párrafo 2 de ese mismo artículo se enumeran algunas medidas *(La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños y niñas; el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad )* para alcanzar la efectividad de ese derecho.

El Comité encargado de velar por el cumplimiento del PIDESC reunido en mayo de 2000 adoptó la Observación General 14, que pone de manifiesto la estrecha relación existente entre el derecho a la salud y otros derechos fundamentales, así como los principales derechos de los individuos y obligaciones de los Estados que lo ratifican.

## Criterios para evaluar el derecho a la salud

La *disponibilidad*, la *accesibilidad*, la *aceptabilidad* y la *calidad* son elementos interrelacionados y esenciales del derecho a la salud, y serán los criterios útiles para evaluar el respeto del derecho a la salud en un contexto determinado según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
El Estado deberá disponer de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. También se incluye el personal médico, capacitado y bien remunerado, así como los medicamentos definidos en el listado de medicamentos esenciales del país.	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos los grupos de población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, las personas mayores, las personas discapacitadas y las personas con VIH/SIDA. Además, la accesibilidad presenta pues cuatro dimensiones superpuestas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- No discriminación</li> <li>- Accesibilidad física</li> <li>- Accesibilidad económica (asequibles)</li> <li>- Acceso a la información</li> </ul>	Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos con la ética médica, culturalmente apropiados y sensibles a los requisitos de género, además de estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere de personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

## Obligaciones de los estados

Por lo que a las obligaciones nacionales de los estados, el Comité establece 5 obligaciones generales y 3 obligaciones específicas.

**Obligaciones generales:** hacen referencia a garantizar que el derecho a la salud sea gozado sin discriminaciones y a tomar medidas que contribuyan a lo que se llama realización progresiva del derecho a la salud (ver siguiente apartado).

**Obligaciones específicas:** respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud. Obligan a que los Estados no violen el derecho a la salud, que eviten que terceros interfieran en la garantía de este derecho y que adopten las políticas y leyes necesarias para el ejercicio del derecho a la salud.

Para integrar los derechos humanos en las cuestiones de salud, se debe:

- Utilizar los derechos humanos como marco para el desarrollo sanitario.
- Evaluar las consecuencias que tiene cualquier política, programa o legislación sanitaria para los derechos humanos y adoptar medidas al respecto.
- Tener en cuenta los derechos humanos en la concepción, la aplicación, la supervisión y la evaluación de todos los tipos de políticas y programas (políticos, económicos y sociales, entre otros) que tengan relación con la salud.

Estas tres tareas sintetizan lo que entendemos por *enfoque de la salud basado en los derechos humanos*. Hasta octubre de 2005, 151 países habían ratificado el PIDESC, aceptando la obligación de cumplir con los derechos económicos, sociales y culturales de sus pueblos y, entre ellos, con el derecho a la salud.

Si los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad son, a menudo, violados o pasados por alto en los Estados medianamente capacitados, ¿qué se puede exigir a aquellos Estados económicamente débiles que han firmado el pacto?

## EL DILEMA DE LOS PAÍSES DE RENTA BAJA

### Principio de realización progresiva

El derecho a la salud está regido por el *principio de realización progresiva* en la legislación internacional. Este principio impone la obligación de obrar de la manera más diligente y eficaz posible para alcanzar el objetivo de acceso a la salud para todos. Por consiguiente, se aplica tanto para los países con renta baja como para aquellos con gran capacidad económica, en la medida que se reconocen las limitaciones relacionadas con los recursos disponibles, pero exigiendo que todos los países traten de hacer progresos de forma continua con el objetivo de la efectividad total de los derechos.

La realización progresiva del derecho a la salud no priva de contenido ni resta importancia a las obligaciones de los Estados. Al contrario, la realización progresiva significa que los Estados tienen la obligación de avanzar clara y eficazmente hacia la plena realización del derecho. Por tanto, la evaluación a los Estados deberá hacerse en función de los avances o retrocesos en materia de derechos sanitarios, más que como una fotografía sobre un momento y lugar puntuales, y sobre los esfuerzos del gobierno para garantizar el derecho a la salud en función de la capacidad existente.

**Figura 2. Prioridades de gasto público en países con bajo y alto Índice de Desarrollo Humano. Informe sobre Desarrollo Humano 2007.**

Classificació segons el IDH	Despesa pública en salut (% del PIB)		Despesa pública en educació (% del PIB)		Despesa militar a (% del PIB)		Total servei del deute (% del PIB)	
	2003-04 <sup>c</sup>	1991 <sup>d</sup>	2002-05 <sup>e</sup>	1990	2005	1990	2005	
<b>DESENVOLUPAMENT HUMÀ ALT</b>								
1 Islàndia	8,3	..	8,1	0,0	0,0	..	..	
2 Noruega	8,1	7,1	7,7	2,9	1,7	..	..	
3 Austràlia	6,5	4,9	4,7	2,0	1,8	..	..	
4 Canadà	6,8	6,5	5,2	2,0	1,1	..	..	
5 Irlanda	5,7	5,0	4,8	1,3	0,6	..	..	
6 Suècia	7,7	7,1	7,4	2,6	1,5	..	..	
7 Suïssa	6,7	5,3	6,0	1,8	1,0	..	..	
8 Japó	6,3	..	3,6	0,9	1,0	..	..	
9 Països Baixos	5,7	5,6	5,4	2,5	1,5	..	..	
10 França	8,2	5,5	5,9	3,4	2,5	..	..	
11 Finlàndia	5,7	6,5	6,5	1,6	1,4	..	..	
12 Estats Units	6,9	5,1	5,9	5,3	4,1	..	..	
13 Espanya	5,7	4,1	4,3	1,8	1,1	..	..	
14 Dinamarca	7,1	6,9	8,5	2,0	1,8	..	..	
15 Àustria	7,8	5,3	5,5	1,2	0,9	..	..	
16 Regne Unit	7,0	4,8	5,4	3,9	2,7	..	..	
17 Bèlgica	6,9	5,0	6,1	2,4	1,1	..	..	
18 Luxemburg	7,2	3,0	3,6 <sup>g</sup>	0,9	0,8	..	..	
19 Nova Zelanda	6,5	6,1	6,5	1,9	1,0	..	..	
20 Itàlia	6,5	3,0	4,7	2,1	1,9	..	..	
<b>DESENVOLUPAMENT HUMÀ BAIX</b>	<b>2003-04<sup>c</sup></b>	<b>1991<sup>d</sup></b>	<b>2002-04<sup>e</sup></b>	<b>1990</b>	<b>2004</b>	<b>1990</b>	<b>2004</b>	
160 Guinea	0,7	2,0	2,0	2,4 <sup>g</sup>	2,0*	6,0	4,9	
161 Ruanda	4,3	..	3,8	3,7	2,9	0,8	1,1	
162 Angola	1,5	..	2,6 <sup>g</sup>	2,7	5,7	3,2	6,8	
163 Benín	2,5	..	3,5 <sup>d</sup>	..	..	2,1	1,6	
164 Malawi	9,6	3,2	5,8	1,3	0,7*	7,1	4,6	
165 Zambia	3,4	2,8	2,0	3,7	2,3*	6,1	3,3	
166 Costa d'Ivori	0,9	..	4,6 <sup>g</sup>	1,3	1,5*	11,7	2,8	
167 Burundi	0,8	3,5	5,1	3,4	6,2	3,7	4,9	
169 Etiòpia	2,7	2,4	6,1 <sup>j</sup>	8,5	2,6	2,0	0,8	
168 Congo, Rep. Democràtica del	1,1	..	..	..	2,4	3,7	3,0	
170 Txad	1,5	1,6	2,1	..	1,0	0,7	1,1	
171 República Centreafricana	1,5	2,2	..	1,6 <sup>g</sup>	1,1	2,0	0,4	
172 Moçambic	2,7	..	3,7	5,9	0,9	3,2	1,4	
173 Mali	3,2	..	4,3	2,1	2,3	2,8	1,7	
174 Níger	2,2	3,3	2,3	..	1,2*	4,0	1,1	
175 Guinea-Bissau	1,3	..	5,2*	..	4,0	3,5	10,8	
176 Burkina Faso	3,3	2,6	4,7	2,7	1,3	1,1	0,9	
177 Sierra Leone	1,9	..	3,8 <sup>d</sup>	1,4	1,0	3,3	2,1	

c. Les dades es refereixen a l'any més recent disponible durant el període especificat

d. Les dades es refereixen a càlculs nacionals o de l'Institut d'Estadística de la UNESCO.

e. Les dades es refereixen a un any anterior a l'especificat, des de 1999 en endavant.

g. Les dades es refereixen a l'any més proper disponible entre 1991 i 1992.

j. Les dades es refereixen a l'any 2006.

La falta de capacidad en sí misma no es una justificación para que las políticas de salud sean malas o inexistentes. Los gobiernos pueden tomar muchas medidas que no requieren de amplios recursos. Por otra parte, la falta de recursos es algunas veces, resultado de la falta de priorización, cuando los gobiernos gastan grandes cantidades en asuntos diferentes a la salud, como gastos militares, y ni siquiera porcentualmente se alcanza un mínimo adecuado.

En la Declaración de Abuja del año 2000, 47 Estados africanos se comprometieron a destinar el 15% del gasto público en salud con el objetivo de mejorar la salud de sus ciudadanos y ciudadanas. Resulta evidente que tal promesa no está siendo cumplida por los gobiernos. En este sentido, se puede afirmar que los gobiernos pueden hacer más de lo que están haciendo para garantizar el derecho a la salud.

## Obligaciones básicas en el derecho a la salud

Por ello, si bien los tratados internacionales reconocen que la obligación de los Estados es de carácter progresivo, también establecen que hay obligaciones básicas de carácter inmediato. Entre estas obligaciones básicas figuran, como mínimo, las siguientes:

- Garantizar el derecho de acceso a los servicios de salud sobre una base no discriminatoria y equitativa en su distribución.
- Facilitar medicamentos esenciales.
- Asegurar el acceso a una alimentación equilibrada y nutritiva
- Garantizar el acceso a una vivienda, unas condiciones sanitarias básicas y un suministro adecuado de agua limpia potable.
- Adoptar una estrategia sanitaria nacional, periódicamente revisable, participativa y transparente, que permita evaluar los progresos realizados.

El 2005, en la resolución WHA58.34 la OMS instó a los gobiernos a considerar también urgentemente la recomendación que el 1990 había hecho la Comisión de I+D en salud y que establecía que los gobiernos tendrían que dedicar el 2% de sus presupuestos en lo que llama investigación nacional y esencial de salud, u que los donantes tendrían que dedicar el 5% de la ayuda a la salud en investigación y en fortalecimiento de la capacidad de investigación.

Además se hace especial hincapié en la recuperación del espíritu de Alma Ata, en lo referente a la importancia de la Atención Primaria de Salud como eje y referencia para el establecimiento de políticas sanitarias adecuadas al contexto, racionales, aceptadas, participativas y eficaces. De ahí que se establezcan como **ejes prioritarios de los sistemas de salud:**

- Velar por la atención de la salud sexual y reproductiva e infantil.
- Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades prevalentes.
- Ampliar los conocimientos sanitarios de la comunidad a través de la educación y la información relativa a los principales problemas de salud de la comunidad.
- Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.

*“Derecho a la salud no significa derecho a gozar de buena salud, ni tampoco que los gobiernos de países pobres tengan que establecer servicios de salud costosos para quienes no disponen de recursos. Significa que los gobiernos y las autoridades públicas han de establecer políticas y planes de acción destinados a que todas las personas tengan acceso a la atención de salud en el plazo más breve posible”*

Mary Robinson. Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

## Responsabilidad global

Sin lugar a dudas acerca de la responsabilidad individual de los Estados en la búsqueda continua de la consecución de los derechos humanos. Sin embargo, en el mundo globalizado que vivimos, el proceso de la mundialización puede afectar a la promoción y la protección de los derechos humanos por encima de fronteras nacionales o geográficas.

En estas circunstancias, pudiera parecer que los propios Estados pierden su capacidad para garantizar los derechos fundamentales de sus ciudadanos, privándoles así su responsabilidad como gobiernos y, por tanto eximiéndoles de su cumplimiento en virtud de los contextos supranacionales.

Entre estas tendencias en el ámbito económico y político cabe destacar la creciente dependencia entre los mercados, la creciente influencia de las instituciones financieras internacionales en la definición de políticas nacionales, los recortes del gasto público para materias como la salud y la educación o la privatización de servicios básicos como el agua o la sanidad.

Estos cambios limitan la capacidad del Estado para proteger a los grupos vulnerables de los efectos negativos de la globalización ya que este fenómeno no se caracteriza precisamente por tener como marco de referencia el respeto a los derechos humanos.

Por ello, en numerosos países han adquirido gran relevancia los grupos de presión que, trabajando solos o en red, vigilan el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los gobiernos, asesoran en materia de firma de tratados comerciales y políticas económicas y actúan frente a las políticas negativas que se exigen desde instituciones internacionales sin evaluar el daño que las mismas tienen sobre los grupos más vulnerables. **La sociedad civil organizada actúa en estas ocasiones como garante del derecho a la salud frente a las instituciones nacionales e internacionales.**

Por su parte, los **Estados** deben adoptar medidas para que los acuerdos internacionales no afecten adversamente al derecho a la salud. Las **instituciones financieras internacionales** (Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial y bancos regionales de desarrollo) deben prestar mayor atención a la protección del derecho a la salud en las decisiones que toman sobre políticas de reducción de la pobreza, acuerdos crediticios y otras medidas.

A esta escala internacional donde debe producirse la cooperación entre Estados, que en la actualidad aparece ya recogida por numerosos instrumentos internacionales. La responsabilidad en este nivel es conjunta y los gobiernos tienen la obligación de apoyarse mutuamente en la implementación del derecho a la salud, ya que finalmente los acuerdos internacionales se firman entre gobiernos y las instituciones internacionales se conforman también a partir de gobiernos.

Sin embargo, es de destacar que la representatividad en las instituciones internacionales resulta a menudo bastante sesgada. A modo de ejemplo baste citar que en el Banco Mundial y el fondo Monetario Internacional el poder de decisión está basado en las contribuciones financieras, lo cual conduce a una representación desigual: mientras los Estados Unidos copan el 17% de los votos en el banco Mundial, 47 países del África Subsahariana apenas copan el 7%.

Si no existe colaboración en este nivel resulta aún más difícil para algunos estados asumir sus obligaciones, complicando así la materialización del derecho a la salud y diluyendo además las responsabilidades sobre su no consecución.

Puede decirse por tanto, que en último término **existen responsabilidades de cada Estado en la consecución del derecho a la salud del resto de Estados, a través de las relaciones que se establecen en política y economía internacional.** Los Estados no pueden desligar este nivel de relación de la llamada "cooperación internacional", que en el fondo no es sino un concepto habitualmente restringido de la auténtica cooperación para el desarrollo. Es más, es éste nivel de cooperación el que habitualmente fracasa, haciendo inútiles -o cuando menos tan sólo paliativos- los esfuerzos implementados en la otra línea de "cooperación internacional".

Por otro lado, la Organización Mundial de la salud tiene ante sí el reto de proteger el derecho a la salud ante aquellas instituciones internacionales que deciden acerca de la economía y el comercio a nivel mundial. Para ello la OMS debe desarrollar salvaguardas con las que los gobiernos puedan afrontar los conflictos de interés que surgen continuamente entre la salud y el beneficio económico. Un buen ejemplo de esto son las asesorías que la OMS realiza en numerosos PVD sobre los Acuerdos sobre los Aspectos

de los Derechos de la Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), debido a su vinculación con las patentes y especialmente importantes en lo referente a medicamentos. El fin de estas asesorías es que dichos países conozcan los mecanismos legales para acogerse a las salvaguardas que les permitirán un mejor acceso a los medicamentos.

Sin embargo, agobiada por la deficiencia de recursos básicos debido a los recortes presupuestarios de las Naciones Unidas, la OMS no siempre ha sido capaz de competir con la OMC o el Banco Mundial, que han ejercido una gran influencia sobre las decisiones de política pública de los gobiernos, hasta el punto de diseñar y orientar los sistemas de atención de salud a través de sus reglamentos comerciales, o mediante la introducción de determinados elementos poco acordes con el derecho a la salud en importantes declaraciones internacionales: como la privatización de servicios básicos como el agua o la sanidad o los Programas de Ajuste Estructural basados en la reducción de los presupuestos para salud, educación y bienestar social.

En definitiva, los PVD afrontan la responsabilidad y la obligación de proteger el derecho a la salud dentro de un mundo complejo en el cual la auténtica Cooperación Internacional suele brillar por su ausencia.

## SALUD, POBREZA Y DESARROLLO

### Situación de pobreza

La lucha contra la pobreza, es sin duda el mayor reto que afronta la humanidad en este siglo. Con un 40% de la población mundial al borde de la pobreza y una quinta parte en una situación tan extrema que amenaza su propia supervivencia, un mundo libre de carencias y temores tal y como ambicionaba la Declaración Universal de los Derechos Humanos es aún una aspiración lejana.

Sin embargo, los gobiernos de todo el mundo han expresado su deseo de erradicar la pobreza. Recientemente, en la Cumbre Mundial del año 2005 los líderes mundiales reiteraron su determinación de cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), incluyendo la erradicación de la pobreza y el hambre. El reto ahora es cómo trasladar estos compromisos en acción.

Históricamente se ha ido moldeando por parte de occidente una visión del mundo que definía el grado de civilización de un país según su nivel de producción, o lo que es lo mismo, según su desarrollo económico. De este modo, el “no desarrollo” pasaba a ser pobreza y se traducía en una mera estadística del ingreso per cápita. Bajo esta perspectiva puede decirse que ha imperado la cultura económica sobre lo político, lo social y lo cultural pensando que el mercado satisfaría las necesidades de los individuos de forma eficiente. Sin embargo pronto pudo observarse que el desarrollo no necesariamente debía conllevar un reparto equitativo de la riqueza que generaba y más aún, éste desarrollo no siempre se fundamentaba sobre la sostenibilidad.

Durante la Década de los 80 el premio Nobel de economía Amartya Sen, formuló un nuevo paradigma donde el desarrollo representa la expansión de la libertad para que las personas puedan expresar sus capacidades y potencialidades. La expansión de la libertad es pues el fin primordial y a la vez el medio principal para el desarrollo. Las ideas de Sen han sido asimiladas con gran rapidez por las nuevas corrientes que estudian el desarrollo en toda su amplitud, calando entre el sistema de Naciones Unidas y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Finalmente, solapándose en ocasiones con la perspectiva de Sen, existe una tercera aproximación al concepto de desarrollo que lo entiende como la realización de los derechos humanos en su plenitud. Si éstos son la máxima expresión de las libertades humanas, el grado de su obtención implica mayor o menor desarrollo.

Estas tres visiones del desarrollo humano aportan visiones distintas pero al mismo tiempo complementarias. La primera perspectiva pone su acento principalmente en el ámbito de las satisfacción de necesidades, en este sentido la mirada se centra en aquello de lo que se carece, favoreciendo las estrategias puramente asistencialistas. La novedad que introduce la perspectiva de las capacidades de Sen se basa justamente en que el acento se pone no en aquello de lo que se carece (necesidades) sino en las posibilidades para ser o hacer (capacidades). Al basarse en libertades también trata de eliminar las barreras que hacen que las personas no puedan optar por la vida que les gustaría llevar. Por último, la visión de los derechos humanos aporta un matiz diferente al marcar un umbral de desarrollo al que todas las personas deberían poder acceder. Este matiz es de gran importancia ya que exige al conjunto de la sociedad el esfuerzo necesario para hacerlo realidad. Poseer un derecho legitima a las personas para poder reivindicar la expansión de las libertades presentes.

Hoy día se considera que el desarrollo es el proceso de ampliación de las opciones de la gente, aumentando las funciones y la capacidad humana. Dentro de este nuevo planteamiento, la pobreza no sólo es sinónimo de bajo nivel de ingresos, sino también de debilitamiento de toda una serie de capacidades humanas fundamentales, incluidas las relacionadas con la salud. El término pobreza humana hace referencia a la carencia de medios para alcanzar dichas capacidades (por ejemplo, el acceso físico a la atención de salud). De esta manera, el desarrollo humano refleja además los resultados de esas funciones y capacidades en cuanto se relaciona con los seres humanos. Representa un proceso a la vez que un fin. (PNUD)

A partir de estas tres perspectivas podemos también redefinir el concepto de pobreza. La pobreza no representa sólo una cuestión de ingresos, sino fundamentalmente una cuestión de ser capaz de vivir una vida con dignidad, disfrutando de los derechos humanos y las libertades que de ellos emanan.

El vínculo entre salud, pobreza i desarrollo ha sido interpretado de distintas maneras a lo largo del tiempo y según los diferentes actores. En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de l'OMS, reunida en Alma Ata, declaró que el desarrollo económico i social, basado en un nuevo orden económico internacional, era de importancia fundamental para conseguir un grado máximo de salud para todos y para reducir las desigualdades en materia de salud entre los países en vías de desarrollo y los países desarrollados. Al mismo tiempo, declaraba que la promoción y protección de la salud es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido. De esta manera, la pobreza es la causa de mala salud, y la mala salud, a su vez, incrementa la pobreza. Para conseguir un nivel de salud que permita llevar una vida social y económicamente productiva, la Declaración de Alma Ata recomienda poner en práctica la estrategia de atención primaria de salud. Esta Declaración establece fuertes vínculos entre salud y desarrollo y considera el acceso a la salud como un objetivo social de extrema importancia, la realización de l cual exige la intervención de muchos sectores sociales y económicos, y no sólo el de salud (agricultura, educación vivienda, comunicaciones, industria,...) y, muy especialmente, la plena participación de todos los individuos y familias de la comunidad en la planificación y aplicación de la atención sanitaria.

A lo largo de las últimas décadas no se han tenido muy en cuenta estas aproximaciones holísticas a la hora de planificar políticas de desarrollo. Los recortes de los servicios básicos, entre ellos la atención sanitaria, han implicado un deterioro en el nivel de vida y de salud de buena parte de la población, en particular de los sectores vulnerables.

En el año 2000 la OMS estableció la Comisión de Macroeconomía y Salud (CMS) con el objetivo de ubicar la salud dentro del desarrollo económico global. El resumen del primer informe, liderado por Jeffrey Sachs, determinaba que una mejora en la salud de las personas que viven en la pobreza no sólo es un objetivo perseguible por sí mismo sino que actúa además como un fuerte catalizador para el desarrollo económico y la reducción de la pobreza en la sociedad. Es decir, que el bien individual se hace común. Además se establecían una serie de relaciones entre la inversión en salud y la capacidad de desarrollo económico. Por ejemplo, la pérdida en términos económicos que representa el VIH en África es del 12% del Producto Interior Bruto del continente; el desarrollo económico en países libres de malaria es al menos un 1% superior a aquellos en los que la malaria es endémica

Por lo tanto, la salud tiene un papel destacado por si misma tanto en la teoría del desarrollo humano como en el enfoque de los derechos humanos. Pero también los efectos de la salud sobre la economía, así como los efectos de la pobreza sobre la salud, son muy importantes. Por ejemplo, la malaria constituye la segunda causa de muerte en África subsahariana. Esta enfermedad perjudica a la economía familiar y a la economía de la comunidad local, al afectar a la mano de obra, reducir la eficacia en el trabajo, disminuir la explotación de las tierras y cargar el presupuesto familiar con los costes de la prevención y el tratamiento. La malaria es también a mayor causa del absentismo escolar y se estima que reduce la capacidad de aprendizaje del 35% al 60% en los escolares. Las personas pobres son las más afectadas pues tienen menos acceso a los servicios de salud, a la información y a las medidas de prevención y tratamiento. Por último, la malaria reduce el comercio internacional y el desarrollo de sectores como el turismo.

En la siguiente figura quedan reflejadas algunas de las asociaciones mencionadas en el caso de la malaria, pero que son extensibles para cualquier enfermedad. En general recogen conexiones entre las necesidades humanas básicas y la ausencia de capacidades, libertades y derechos de las personas que pueden degenerar en pobreza. A su vez muestra cómo la pobreza provoca necesidades, disminuye las capacidades y limita las libertades y los derechos.



**Figura 3.** El círculo vicioso de la pobreza

Tal como recoge el Informe sobre la salud en la región africana de la OMS de 2006, los retos para los gobiernos son enormes y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios y las políticas de salud sólo se conseguirán mediante colaboración regional y la cooperación internacional.

## SALUD Y AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO

En el informe elaborado por la Comisión de Macroeconomía y Salud (CSM) Sachs calculaba que se deberían destinar 57 mil millones de dólares adicionales en 2007 y 94 mil millones en 2015 para lograr los ODM. A pesar de los incrementos presupuestarios que puedan realizar los PVD, la falta de recursos hace que la mayor parte de esos fondos deberán proceder de la ayuda internacional.

En la actualidad se destinan entre 6 y 12 mil millones de dólares de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) a salud. Según la CSM haría falta destinar 27 mil millones para 2007 y 38 mil millones en 2015 para lograr alcanzar los ODM. Estas cifras podrían conseguirse si los donantes alcanzaran a destinar el 0,7% de su PIB para AOD y al menos un 15% de esos fondos fueran para salud.

El papel de la cooperación internacional para resolver los problemas de los países ha sido reconocido por los estados desde el propio nacimiento de las Naciones Unidas. Así, en los artículos 1 y 55 y 56 de la Carta de las Naciones Unidas todos los Estados miembros se comprometen a colaborar y cooperar técnica y económicamente para dar plena efectividad a los derechos de las personas, como el derecho a la salud.

Varias décadas después, en la Declaración de Alma Ata, los gobiernos reconocían la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, particularmente entre los países desarrollados y los PVD, y alentaba a los Estados a trabajar a través de la cooperación internacional para lograr la igualdad de acceso a la salud.

Más recientemente, en la Declaración del Milenio del año 2000 la Asamblea General ratificaba la importancia de la cooperación internacional para resolver los problemas sociales, económicos y políticos que afronta la humanidad y exhorta en varios de sus artículos al incremento de la ayuda oficial al desarrollo (art. 15, 26, 28).

Otras resoluciones (Declaración sobre el Derecho al Desarrollo, Asamblea Mundial de la Salud, PIDESC...) también reconocen la responsabilidad y la obligación de apoyarse mutuamente en la implementación del derecho a la salud. En el actual mundo globalizado esta responsabilidad compartida parece más obvia que nunca ya que las decisiones a nivel local, nacional e internacional se influyen unas a otras.

El gasto anual para cooperación al desarrollo en salud realizado por la suma de todos los países desarrollados (10.000 millones de \$) es equivalente a la cantidad gastada en helados en Europa.

*Global Health Watch*

### Cooperación internacional

La cooperación internacional es más que la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), es la suma de las políticas económicas, comerciales, sociales, culturales y políticas que cada estado defiende en los foros internacionales y que acaban por definir las relaciones entre el Norte y el Sur.

Este hecho no impide reconocer la importancia de la AOD como herramienta para mejorar la situación de salud de los PVD. Para ello, los países donantes deben establecer sus políticas de cooperación en base a criterios de cantidad y calidad de su ayuda.

La cantidad: El principal referente sobre la cantidad de AOD que deben destinar los gobiernos donantes es, como ya se ha indicado, el del 0,7% de su PIB adoptado por la Comisión de Desarrollo Internacional en 1970. Más de treinta años después de su ratificación, tan sólo 5 países alcanzan o superan ese porcentaje y la media resulta, apenas, un 0,26% del PIB (ver figura 4).

Por lo que respecta a Catalunya el porcentaje destinado a AOD representó el 0,2% de su presupuesto en 2005, lo que la sitúa lejos de otras autonomías como Navarra (0,53%) o Castilla-La Mancha (0,45%). A pesar de ello, en términos absolutos fue la Comunidad que más fondos aportó (16,6 % de la AOD autonómica). (Prosalus, Medicus Mundi y Médicos del Mundo. 2007).

**Figura 4. Ayuda Oficial al Desarrollo entre los países donantes. PNUD 2007**

Classificació segons IDH	Assistència oficial per al desenvolupament (AOD) neta desemborsada			AOD per càpita del país donant (US\$ de 2005)		ODM AOD per als països menys avançats* (% del total)		ODM AOD per a serveis socials bàsics* (% del total assignable per sector)		ODM AOD bilateral no vinculada (% del total)	
	DESENVOLUPAMENT HUMÀ ALT	Total* (milions de US\$) 2003-04	1990*	2005	1990	2005	1990	2005	1996/1997*	2004/2005*	1990
2 Noruega	2.786	1,17	0,94	453	600	44	37	12,9	14,3	61	100
3 Austràlia	1.680	0,34	0,25	76	83	18	25	12,0	10,7	33	72
4 Canadà	3.756	0,44	0,34	115	116	30	28	5,7	30,4	47	66
5 Irlanda	719	0,16	0,42	27	180	37	51	0,5	32,0	..	100
6 Suècia	3.362	0,91	0,94	256	371	39	33	10,3	15,2	87	98
7 Suïssa	1.767	0,32	0,44	148	237	43	23	8,6	7,2	78	97
8 Japó	13.147	0,31	0,28	91	103	19	18	2,5	4,6	89	90
9 Països Baixos	5.115	0,92	0,82	247	313	33	32	13,1	22,0	56	96
10 França	10.026	0,60	0,47	166	165	32	24	..	6,3	64	95
11 Finlàndia	902	0,65	0,46	174	171	38	27	6,5	13,4	31	95
12 Estats Units	27.622	0,21	0,22	63	93	19	21	20,0	18,4	..	..
13 Espanya	3.018	0,20	0,27	35	70	20	27	10,4	18,3	..	87
14 Dinamarca	2.109	0,94	0,81	315	388	39	39	9,6	17,6	..	87
15 Àustria	1.573	0,11	0,52	29	191	63	16	4,5	13,9	32	89
16 Regne Unit	10.767	0,27	0,47	72	179	32	25	22,9	30,2	..	100
17 Bèlgica	1.963	0,46	0,53	123	188	41	31	11,3	16,5	..	96
18 Luxemburg	256	0,21	0,82	101	570	39	41	34,4	29,5	..	99
19 Nova Zelanda	274	0,23	0,27	44	67	19	25	..	29,9	100	92
20 Itàlia	5.091	0,31	0,29	77	87	41	28	7,3	9,4	22	92
22 Alemanya	10.082	0,42	0,36	125	122	28	19	9,7	12,1	62	93
24 Grècia	384	..	0,17	..	35	..	21	16,9	18,8	..	74
29 Portugal	377	0,24	0,21	25	36	70	56	8,5	2,7	..	61
CAD	106.777	0,33	0,33	93	122	28	24	7,3	15,3	68*	92*

Aquest quadre presenta les dades dels membres del Comitè d'Assistència per al Desenvolupament (CAD) que pertanyen a l'Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmic (OCDE)

a. Alguns països i regions que no pertanyen al CAD també proveeixen AOD. Segons OCDE-CAD 2007a, l'AOD neta desemborsada el 2005 en conjunt per Taiwan (província de Xina), República Txeca, Hongria, Islàndia, Israel, República de Corea, Kuwait, Polònia, Aràbia Saudita, Eslovàquia, Turquia, Emirats Àrabs Units i altres donants menors, com Estònia, Letònia, Lituània i Eslovènia, va ascendir a US\$3.231 milions. Xina també aporta ajuda però no en revela la quantitat.

b. Inclou les corrents multilaterals imputades que comptabilitzen les aportacions canalitzades per organitzacions multilaterals. Es calculen utilitzant

la distribució geogràfica de desemborsaments corresponents a l'any especificat.

c. Les dades exclouen la cooperació tècnica i les despeses administratives

d. Les dades inclouen la condonació dels pagaments que no corresponen a AOD, excepte per al total del CAD.

e. Les xifres totals es consideren incompletes degut a que les dades que manquen representen un percentatge significatiu de l'AOD total reemborsada.

Font:

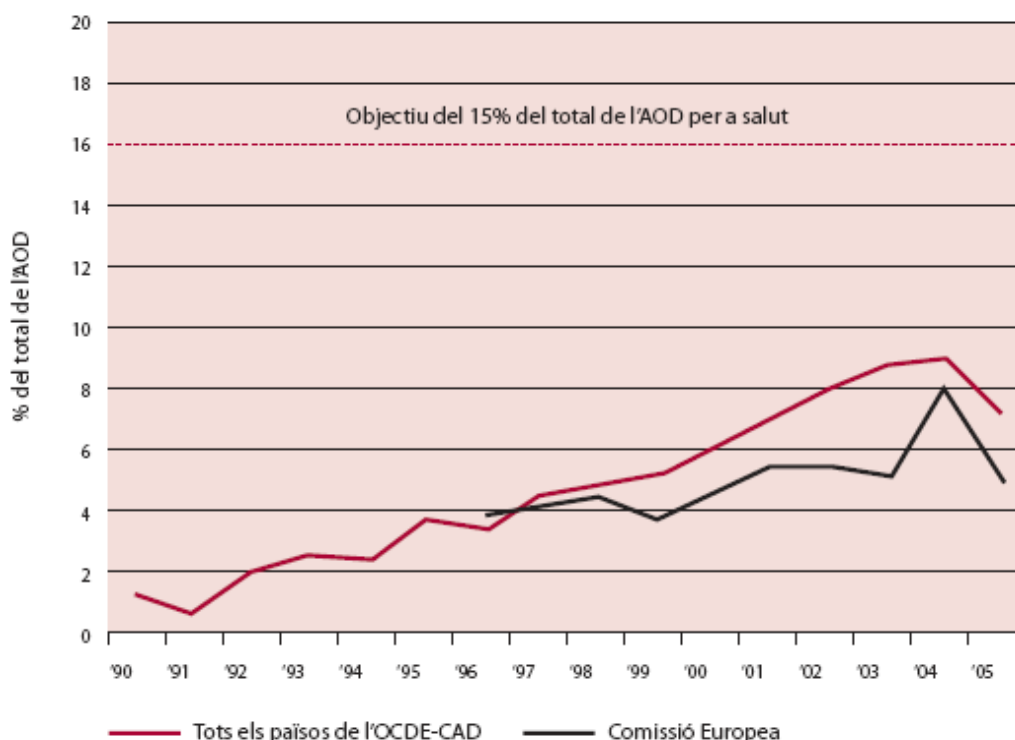
Totes les columnes: OCDE-CAD 2007b; xifres totals calculades per l'OCDE per l'Oficina en carregada de l'Informe sobre el Desenvolupament Humà.

A la vista de la transcendència de alguns sectors clau per al desenvolupament humà, en 1995, durant la Cumbre Mundial de Desenvolupament Social de Copenhague se proposa reorientar la AOD cap a la inversió social bàsica en els PVD mitjançant un acord pel qual els països donants es comprometien a destinar el 20% de la seva ajuda a serveis socials bàsics (educació bàsica, salut bàsica, accés a l'aigua potable, eliminació de la malnutrició i accés a planificació familiar) mentre que els països receptors destinaven el 20% del gaste públic a aquests serveis. Aquesta iniciativa se batejà amb el nom d'Iniciativa 20/20.

El Pla Director de la ACCD 2007-2010 se fa eco d'aquesta iniciativa, comproment-se a destinar el 20% del pressupost del desenvolupament a serveis socials bàsics, algo que també recull el Pla Director de la Cooperació Espanyola 2005-2008.

Por lo que se refiere exclusivamente a salud, la recomendación actual fija en un 15% el monto que debería destinarse de la AOD a salud para poder cumplir los ODM. A día de hoy esta cifra está lejos de alcanzarse, poniendo en peligro, como se expondrá más adelante, la consecución de los ODM. (Figura 5).

**Figura 5. Porcentaje de AOD destinada a salud. OCDE/CAD**



En 2005, Catalunya fue la comunidad que más fondos aportó para salud, concretamente el 17,6% del total destinado por el conjunto de las comunidades al sector salud. Por lo que respecta a sus aportaciones sectoriales, en 2004 la salud fue una de las partidas que más fondos de desarrollo absorbió (19,61%), tal como se observa en la figura 9. Esto demuestra el compromiso de la cooperación catalana con el sector salud en los PVD, al menos en términos cuantitativos.

La cantidad de AOD destinada por los países donantes presenta una importancia trascendental para muchos países, sobre todo para aquellos con un índice de desarrollo bajo. Sin embargo, esta ayuda va, en ocasiones, ligada a factores poco claros y parece quedar a criterio del donante más que a indicadores contrastados de necesidad y pertinencia. Como ejemplo, en 1998 en Guinea las donaciones representaban el 19% del presupuesto anual para salud, pero en 1999 esta ayuda descendió hasta el 2%, para volver a subir al 18% en 2000 (Banco Mundial, 2005). Esta incertidumbre y dependencia en el corto plazo genera graves problemas de planificación para los países receptores.

**Figura 6. Distribución del gasto de la Generalitat de Catalunya según la línea estratégica. ACCD 2005**

Objectius de Desenvolupament	Import (€)	% Objectius prioritaris desenvolupament	% proposat pel Pla Director
<b>Objectius prioritaris</b>			
<b>1. Suport als drets socials bàsics</b>	<b>4.527.073,00</b>	<b>34,19</b>	<b>-</b>
1.1 Enfortir els sistemes d'atenció primària de salut afavorint, de forma especial, els programes de control de les principals malalties infeccioses i la millora de la salut reproductiva	2.596.933,72	19,61	12-18
1.2 Enfortir els sistemes d'educació bàsica i d'alfabetització d'adults, així com la incorporació i enfortiment de les cultures i llengües pròpies	1.117.472,00	8,44	12-18
1.3 Millorar l'accés a un habitatge adequat segons el context sociocultural i mediambiental en zones periurbanes	268.867,00	2,03	12-18
1.4 Millorar les capacitats existents en la gestió integral del cicle de l'aigua	543.800,00	4,11	12-18
<b>2. Millora de la capacitat productiva i l'ocupació</b>	<b>6.056.479,16</b>	<b>45,74</b>	<b>-</b>
2.1 Millorar l'activitat productiva i comercial, en especial en els sectors populars	5.164.860,00	39,01	5-11
2.2 Donar suport a programes ocupacionals i de drets laborals	891.619,00	6,73	5-11
<b>3. Governabilitat</b>	<b>2.134.748,10</b>	<b>16,12</b>	<b>-</b>
3.1 Contribuir a la generació de plans de desenvolupament locals per a millorar la governança i la participació ciutadana	155.423,44	1,17	5-11
3.2 Enfortir les capacitats dels actors estratègics per a millorar la governabilitat democràtica i el desenvolupament humà	1.499.794,66	11,33	5-11
3.3 Millorar les capacitats per a prevenir els conflictes derivats de les amenaces sobre les minories ètniques, culturals i lingüístiques	479.530,00	3,62	5-11
<b>4. Diversos objectius prioritaris</b>	<b>523.164,75</b>	<b>3,95</b>	<b>-</b>
<b>Total objectius prioritaris</b>	<b>13.241.464,73</b>	<b>100,00</b>	<b>-</b>
<b>Altres objectius de desenvolupament</b>	<b>8.509.912,93</b>		
<b>Total objectius de desenvolupament</b>	<b>21.751.377,66</b>		

La calidad: Para estos hechos y otros contratiempos se han llevado a cabo intentos de mejora de la AOD como por ejemplo, incrementando los períodos de financiación hasta los 10 años (Departamento de Desarrollo Internacional. UK). De llevarse a cabo esta iniciativa permitirá, sin duda, una mejora notable en la planificación de los presupuestos para salud de los PVD lo cual a su vez repercutirá en una mejora de los sistemas sanitarios y por ende en la salud de la gente.

Pero éste sólo es un ejemplo de las dificultades y retos para alcanzar una AOD de calidad. La reciente Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo trata de marcar las pautas para que la AOD aporte el máximo beneficio a los países receptores. Para ello se solicita a los países donantes tomar medidas en distintos asuntos tales como desligar la ayuda o fundamentar su apoyo en las estrategias del país donante.

Los principios que deben regir la calidad de la ayuda según la Declaración de París son:

**Apropiación:** los países receptores se comprometen a elaborar estrategias de desarrollo.

**Alineación:** los países donantes se comprometen a ajustar su ayuda a las estrategias de desarrollo creadas por los países receptores.

**Armonización:** los donantes se comprometen a coordinar entre sí sus esfuerzos para que las sinergias creadas incrementen la eficacia de la cooperación.

**Gestión orientada a resultados:** administrar los recursos y mejorar la toma de decisiones orientadas a resultados.

**Responsabilidad mutua:** donantes y receptores son responsables de los resultados del desarrollo.

## Cooperación catalana

Al igual que en el caso de la Iniciativa 20/20, la ACCD también suscribe en el Plan Director 2007-2010 el contenido de la Declaración de París, dejando claro su deseo de mejorar la eficacia de su ayuda. Sin embargo, la Declaración de París ha recibido críticas y es muy cuestionada por las organizaciones no gubernamentales (ONGD) y las organizaciones de la sociedad civil (OSC) por distintos motivos:

- En la Declaración de París se habla de apropiación, pero no se dice que tenga que ser democrática, es decir, consensuada entre todos los actores de la cooperación de un país (gobierno, ONGD y OSC)
- Utilización de la ayuda como una herramienta política para imponer reformas políticas comerciales y económicas, una vieja práctica de los organismos financieros Internacionales, que debilitarían los procesos democráticos.
- Creciente riesgo que las demandas y propuestas de las mujeres se pierdan dado el énfasis en el Estado. Y, por ello, abandono de la responsabilidad de los países donantes y de los países receptores por lo que refiere equidad de género
- Falta de representatividad de los sectores más pobres de los países.
- Falta de herramientas de seguimiento/evaluación de las estrategias de desarrollo nacionales, entre otros.

Aunque existen varios criterios para definir la calidad de la ayuda, algunos por su sencillez e inmediatez resultan útiles para realizar una primera aproximación. Uno de ellos consiste simplemente en comprobar si la ayuda realmente va allá donde más se necesita, según un lógico criterio de pertinencia. Según este criterio, la OCDE estima que al menos el 20% de la AOD debe destinarse a los Países Menos Avanzados, un grupo formado en la actualidad por 50 países.

Durante los últimos 25 años sólo un país, de los 50 que lo componen, ha conseguido abandonar el grupo de los Países Menos Avanzados: Botswana, en 1984. PNUD

Tanto la AEI como la ACCD presentan en sus planes directores este criterio y lo asumen como parte de sus estrategias geográficas. En la figura 7, se observa la distribución de la AOD en salud de la Generalitat de Catalunya según el nivel de renta de los países receptores en 2005.

**Figura 7. Distribución de la AOD en salud de la Generalitat de Catalunya según el nivel de renta de los países receptores en 2005. Prosalus, Medicus Mundi, Médicos del Mundo**

Países receptores según el nivel de renta	AOD 2005	
	euros	%
PMA	2.879.593	49,5
PRB	198.505	3,4
PRMB	813.219	14,0
PRMA	73.916	1,3
NE	1.855.669	31,9
<b>TOTAL</b>	<b>5.820.902</b>	<b>100,00</b>

*PMA: países menos avanzados, PRB: países con renta baja, PRMB: países con renta media-baja, PRMA: países con renta media-alta*

Como puede observarse, los PMA fueron beneficiarios de casi la mitad de la AOD sanitaria de la Generalitat de Catalunya, principalmente debido a los fondos destinados a Mozambique, que alcanzaron los 2.478.347 € según el Informe 2006 "La salud en la cooperación al desarrollo y en la acción humanitaria" elaborado por Prosalus, Médicos del Mundo y Medicus Mundi.

En el caso de España la tendencia es similar, con casi un 33% destinado a los PMA (*figura 8*), salvo por una notable diferencia: la mayor parte de la ayuda destinada al Africa subsahariana (donde se encuentran el 75% de los PMA) es reembolsable (*figura 9*), una modalidad de ayuda que aparece constantemente en la cooperación española, pero que resulta enormemente dañina en el caso de estos países por cuanto implica de sobrecarga en sus deudas externas.

**Figura 8. Distribución de la AOD salud según nivel de renta. Porcentajes promedio del período 2000 - 2004. Prosalus, Medicus Mundi, Médicos del Mundo**

	Espanya	UE	CAD	Regne Unit	Suècia	França
P. RENDA ALTA			0%			
P. RENDA MITJA ALTA	3,41%	2,43	1,90%	0,52%	0,54%	13,6%
P. RENDA MITJA BAIXA	31,39%	15,36	16,63%	11,56%	9,76%	20,33%
P. RENDA BAIXA	21,77%	25,59	24,54%	37,45%	18,33%	10,16%
P. MENYS AVANÇATS	32,85%	30,77	27,72%	21,22%	33,97%	25,29%
P. NO ESPECÍFICS	10,58%	25,85	29,21%	29,25%	37,40%	30,62%

**Figura 9. Porcentaje de la AOD en salud reembolsable por regiones respecto al total de la AOD del período 2000 – 2004. Prosalus, Medicus Mundi, Médicos del Mundo**

	Espanya	Suècia	Regne Unit	França
Nord d'Àfrica	5,3	0	0	52,01
Àfrica Subsahariana	45,73	0	0	1,28
Europa	0	0	0	0
Àsia oriental	75,75	0	0	7,25
Orient Mitjà	3,88	0	0	0
Amèrica del Nord i Central	0	0	0	0
Oceania	0	0	0	0
Àsia del sud i central	30,94	0	0	0
Sud- amèrica	12,07	0	0	1,52

Por lo tanto, la AOD debe mantener unos estándares de cantidad y calidad según el marco normativo existente de la cooperación internacional, que permita, tanto a los países donantes como a los receptores, evaluar la eficacia de la ayuda prestada y recibida.

Paralelamente la sociedad civil tiene derecho a conocer cuanto y cómo cooperan sus gobiernos para lograr los ODM, la reducción de la pobreza, la expansión de los derechos humanos, etc. Para ello es necesario que las organizaciones realicemos campañas de sensibilización entre el público general y especializado, con el fin de difundir entre ellos la realidad de la ayuda para que alcancen a comprender porqué no se logran los objetivos marcados y obtengan argumentos para presionar a los responsables de la toma de decisiones en los cambios de estrategia necesarios.

## LOS RETOS PARA LA SALUD EN LOS PVD

El mundo del siglo XXI aparece más polarizado que cualquier otro que haya conocido la humanidad. El desequilibrio de las rentas entre el 20% más rico y el 20% más pobre de la población mundial fue de 30 a 1 en 1960, de 60 a 1 en 1990 y de 74 a 1 en 1997. En ese año, el 20% de la población más rica poseía el 86% del producto interior bruto del mundo, mientras que el 20% más pobre tan sólo el 1%. (IDH 1999.PNUD)

En 2002, la esperanza de vida al nacer para las mujeres de los países desarrollados pasó a situarse en 78 años, mientras que para los hombres del África subsahariana disminuyó a 46 años. (I OMS 2003). En términos generales, un 35% de los niños africanos corren actualmente un mayor riesgo de morir que hace 10 años. (Informe OMS 2005).

Estas enormes desigualdades provocan que el 98% de las muertes infantiles tengan lugar en los PVD a pesar de los avances que puedan haberse logrado en las últimas décadas.

Para poder estudiar mejor esta situación de desigualdad actual así como los avances o retrocesos acontecidos en los últimos años se han escogido tres problemas de salud concretos:

- Año 2008. Acceso a los medicamentos
- Año 2009. Condicionantes de género en el acceso a la salud
- Año 2010. Muertes evitables

La finalidad es utilizar estos temas como ejemplo de la situación de la salud en los PVD y por ello los temas escogidos son suficientemente amplios como para evitar sesgos de apreciación.

## ACCESO A LOS MEDICAMENTOS

### Situación actual

Más de la tercera parte de la población mundial carece de acceso regular a medicamentos esenciales y capaces de salvar la vida. Sólo en África más de 320 millones de personas tienen un acceso menor del 50%. Los desequilibrios entre los países desarrollados y los PVD son similares a los que marcan otros indicadores de acceso a la salud: el 20% de la población mundial consume el 80% de los medicamentos, lo cual representa un gasto per cápita de unos 400\$ para los países desarrollados frente a 4\$ para los PVD (The World Medicines Situation. OMS 2004). Como consecuencia de ello más de 15 millones de personas mueren cada año de enfermedades infecciosas para las que existe tratamiento, pero que no tienen a su alcance.

Por otro lado, también cabe destacar que además de la falta de acceso a los medicamentos ya existentes, quedan muchos medicamentos para desarrollar. Esto es fruto de una escasa inversión de la industria farmacéutica en Investigación y desarrollo (I+D) en enfermedades olvidadas o relacionadas con la pobreza.

Un ejemplo muy claro es el de la tuberculosis, una enfermedad mayoritariamente erradicada en los países desarrollados, pero que aún prevalece en los países empobrecidos. Los medicamentos desarrollados hace más de 40 años han demostrado resistencias, por tanto es evidente que hace falta invertir en I+D para desarrollar nuevos fármacos para combatir esta enfermedad que anualmente mata 1,6 millones de personas.

### Factores que impiden el acceso a los medicamentos

Esta tremenda desigualdad tiene su origen en múltiples factores, muchos de ellos asociados a las fuerzas del mercado, que, por tanto, escapan a prioridades o estrategias puramente sanitarias; otros asociados a la falta de recursos, información, legislación o calidad de los medicamentos.

Figura 10. Factores que impiden el acceso a los medicamentos. OMS



Veamos pues cuáles son estos factores que impiden a las personas acceder a los medicamentos de calidad:

#### 1. Investigación y Desarrollo

Para que un medicamento esté disponible en los centros de dispensación, en primer lugar debe existir. No necesariamente la existencia de una enfermedad despierta el interés de la industria farmacéutica para la investigación y desarrollo (i+D) de medicamentos para su tratamiento. El patrón de la investigación y desarrollo de medicamentos refleja más las oportunidades del mercado que las prioridades de salud. Sólo el 10% del I+D se dirige hacia los problemas que suponen el 90% de la carga mundial de enfermedad, a este patrón se le denomina habitualmente el **desequilibrio 10/90 o Gap 10/90**.

Además las empresas farmacéuticas no invierten suficientemente en i+D y lo poco que invierten es en enfermedades del norte y en productos sin mejoras sustanciales.

Algunos datos que lo demuestran:

- Según datos de la empresa IMS, las ventas de los productos farmacéuticos fue el 2005 de 602 millones de dólares. Algunos expertos creen que el actual sistema de monopolio de la venta de medicamentos incrementó el año 2006 de 400 a 480 millones de dólares.

La Federación Internacional de la Asociación de la Industria Farmacéutica (IFPMA por sus siglas en inglés) declara que los fondos privados destinados a I+D en materia de salud fueron de 51 mil millones de dólares o, lo que es lo mismo, un 9 % del total de ventas (ver figura de los fondos destinados en I+D en materia de salud el año 2001).

**Figura 11. Estimación de los fondos destinados a actividades de R+D en materia de salud el 2001 en el ámbito mundial (en miles de millones de US\$)**

	mils de milions de US\$	%
<b>Total</b>	<b>105,9</b>	<b>100</b>
Total sector públic	46,6	44
Total sector privat	59,3	56
Total sector privat amb ànim de lucre	51,2	48
Total sector privat sense ànim de lucre	8,1	8
<b>Països d'Ingressos alts</b>		
Sector públic	44,1	42
Sector privat amb ànim de lucre	49,9	47
Sector privat sense ànim de lucre	7,7	7
<b>Total països d'Ingressos alts</b>	<b>101,6</b>	<b>96</b>
<b>Països d'Ingressos mitjans-baixos</b>		
Sector públic	2,5	2
Sector privat amb ànim de lucre	1,8	2
<b>Total països d'Ingressos mitjans-baixos</b>	<b>4,3</b>	<b>4</b>

- Un estudio del Centro para la Evaluación y Investigación de Medicamentos (CDER) señala que de 1.284 nuevas aprobaciones de 1990 al 2004, sólo 289 o, lo que es lo mismo, el 22,5%, eran productos prioritarios, es decir, que comportaban una mejora significativa comparado con los productos existentes en el mercado en el tratamiento, diagnóstico o prevención de una enfermedad. De los productos prioritarios, 183 fueron clasificados como nuevas moléculas. Por tanto, una pequeña parte de la I+D realmente aporta alguna innovación terapéutica.

- No son objeto de I+D las enfermedades que la OMS clasifica de tipo II y de tipo III, ni tampoco las de tipo I que no tienen mercado en los países ricos.

Las enfermedades I son las que afectan tanto a los países ricos, como a los países empobrecidos, con una amplia población vulnerable en unos i otros. Entre las enfermedades transmisibles podemos citar el sarampión o la hepatitis B y entre las no transmisibles destacamos la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, entre otras. En los últimos 20 años, se han desarrollado muchas vacunas para enfermedades de Tipo I, pero no se han extendido ampliamente a los países empobrecidos debido a su elevado coste.

Las enfermedades de tipo II también afectan tanto a los países desarrollados como a los países empobrecidos, pero con una elevada proporción de los casos en la población de los últimos. Son, por ejemplo, la tuberculosis o el VIH/SIDA.

Las enfermedades de tipo III son las que afectan predominantemente, o casi exclusivamente, a los países empobrecidos, como la enfermedad de Chagas, la leishmaniasis, la tripanosomiasis y otras enfermedades tropicales. A menudo también se las llama **enfermedades olvidadas** o muy olvidadas. Fuente: **Informe CIPIH 2006**

## 2. Producción

Incluso una vez desarrollado un medicamento puede darse el caso de que no sea producido o que se abandone su producción. Este es el caso de la eflornitina, utilizado contra la enfermedad del sueño o tripanosomiasis africana. Gracias a la presión de organizaciones como MSF se ha conseguido garantizar su producción de nuevo, Aventis ha donado a la OMS la eflornitina para cubrir las necesidades de los próximos 5 años y asignará dinero para la investigación y desarrollo para esta enfermedad. En Bolivia, las personas diagnosticadas de infección por *T. cruzi* (Enfermedad de Chagas) no tienen acceso a nifurtimox porque éste no está disponible.

En el caso del cloramfenicol acuoso, utilizado para el tratamiento de la meningitis sucedió lo mismo: sólo gracias a la presión de cruz Roja y MSF volvió a producirse en 1998, tras haberse abandonado su producción en 1995 (MSF).

## 3. Distribución

Remite a la recepción e inspección, a la adecuación de los medios de transporte y a los lugares de almacén, al control de las existencias y la previsión y observación de la demanda, hasta que el medicamento llega al paciente. En estas operaciones intervienen las empresas de distribución mayorista, las oficinas de farmacia y los servicios farmacéuticos hospitalarios, que interactúan en el contexto de los diferentes sistemas posibles de suministro y métodos de suministro.

Es indispensable que los fármacos preserven sus propiedades, por tanto, se requiere especial cura de la temperatura, humedad y manipulación.

## 4. Selección adecuada

Con el objetivo de facilitar a los países el proceso de selección de los medicamentos para racionalizar los escasos recursos de los que muchos países disponen, desde los años 70 la OMS ha promovido el acceso a los servicios básicos de salud a través de la atención primaria de salud y los medicamentos esenciales. La primera Lista de Medicamentos Esenciales (LME) se publicó en 1977 un año antes de la Declaración de Alma Ata y se considera uno de los logros más influyentes de la OMS en el campo de la salud pública. Se actualiza cada dos años.

Los medicamentos esenciales son aquellos que satisfacen las necesidades prioritarias de salud de una población. Se seleccionan según la prevalencia de la enfermedad, las evidencias de eficacia, seguridad y coste-efectividad. Los medicamentos esenciales deben estar disponibles en todo momento en las cantidades y formas terapéuticas adecuadas y a precios asequibles para todas las personas de la comunidad.

## 5. Precio asequible

Más de 1.300 millones de personas sobreviven con menos de un dólar al día, en economías a veces ni siquiera monetarizadas, así pues no es difícil comprender que no tengan acceso a tratamientos cuando los precios de los medicamentos no tienen en cuenta la capacidad económica de la población.

Los estados deben hacer un mayor esfuerzo por proporcionar los medicamentos de forma gratuita y abandonar los sistemas de copago o recuperación de costes, que emanaba de la Iniciativa de Bamako, y de algunas otras políticas impuestas desde las estructuras financieras internacionales.

Por lo que refiere al comercio internacional, existen las reglas que rigen el comercio de mercancías de un país a otro. Nos referimos concretamente a los acuerdos de la OMC y, concretamente, al Acuerdo sobre los Aspectos de la Propiedad Intelectual relacionados con el comercio (ADPIC), que ha generado una enorme polémica entre la industria farmacéutica, las organizaciones no gubernamentales y los gobiernos de algunos países empobrecidos, como la India, Brasil o Tailandia.

El Acuerdo ADPIC cubre distintos instrumentos de propiedad intelectual, entre los que se encuentran las patentes. Estas confieren a su titular la exclusividad en la fabricación y comercialización de productos protegidos por un período de 20 años desde la solicitud, asegurando un poder total o parcial de monopolio y, por ello, limitando la competencia genérica.

La falta de competencia y de un precio asequible no es sólo un problema de los pacientes que viven en los países en vías de desarrollo. En Europa, por ejemplo, existen medicamentos que se encuentran excluidos del sistema reembolso de los gobiernos por ser demasiado caros.

## 6. Financiamiento sostenible

El gran reto de la salud en todos los países es la búsqueda de la sostenibilidad. Pero, tal como se ha comentado en el apartado anterior, esta sostenibilidad no se tiene que conseguir a costa de abandonar a la población más vulnerable i dejar-la sin acceso a la salud

Existen distintos posibles sistemas de financiamiento que se complementan y encabalgan entre sí: financiamiento público, seguros de enfermedades o seguridad social, pagos por el usuario, financiamiento para donantes.

## 7. Sistema de salud y provisión fiable

Esto implica que los medicamentos tienen que estar disponibles en el lugar adecuado y con la calidad adecuada. Los problemas de disponibilidad suelen tener a ver con aspectos de tipo logístico, de previsión presupuestaria y de malversación de los medicamentos.

## 8. Uso racional

El uso racional del medicamento implica que los pacientes reciban los medicamentos adecuados a sus necesidades clínicas, a dosis precisas, según sus requerimientos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible.

Para ello, es necesario realizar un diagnóstico adecuado, una prescripción correcta (según protocolo terapéutico y coste) y un cumplimiento terapéutico de acuerdo con la prescripción.

Podríamos resumir la falta de acceso a los medicamentos con dos grandes problemáticas

**Los precios elevados de los medicamentos ya existentes en el mercado.** Este hecho se debe al modelo actual de negocio, ya que se concede un monopolio temporal de fabricación i comercialización del medicamento a la industria que lo ha innovado, e manera que esta puede imponer un precio elevado hasta que se agote la patente.

**Falta de medicamentos para enfermedades que afectan a los PVD.** La industria innovadora busca productos rentables, es decir, productos dirigidos a un público que pueda pagarlos a un precio de monopolio. Esto hace que la industria farmacéutica no pare atención en enfermedades que afectan a los sectores de población más pobres donde no existe capacidad de pago. El reciente informe de CIPIH de la OMS fue fundamental en reconocer este problema y plantear posibles nuevos mecanismos que incentiven la I+D para productos que necesita la población.

**La clave de los problemas: la inversión en investigación se encuentra ligada al precio del producto final.**

Muchos expertos creen que la clave de los problemas de acceso se encuentra en el modelo de negocio actual, especialmente los mecanismos pull. Actualmente, existen dos tipos de mecanismos de financiamiento i de incentivo de la investigación médica:

*Mecanismos push:* Son aquellos que pretenden incentivar la innovación pero que no requieran estar ligados a innovaciones en productos concretos. Por ejemplo, fondos provenientes de financiamiento público de gobiernos, universidades o filantropía en investigación básica.

*Mecanismos pull:* Son mecanismos que pretenden incentivar la innovación recompensando el lanzamiento en el mercado de productos concretos. Actualmente los monopolios temporales (patentes) que se atorgan a los innovadores son básicamente el principal mecanismo pull. El principal problema de este mecanismo es que básicamente vincula el precio del producto al coste de la innovación. El coste de la innovación se recupera con precios elevados. Como hemos visto, este modelo de negocio puede tener efectos negativos y se convierte, a menudo, en un obstáculo en el acceso a los medicamentos. Por ello, muchos expertos están actualmente analizando diferentes modelos para reformar el modelo actual. Mecanismos como los Advanced Market Commitment (AMC)-actualmente en período de evaluación por el GAVI- y los premios -actualmente en discusión en diferentes fóruns, como la negociación del IGWG en la OMS- se consideran propuestas de mecanismos pull, que podrían complementar el sistema actual o plantearse como alternativa.

## Soluciones al modelo actual de innovación y acceso: de las iniciativas globales a las más locales

Algunas de las soluciones a los problemas actuales, se encuentran ya a disposición de los países, como el uso de las flexibilidades de los ADPIC. No obstante, algunos expertos argumentan que la estrecha relación evidente entre acceso a los medicamentos e innovación hace que debamos buscar soluciones y alternativas al modelo actual de Investigación y Desarrollo, que favorezcan el acceso a los medicamentos existentes, pero también a los todavía no existentes.

### 1. Flexibilidades del Acuerdo de los ADPIC

El Acuerdo de los ADPIC, además de proteger la propiedad intelectual, establece lo que se ha denominado “flexibilidades”, normas que permiten templar el monopolio concedido a los titulares de las patentes. En este sentido, y sumadas a las excepciones al uso exclusivo de la invención, conviene hablar de licencias obligatorias, importaciones paralelas y las disposiciones Bolar, entre otras.

- **Licencias obligatorias:** Se trata de un mecanismo legal por el cual un gobierno autoriza al mismo gobierno o a un tercero a fabricar, importar o comercializar un medicamento sin la autorización del titular de la patente. A cambio, el titular recibe una remuneración. Ésta es posiblemente el arma más eficaz de los PVD para combatir los efectos negativos de los ADPIC sobre el acceso y el precio de los medicamentos, porque promueve la competencia genérica. El Acuerdo de los ADPIC regula el mecanismo de licencia obligatoria en su artículo 31 en términos muy flexibles. Tradicionalmente el mecanismo había sido utilizado por más países desarrollados que en vías de desarrollo, pero la declaración de Doha de 2001 sobre el Acuerdo de los ADPIC y Salud recordó que todos los miembros de la OMC tienen el derecho a utilizar este mecanismo.

Ejemplos concretos:

- **Malasia**

Malasia otorgó una licencia obligatoria en el año 2003 para importar antiretrovirales de la India. El Ministerio de Salud demostró su voluntad política e hizo valer los derechos del país recogidos en el Acuerdo de los ADPIC para poder usar licencias obligatorias y consiguió reducir el precio de los antiretrovirales de primera línea en un 81% (de 315 a sólo 58 dólares USA).

- **Tailandia**

En los últimos años, el gobierno de Tailandia ha anunciado en repetidas ocasiones el uso de las licencias obligatorias por tal de proteger la salud pública. El 29 de noviembre de 2006, el Ministerio de Salud de Tailandia anunció la primera licencia obligatoria para poder importar de la India y producir localmente efavirenz, un medicamento antiretroviral muy efectivo y seguro para tratar el VIH/SIDA, hasta el año 2011. La compensación económica propuesta fue un 0,5% del precio del medicamento genérico. Durante el año 2007, el Ministerio de Salud anunció licencias obligatorias para otro medicamento antiretroviral (Kaletra), por clopidrogel bisulfato indicado para el tratamiento de enfermedades cardiovasculares y para tres medicamentos contra el cáncer (Docetaxel, Erlotinib y Letrozole).

- **“El caso e Rwanda y Canadá”**

El 17 de julio de 2007, Rwanda fue el primer país a comunicar a l'OMC su voluntad de aplicar la Decisión de 30 de agosto de 2003 del Acuerdo ADPIC, concebida para facilitar a los países con nula o insuficiente capacidad de fabricación, la importación de medicamentos genéricos fabricados bajo las licencias obligatorias de otros países. Para cerrar el círculo, se necesitaba un país productor de genéricos y Canadá notificó el 4 de octubre de 2007 que permitiría a la empresa canadiense APITEX producir el medicamento antiretroviral TriAvir, para exportarlo posteriormente a Rwanda. Será preciso esperar para ver si la criticada Decisión de 30 de agosto tomada por Canadá, llena de requisitos y procesos innecesarios, no frustra la acción.

- **Propuesta de resolución aprobada por el Parlamento de Cataluña sobre el fomento a la investigación farmacéutica en relación a las enfermedades poco frecuentes y al acceso a**

## **los productos farmacéuticos por parte de las poblaciones pobres de países en vías de desarrollo.**

La comisión de cooperación del Parlamento de Cataluña aprobó en julio de 2007 una proposición no de ley que instaba al Gobierno español a dar apoyo a los países en vías de desarrollo para que aplicasen las flexibilidades contenidas en los acuerdos de la Propiedad Intelectual de la Organización Mundial del Comercio (OMC), ratificados en la Declaración de Doha en el año 2001.

El Parlamento apoyó así la campaña iniciada por Intermón Oxfam y Médicos sin Fronteras, ante la demanda de la compañía farmacéutica Novartis contra la Ley India de Patentes. El Congreso de los Diputados y los parlamentos del País Vasco, Navarra, Cantabria, Andalucía y Extremadura también aprobaron otras proposiciones de ley en el mismo sentido. Más de 500.000 personas expresaron abiertamente su preocupación sobre las acciones de la compañía, igual que un numeroso grupo de parlamentarios europeos y españoles.

- **Propuesta para que Cataluña pida al Estado español que siga la iniciativa de Canadá y modifique la Ley de Patentes Española, para producir medicamentos genéricos para hacer frente a las demandas de licencias obligatorias emitidas por un país empobrecido**

La campaña “La Salud en el Milenio: una firma pendiente” de Farmacéuticos Mundi y Medicus Mundi Catalunya presentó a finales de enero de 2008, en una comparecencia ante la Subcomisión de Mundialización del Parlamento de Cataluña, unas propuestas de acción para que el gobierno catalán contribuyera en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Una de estas propuestas es la de modificar la Ley de Patentes española.

El Estado español no ha adoptado ningún mecanismo específico para implementar la Decisión de 30 de agosto de 2003 del Acuerdo ADPIC, que permite exportar el producto obtenido de licencias obligatorias. A pesar de esta carencia, el Estado español está obligado a permitir el funcionamiento de este mecanismo, porque el Reglamento número 816/2006 del Parlamento y el Consejo europeos prevé expresamente el mecanismo para poder realizar estas exportaciones.

Aunque los Reglamentos son obligatorios sin necesidad de legislación interna que los implemente, es difícil que este mecanismo funcione en el Estado español sin la voluntad política de hacerlo. Por ello, aunque legalmente se pueda hacer sin que lo diga la Ley de Patentes, seguramente las empresas titulares conseguirían bloquear judicialmente durante un tiempo la exportación de productos. Por tanto, sería conveniente que la Ley de Patentes fuera enmendada para introducir expresamente la excepción de exportación del producto fruto de licencias obligatorias a países sin capacidad de exportación.

Desde Farmacéuticos Mundi y Medicus Mundi Catalunya existe el compromiso de realizar el seguimiento de esta y otras propuestas presentadas al Parlamento de Cataluña.

- Importaciones paralelas: El acuerdo sobre los ADPIC permite que los gobiernos autoricen la importación de un producto protegido bajo patente desde un segundo país donde se vende a un precio inferior, sin el consentimiento del titular de la patente. Esto permite seleccionar mejor las vías de adquisición de los medicamentos en función de precios comparativos.
- Disposiciones Bolar: Estas disposiciones permiten que los fabricantes de productos genéricos empiecen los procesos necesarios para registrar un producto antes de la expiración de las patentes. Así, cuando las patentes expiran, esta larga fase de preparación ya está avanzada, o incluso acabada, y los fabricantes pueden comercializar los productos con mayor rapidez.

Las flexibilidades no son una alternativa al modelo actual, si no una posible vía de solución del modelo actual que otorga monopolios a los innovadores. La aplicación de estas flexibilidades se ha visto afectada en los últimos años por las presiones que la industria farmacéutica ha ejercido sobre algunos países. Pero los casos de Sudáfrica (primero) y Brasil y Tailandia (más recientemente) ejemplifican los problemas con los que encuentran los países que intentan utilizar estas flexibilidades.

## 2. Sistema de premios de I+D

La propuesta del sistema de premios de I+D defendida por James Love de la organización KEI y otros (por ejemplo, el premio Nobel de economía Joseph Stiglitz) trata de sustituir el monopolio temporal inherente a la patente por una retribución monetaria adecuada y suficiente. Así, se incentiva a los potenciales innovadores (industria privada, centros de investigación públicos, etc.) a orientar sus esfuerzos hacia problemas considerados prioritarios para la sociedad, según criterios de necesidad social y no de demanda del mercado.

Este sistema podría acabar siendo el modelo predominante en el futuro, o bien un complemento del sistema de patentes en aquellos ámbitos donde el sistema de patentes se demuestra ineficaz, como es el caso de las enfermedades olvidadas y huérfanas.

El funcionamiento del premio es el siguiente: diversos centros de investigación o empresas privadas se presentan para optar al premio, demostrando que su invención aporta alguna novedad terapéutica respecto al ya existente. Una vez evaluada la eficacia por el comité evaluador, se reparte el premio entre todos los centros, proporcionalmente a la mejora terapéutica del producto. Cuanto más eficaz, mayor contribución económica.

La principal ventaja de este sistema es que se separa el coste de la innovación del precio del medicamento y se permite la competencia genérica desde que un medicamento sale al mercado. Esto acaba repercutiendo positivamente en el consumidor, ya que no tiene que pagar precios desmesurados para acceder a un tratamiento.

En el marco de la campaña de sensibilización “La Salud en el Milenio: una firma pendiente”, Farmacéuticos Mundi y Medicus Mundi Catalunya presentaron en el Parlamento de Cataluña una propuesta para que el gobierno catalán promueva un fondo catalán para premios de I+D para el tratamiento de una enfermedad olvidada, abierto tanto a centros de investigación públicos como a la industria privada. Convendrá realizar un seguimiento de la propuesta para ver como se puede incluir en las políticas de investigación de Cataluña de los próximos años.

## 3. Tratado de I+D

La Asamblea Mundial de la Salud creó en 2003 la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud pública (CIPIH son sus iniciales en inglés) con el objetivo de analizar como los derechos de la Propiedad Intelectual pueden contribuir a la innovación y como esta a su vez contribuye a garantizar la salud pública.

En este mismo contexto, en el año 2005, 162 expertos, ONGD y gobiernos, entre otros, solicitaron a la OMS que evaluase la propuesta Tratado de I+D médico. El objetivo de este tratado es crear una alternativa al modelo actual de monopolio de I+D, que contaría con financiación pública y privada, en la que los países aportarían un fondo en función, por ejemplo, de su PIB y dedicando un mínimo a problemas definidos como prioritarios.

La ventaja de esta propuesta es que se garantizarían unos fondos para las enfermedades olvidadas y problemas que no presentan una demanda de mercado, y que los gobiernos tendrían flexibilidad en como contribuir a este fondo global para la I+D, o bien comprando medicamentos patentados, o bien haciendo investigación pública o estableciendo sistemas de premios, entre otros.

En este sentido, a finales del 2005, Kenia y Brasil presentaron una proposición a la OMS para establecer un grupo de trabajo para evaluar las prioridades globales de salud. Meses más tarde, más de 280 personas expertas dieron su apoyo a la propuesta.

Esta propuesta de crear un grupo de trabajo fue discutida y aprobada en el marco de la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2006. Así es como se creó el Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual (IGWG). Este grupo tiene como objetivo elaborar una Estrategia Mundial y Plan de Acción que en mayo de 2008 presentará a la Asamblea Mundial de la Salud.

Después de dos sesiones de trabajo del IGWG, se ha llegado al acuerdo de promover nuevos debates sobre un tratado en investigación y desarrollo en materia de salud y biomedicina. El objetivo es ayudar a

establecer necesidades y prioridades en materia de investigación y desarrollo, identificar mecanismos de financiación sostenible y mejorar la coordinación internacional, para proporcionar una base más sólida y sostenible a las actividades de investigación y desarrollo.

#### **4. Alianzas público-privadas**

Las alianzas público-privadas son un mecanismo de promoción de la investigación y el desarrollo en enfermedades olvidadas. La mayoría de estos organismos reciben ayudas tanto del sector público (gobiernos o agencias de las Naciones Unidas), como de organizaciones de la sociedad civil, pero sobre todo de fundaciones privadas, como Gates Foundation.

Un ejemplo es el Global Alliance for Vaccines and Immunisation (GAVI). El GAVI actualmente está considerando la utilización de un mecanismo innovador de financiamiento, los Advanced Market Commitment (AMC). La idea es que se garantice un volumen de compra a precios preacordados durante un periodo de tiempo y que así se estimule la creación de un mercado que incentive a las empresas privadas a innovar en tratamientos para los cuales no existiría inicialmente interés.

Los AMC y las alianzas público-privadas son mecanismos que actualmente se encuentran en periodo de evaluación. Algunos expertos plantean dudas sobre el interés de los promotores de estas iniciativas en la promoción de competencia genérica y transferencia de tecnología en países en vías de desarrollo.

#### **5. Producción de medicamentos y fomento del uso racional en los campamentos saharauís**

Medicus Mundi Catalunya con el apoyo de la República Árabe Saharaui Democrática (RASD), trabaja desde 1992 en los campamentos saharauís de Tindouf (Argelia). Por una parte, para formar al personal sanitario en el acondicionamiento y la elaboración de medicamentos, así como en la gestión de un laboratorio de producción de medicamentos esenciales, con el objetivo de paliar las carencias de fármacos y la dependencia de las donaciones externas. Y por otra parte, para mejorar el uso racional de los medicamentos. No sólo es necesario tener acceso a los medicamentos, sino que los y las pacientes también deben saber cómo tomarlos y cómo seguir de manera efectiva el tratamiento prescrito. Es por ello que se les ofrece información sobre cómo tomar correctamente la medicación.

#### **6. Ventas Sociales de Medicamentos en Nicaragua**

Debido a los insuficientes recursos destinados a la adquisición de medicamentos por parte del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa), muchos hogares nicaragüenses deben destinar una parte importante de su presupuesto familiar para tener acceso a ellos.

Para resolver esta necesidad, contrapartes locales y ONGD desarrollaron una estrategia auto sostenible de adquisición de medicamentos, que denominan Ventas Sociales de los Medicamentos (VSM). Actualmente, en Nicaragua hay tres redes de adquisición de medicamentos esenciales de bajo coste y calidad: Prosalud, Acción Médica Cristiana (AMC) e Instituto Juan XXIII.

Dentro de cada red, además de las VSM, existen los Botiquines Ampliados y los Botiquines Comunitarios, que se diferencian de las VSM por el hecho de gestionar un número inferior de medicamentos y que dependen directamente de alguna VSM. Esta diversificación de establecimientos ha permitido aumentar la cobertura de la población, que actualmente se estima que es de un 1.200.000 personas, todas situadas en zonas rurales o zonas urbanas precarias.

Se ha observado que este modelo es auto sostenible, ya que las VSM, por una parte, funcionan en red, y entre ellas puede existir el llamado subsidio cruzado, al cual solo se accede si la farmacia no tiene los beneficios suficientes como para comprar más medicamentos, y de otra parte, porqué al inicio del proyecto se da a cada VSM un "fondo semilla" de medicamentos, que permitirá la dispensación de medicamentos de bajo coste a la población beneficiaria. Con los beneficios obtenidos se crea un fondo rotatorio, de manera que no se descapitaliza la farmacia y se pueden seguir comprando en el futuro medicamentos del distribuidor.

Los medicamentos que hay en las Ventas Sociales de los Medicamentos, así como en los botiquines, son medicamentos genéricos y están en la lista nicaragüense de medicamentos esenciales.

## Y TÚ, ¿QUÉ PUEDES HACER?

### Y tu, ¿qué puedes hacer?

- Adhiérete a la campaña “Salud para el desarrollo” a través del formulario de apoyo. Con tu apoyo, podremos hacer más fuerza por mejorar las políticas de cooperación catalanas e instar que el resto de políticas (económicas, comerciales, de investigación,...) sean coherentes con las de cooperación.
- Participa de las actividades organizadas en el marco de la campaña (charlas, mesas redondas y la muestra de películas entre otros)
- Difunde el mensaje de la campaña.
- Cuelga el baner de la campaña, si tienes una página web

### Formulario de apoyo a la campaña “Salud para el desarrollo”

A finales de la campaña presentaremos estas firmas, junto con las propuestas y recomendaciones que queremos solicitar, a los organismos públicos responsables de la cooperación.

- Si crees que la salud es un derecho universal que se debería garantizar.
- Si crees que la consecución de los derechos humanos es una cuestión de responsabilidad global: tanto de cada estado como de la resta de los estados a través de las relaciones establecidas en política y economía internacional.
- Si crees que la salud es un medio, entre otros, para conseguir el desarrollo humano y en último término, la erradicación de la pobreza.
- Si crees que la falta de acceso a los medicamentos, que más de la tercera parte de la población mundial sufre, es un problema donde intervienen factores sobre los cuales podemos incidir.
- Si crees que son necesarios procesos de cambio hacia unas relaciones más equitativas entre hombres y mujeres, y que hace falta actuar sobre las causas que impiden que las mujeres tengan acceso a la salud.
- Si crees que mediante intervenciones conocidas, sencillas, accesibles y eficaces, como el uso de sales de rehidratación oral para tratar la diarrea o la vacunación del sarampión, se podrían evitar muchas muertes.
- Si crees que el cambio sí que es posible, como las iniciativas y soluciones que proponemos i damos a conocer en el marco de la campaña.
- Si crees que podemos contribuir a mejorar esta situación incrementando, tanto cuantitativa como cualitativamente, la cooperación sanitaria que se realiza desde Cataluña.
- Si crees que hace falta exigir que otras políticas catalanas (económicas, comerciales y de investigación, entre otros) sean coherentes con las de cooperación.

**¡Entra en la web de la campanya y firma!**

## GLOSARIO

<b>ACCD</b>	Agencia Catalana de Cooperación para el Desarrollo
<b>ADPIC o TRIPS en inglés</b>	Aspectos de los Derechos de la Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio
<b>AECI</b>	Agencia Española de Cooperación Internacional
<b>AMC</b>	Advanced Market Commitment
<b>AMC</b>	Acción Médica Cristiana
<b>AOD</b>	Ayuda Oficial al Desarrollo
<b>AVAD</b>	Años de Vida perdidos Ajustados por Discapacidad
<b>CAD</b>	Comité de Ayuda al Desarrollo
<b>CIPIH</b>	Comisión de Derechos de la Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública
<b>CSM</b>	Comisión de Macroeconomía y Salud
<b>DH</b>	Derecho Humano
<b>DOTS</b>	Estrategia de tratamiento directamente observado
<b>GAVI</b>	Global Alliance for Vaccines and Immunisation
<b>I+D</b>	Investigación y Desarrollo
<b>IDH</b>	Índice de Desarrollo Humano
<b>IEG</b>	Índice de Equidad de Género
<b>IFFI</b>	International Finance Facility for Immunisation
<b>IFPMA</b>	Federación Internacional de la Asociación de la Industria Farmacéutica
<b>IGWG</b>	Grupo de Trabajo intergubernamental sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual
<b>KEI</b>	Knowledge Ecology International
<b>LME</b>	Lista de Medicamentos Esenciales
<b>MINSA</b>	Ministerio de Salud de Nicaragua
<b>MSF</b>	Médicos Sin Fronteras
<b>OCDE</b>	Organización para la Cooperación y el Desarrollo
<b>ODM</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio
<b>OMC</b>	Organización Mundial del Comercio
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONGD</b>	Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo
<b>OSC</b>	Organizaciones de la Sociedad Civil
<b>PIB</b>	Producto Interior Bruto
<b>PIDCP</b>	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
<b>PIDESC</b>	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
<b>PMA</b>	Países Menos Adelantados
<b>PNE</b>	Países No Especificados
<b>PNUD</b>	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
<b>PRB</b>	Países de Renta Baja
<b>PRMA</b>	Países de Renta Media Alta
<b>PRMB</b>	Países de Renta Media Baja
<b>PVD</b>	Países en Vías de Desarrollo
<b>RASD</b>	República Árabe Saharaui Democrática
<b>SIDA</b>	Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida
<b>TLC</b>	Tratado de Libre Comercio
<b>VIH</b>	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
<b>VSM</b>	Venta Social de Medicamentos

## CONTACTO

### **Campaña “Salud para el desarrollo”**

Tel: +34 679 46 48 12

e-mail: [info@saludxdesarrollo.org](mailto:info@saludxdesarrollo.org)

Web: [www.saludxdesarrollo.org](http://www.saludxdesarrollo.org)

### **Farmacéuticos Mundi. Sede Catalunya**

c/ Girona, 64-66

08009 Barcelona

Tel: +34 93 244 44 55

Fax: +34 93 244 44 56

e-mail: [catalunya@farmamundi.org](mailto:catalunya@farmamundi.org)

Web: [www.farmamundi.org](http://www.farmamundi.org)

### **Medicus Mundi Catalunya**

c/ Elisa, 14, bajos

08023 Barcelona

Tel: +34 93 418 47 62

Fax: +34 93 418 48 66

e-mail: [catalunya@medicusmundi.es](mailto:catalunya@medicusmundi.es)

Web: [www.medicusmundi.es/catalunya](http://www.medicusmundi.es/catalunya)



[www.salutxdesenvolupament.org](http://www.salutxdesenvolupament.org)