

# ACCÉS ALS MEDICAMENTS

## DOSSIER DE CONTINGUTS

no disponibilitat medicaments essencials, monopoli,  
medicaments insuficients, prioritats del mercat,  
falta de qualitat,  
preus elevats,

medicaments  
insuficients,  
patents,

propietat intel·lectual,  
inaccessibilitat,  
medicaments rendibles,

interés indústria farmacèutica,  
us irracional,

manca de R+D  
(recerca i desenvolupament),

tractats lliure comerç,

falta de  
qualitat,

monopoli,



SAP 10/90  
inaccessibilitat

prioritats  
del mercat,

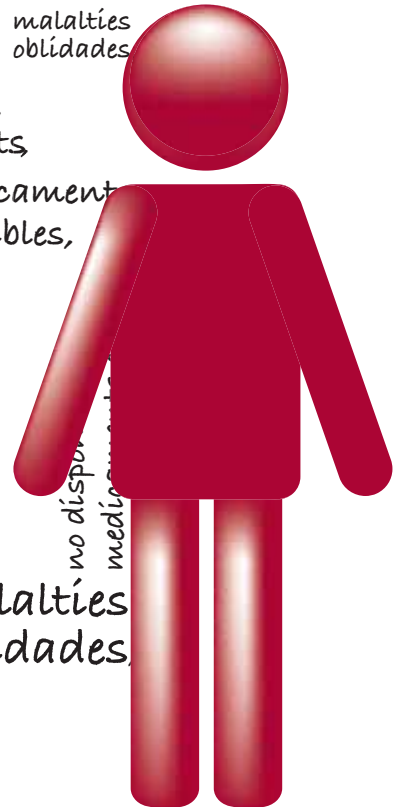
malalties  
oblidades

preus  
elevats

medicament  
rendibles,

propietat  
intel·lectual,

malalties  
oblidades



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



Campanya organitzada per:

**medicusmundi**  
catalunya



Amb el suport de:

**ACD** Agència Catalana  
de Cooperació  
al Desenvolupament

# Índex

Pàgina

---

## **Presentació**

- El perquè de la campanya **6**

---

## **La Salut com a dret humà**

- Els drets humans **7**
- Evolució dels drets humans **7**
- Criteris per avaluar el dret a la salut **8**

---

## **El dilema dels països amb renda baixa**

- Principi de realització progressiva **9**
- Obligacions bàsiques en el dret a la salut **11**
- Responsabilitat global **11**

---

## **Salut, pobresa i desenvolupament** **13**

### **Salut i Ajuda Oficial al Desenvolupament**

- Cooperació internacional. Quantitat i qualitat **15**
- Cooperació catalana **19**

---

## **Els reptes per a la salut als PVD** **21**

### **L'accés als medicaments**

- Situació actual **22**
- Factors que impedeixen l'accés als medicaments **22**
- Solucions al model actual d'innovació i accés **25**

---

## **I tu, què hi pots fer?**

- I tu, què hi pots fer? **29**
- Formulari de suport a la campanya **29**

---

## **Glossari** **30**

---

## **Contacte** **31**

---



## PRESENTACIÓ

Farmacèutics Mundi i Medicus Mundi Catalunya, amb el suport de l'Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament, estem duent a terme la campanya de sensibilització “Salut per al desenvolupament”, que vol donar a conèixer la vinculació entre dret humà i salut, i entre salut i desenvolupament, per tal de contribuir, a mig termini, a millorar la cooperació sanitària que es realitza des de Catalunya.

Analitzarem la situació de desigualtat en la salut, així com els avenços o retrocessos esdevinguts en els darrers anys i farem propostes de millora basant-nos en tres temàtiques concretes:

### Any 2008.

Accés als medicaments

### Any 2009.

Condicionants de gènere en l'accés a la salut

### Any 2010.

Morts evitables

Aquests temes s'interrelacionen i es complementen. Així, per exemple, moltes morts evitables es deuen a la manca d'accés a medicaments i la falta d'accés a l'educació limita les capacitats de les nenes, incrementant la seva vulnerabilitat en el futur.

Aquesta campanya va adreçada a la població catalana en general, tot i que certes activitats es dirigeixen específicament al públic universitari, sanitari i de la cooperació.

## EL PERQUÈ DE LA CAMPANYA

Farmacèutics Mundi i Medicus Mundi Catalunya treballarem conjuntament, des de fa anys, en el camp de l'educació per al desenvolupament amb campanyes de sensibilització, on la salut als països en vies de desenvolupament (PVD) és l'eix principal. Concretament, la darrera campanya, “La Salut en el Mil·lenni: una signatura pendent”, ha servit de reflexió a ambdues organitzacions sobre l'objectiu final que han de perseguir les polítiques de cooperació, així com les polítiques sanitàries des dels PVD i cap als PVD.

Entenem que aquestes polítiques no s'han de limitar al compliment d'unes fites més o menys realistes sinó que,

per sobre d'elles, hi ha una realitat latent: **la salut és un dret i, per tant, els Estats estan obligats, en funció de les seves possibilitats, a proporcionar-lo als seus ciutadans i ciutadanes des d'ara i, sens dubte, més enllà del 2015.**

Les dues ONGD proposem la campanya “Salut per al desenvolupament” amb la intenció de posar de manifest la situació sanitària actual als PVD, emmarcant la salut en el context dels drets humans i com a element indispensable per al desenvolupament dels pobles.

Som conscients que, en ocasions, els missatges sobre la salut als PVD que des de les ONGD hem donat a l'opinió pública, han estat excessivament negatius. Tant que, amb prou feines, deixaven lloc a l'esperança de poder transformar la realitat dels PVD. Per això, en aquesta campanya ens proposem recollir algunes iniciatives en favor de la salut als PVD que hagin resultat exitoses per demostrar que el canvi sí que és possible quan es prenen les mesures adequades. Això no ens impedirà mostrar la contundent realitat d'aquests països però, almenys, ens permetrà poder afrontar-la amb una altra perspectiva una mica més esperançadora i constructiva.

**Per a Medicus Mundi Catalunya i Farmacèutics Mundi, el dret a la salut, a més de ser un dels drets fonamentals de la persona, és un mitjà per aconseguir l'eradicació de la pobresa i el desenvolupament humà.**

Reconeixem que Catalunya i la cooperació catalana han estat pioneres en el seu àmbit d'actuació territorial en la posada en marxa de mecanismes de treball en matèria de salut i PVD. Prova d'això són el suport a institucions internacionals (Global Fund), l'enfortiment dels sistemes públics sanitaris de forma directa (Moçambic), la creació d'un sistema de resposta ràpida davant de les crisis humanitàries (Comitè d'Emergència) o el suport a la investigació en malalties prevalents dels països empobrits (Centre de Recerca de Salut Internacional de Barcelona - CRESIB).

No obstant això, considerem que, d'una banda, encara existeix un gran desconeixement de bona part de la població catalana sobre les vinculacions existents entre drets humans i salut i entre aquesta i el desenvolupament, i de l'altra, que encara existeixen nombrosos aspectes de la cooperació sanitària que es realitza des de Catalunya que poden ser millorats, tant quantitativament com qualitativa.

# LA SALUT COM A DRET HUMÀ

## ELS DRETS HUMANS

“Tota persona té dret a un nivell de vida adequat que li assegurï, així com a la seva família, la salut i el benestar, i en especial, l’alimentació, el vestit, l’habitatge, l’assistència mèdica i els serveis socials necessaris” *Paràgraf 1. Article 25 de la Declaració Universal dels Drets Humans.*

Tots els drets humans són universals, indivisibles i interdependents i estan relacionats entre si. Sens dubte, la vida és el bé més preuat de tot ésser humà, i per això no sorprèn que el dret a existir sigui el primer i més bàsic de tots els drets humans reconeguts. També es reconeix el dret a un estàndard de vida adequat i en relació a aquests dos drets, el dret a la vida i el dret a un estàndard de vida adequat, la Comunitat Internacional ha distingit la salut com un bé jurídic autònom, és a dir, que mereix una protecció independent de la que possibilita la protecció indirecta a través d’altres drets.

## EVOLUCIÓ DELS DRETS HUMANS

Una multitud d’acords, convenis i declaracions internacionals i regionals han reconegut la salut com a dret humà. Avui en dia no hi ha ni un sol Estat que no hagi signat almenys un tractat que reconegui aquest dret.

Pel que fa a la salut, fins a l’aparició de l’**Organització Mundial de la Salut (OMS)** el 1946, la salut no va passar de ser un concepte negatiu, limitat i purament patològic: “l’absència de malaltia”, a un concepte positiu, il·limitat i alhora multidimensional: “un estat de complet benestar físic, psíquic i social”.

Dos anys després, el 1948, l’Assemblea General de Nacions Unides va adoptar la **Declaració Universal dels Drets Humans** com a marc de referència per a l’establiment de les polítiques de tots els Estats de la terra, independentment del seu estatus econòmic, cultural, polític, geogràfic o de qualsevol altra índole.

**Figura 1.**  
Tractats internacionals vinculats a la salut i els drets humans

Any	Acord, Tractat, Conveni o Declaració
1946	Constitució de l’OMS
1948	Declaració Universal dels Drets Humans
1961	Carta Social Europea, revisada el 1996
1963	Convenció Internacional sobre l’eliminació de totes les formes de Discriminació Racial
1966	Pacte Internacional pels Drets Econòmics, Socials i Culturals. PIDESC
1978	Declaració d’Alma – Ata
1979	Convenció sobre l’eliminació de totes les formes de discriminació contra la dona
1981	Carta Africana de DH i dels Pobles
1986	Declaració sobre el Dret al Desenvolupament
1988	Protocol Addicional a la Convenció Americana sobre els Drets Humans en matèria de drets Econòmics, Socials i Culturals
1989	Convenció sobre els drets dels infants
1992	Declaració sobre els drets de les persones pertanyents a minories nacionals o ètniques, religioses i lingüístiques
1995	Declaració de Copenhagen sobre Desenvolupament Social
1993	Conferència Mundial de Drets Humans de Viena
1994	Carta Àrab de Drets Humans
1998	Declaració Mundial de la Salut
2000	Declaració del Mil·lenni
2001	Declaració de Doha



No obstant això, quan els Estats van estar llestos per donar a la Declaració un caràcter vinculant, la guerra freda ja havia relegat els drets humans a un segon pla i els havia separat en dues categories: drets civils i polítics, d'una banda, i drets socials i econòmics, de l'altra. Segons la visió de cadascun dels blocs enfrontats, uns drets adquirien major prioritats davant els altres i, per això finalment el 1966, es crearen dos tractats diferents: el **Pacte Internacional de Drets Econòmics, Socials i Culturals (PIDESC)** i el **Pacte Internacional de Drets Civils i Polítics (PIDCP)**. Ambdós tractats són vinculants per als Estats que els ratifiquen.

El PIDESC conté l'article més complet sobre el dret a la salut de tota la legislació internacional relativa als drets humans. Al paràgraf 1 del seu article 12, els Estats "reconeixen el dret de tota persona al nivell més alt possible de salut física i mental", mentre que al paràgraf 2 d'aquest mateix article s'enumeren algunes mesures (*La reducció de la mortalitat infantil i el desenvolupament dels infants; la millora en tots els seus aspectes de la higiene del treball i del medi ambient; la prevenció i el tractament de les malalties epidèmiques,*

*endèmiques, professionals i d'altra índole, i la lluita contra elles; la creació de condicions que assegurin a tothom assistència mèdica i serveis mèdics en cas de malaltia*) per assolir l'efectivitat d'aquest dret.

El Comitè encarregat de vetllar pel compliment del PIDESC, reunit el maig de 2000, va adoptar l'Observació General 14, que posa de manifest l'estreta relació existent entre el dret a la salut i altres drets fonamentals, així com els principals drets dels individus i les obligacions dels Estats que ho ratifiquen.

### CRITERIS PER AVALUAR EL DRET A LA SALUT

La *disponibilitat, l'accessibilitat, l'acceptabilitat* i la *qualitat* són elements interrelacionats i essencials del dret a la salut, i seran els criteris útils per avaluar el respecte del dret a la salut en un context determinat segons el Comitè de Drets Econòmics, Socials i Culturals.

Disponibilitat	Accessibilitat	Acceptabilitat	Qualitat
<p>L'Estat haurà de disposar d'un nombre suficient d'establiments, béns i serveis públics de salut i centres d'atenció de la salut, així com de programes.</p> <p>També s'inclou el personal mèdic, capacitat i ben remunerat, així com els medicaments definits al llistat de medicaments essencials del país.</p>	<p>Els establiments, béns i serveis de salut han de ser accessibles a tots els grups de població, en especial als grups vulnerables o marginats, com les minories ètniques i poblacions indígenes, les dones, els nens i nenes, les persones grans, les persones discapacitades i les persones amb VIH/SIDA.</p> <p>A més, l'accessibilitat presenta quatre dimensions superposades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No discriminació</li> <li>- Accessibilitat física</li> <li>- Accessibilitat econòmica (assequibilitat)</li> <li>- Accés a la informació</li> </ul>	<p>Tots els establiments, béns i serveis de salut han de ser respectuosos amb l'ètica mèdica, culturalment apropiats i sensibles als requisits de gènere, a més d'estar concebuts per respectar la confidencialitat i millorar l'estat de salut de les persones que es tractin.</p>	<p>Els establiments, béns i serveis de salut hauran de ser apropiats des del punt de vista científic i mèdic i ser de bona qualitat. Això requereix de personal mèdic capacitat, medicaments i equip hospitalari científicament aprovats i en bon estat, aigua neta potable i condicions sanitàries adequades.</p>

## OBLIGACIONS DELS ESTATS

Pel que fa a les obligacions nacionals dels estats, el Comitè estableix 5 obligacions: 2 obligacions generals i 3 obligacions específiques.

**Obligacions generals:** fan referència a garantir que el dret a la salut serà gaudit sense discriminacions i a prendre mesures que contribueixin al que s'anomena realització progressiva del dret a la salut (veure seüent apartat).

**Obligacions específiques:** *respectar, protegir i complir el dret a la salut.* Obliguen a que els Estats no violin el dret a la salut, que evitin que tercers interfereixin en la garantia d'aquest dret i que adoptin les polítiques i lleis necessàries per l'exercici del dret a la salut.

Per tal d'integrar els drets humans en les qüestions de salut, cal:

- Utilitzar els drets humans com a marc per al desenvolupament sanitari.
- Avaluar les conseqüències que té qualsevol política, programa o legislació sanitària per als drets humans i adoptar mesures en conseqüència.
- Tenir en compte els drets humans en la concepció, l'aplicació, la supervisió i l'avaluació de tots els tipus de polítiques i programes (polítics, econòmics i socials, entre d'altres) que tinguin relació amb la salut.

Aquestes tres tasques sintetitzen el que entenem per enfocament de la salut basat en els drets humans. Fins l'octubre de 2005, 151 països havien ratificat el PIDESC, acceptant l'obligació de complir amb els drets econòmics, socials i culturals dels seus pobles i, entre ells, amb el dret a la salut.

Si els criteris de disponibilitat, accessibilitat, acceptabilitat i qualitat són, sovint, violats o passats per alt en els Estats mitjanament capacitats, què es pot exigir a aquells Estats econòmicament febles que han signat el pacte?

# EL DILEMA DE LA SALUT EN ELS PAÏSOS DE RENDA BAIXA

## PRINCIPI DE REALITZACIÓ PROGRESSIVA

El dret a la salut està regit pel **principi de realització progressiva** en la legislació internacional. Aquest principi imposa l'obligació d'obrar de la manera més diligent i eficaç possible per assolir l'objectiu d'accés a la salut per a tothom. Per tant, s'aplica tant per als països amb renda baixa com per a aquells amb gran capacitat econòmica, en la mesura que es reconeixen les limitacions relacionades amb els recursos disponibles, però exigint que tots els països tractin de fer progressos de forma contínua amb l'objectiu de tenir l'efectivitat total dels drets.

La realització progressiva del dret a la salut no priva de contingut ni resta importància a les obligacions dels Estats. Al contrari, la realització progressiva significa que els Estats tenen l'obligació d'avançar clarament i eficaçment cap a la plena realització del dret. Per tant, l'avaluació als Estats s'haurà de fer en funció dels avenços o retrocessos en matèria de drets sanitaris, més que com una fotografia sobre un moment i lloc puntuals, i sobre els esforços del govern per garantir el dret a la salut en funció de la capacitat existent.

La falta de capacitat en si mateixa no és una justificació perquè les polítiques de salut siguin dolentes o inexistents. Els governs poden prendre moltes mesures que no requereixen d'amplis recursos. D'altra banda, la falta de recursos de vegades és resultat de la falta de prioritat, quan els governs gasten grans quantitats en assumptes diferents de la salut, com despeses militars, i ni tan sols percentualment s'assoleix un mínim adequat.

A la Declaració d'Abuja de l'any 2000, 47 Estats africans es van comprometre a destinar el 15% de la despesa pública en salut amb l'objectiu de millorar la salut dels seus ciutadans i ciutadanes. Resulta evident que els governs estan incomplint aquesta promesa. En aquest sentit, es pot afirmar que els governs poden fer més del que estan fent per garantir el dret a la salut.

**Figura 2.**

**Prioritats de despesa pública a països amb baix i alt Índex de Desenvolupament Humà.  
Informe sobre Desenvolupament Humà 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)	
		1991	2002-05 <sup>c</sup>	1990	2005	1990	2005
<b>DESENVOLUPAMENT HUMÀ ALT</b>	<b>2003-04</b>	<b>1991</b>	<b>2002-05<sup>c</sup></b>	<b>1990</b>	<b>2005</b>	<b>1990</b>	<b>2005</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>d,e</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 <sup>e</sup>	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>d,e</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 <sup>e</sup>	7,1	4,6
165 Zàmbia	3,4	2,8	2,0	3,7	2,3 <sup>e</sup>	6,1	3,3
166 Costa d'Ivori	0,9	..	4,6 <sup>d,e</sup>	1,3	1,5 <sup>e</sup>	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 <sup>e</sup>	4,0	1,1
175 Guinea-Bissau	1,3	..	5,2 <sup>e</sup>	..	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.

## OBLIGACIONS BÀSIQUES EN EL DRET A LA SALUT

Per això, si bé els tractats internacionals reconeixen que l'obligació dels Estats és de caràcter progressiu, també estableixen que hi ha obligacions bàsiques de caràcter immediat. Entre aquestes **obligacions bàsiques**, hi figuren, com a mínim, les següents:

- Garantir el dret d'accés als serveis de salut sobre una base no discriminatòria i equitativa en la seva distribució.
- Facilitar medicaments essencials.
- Assegurar l'accés a una alimentació equilibrada i nutritiva.
- Garantir l'accés a un habitatge, unes condicions sanitàries bàsiques i un subministrament adequat d'aigua neta potable.
- Adoptar una estratègia sanitària nacional, periòdicament revisable, participativa i transparent, que permeti avaluar els progressos realitzats.

L'any 2005, a la resolució WHA58.34, l'OMS va instar als governs a considerar també urgentment la recomanació que el 1990 havia fet la Comissió de R+D en salut i que deia que els governs haurien de dedicar el 2% dels seus pressupostos al que s'anomena recerca nacional i essencial de salut, i que els donants haurien de dedicar el 5% de l'ajuda per a la salut a recerca i a l'enfortiment de la capacitat de recerca.

A més, es fa èmfasi en la recuperació de l'esperit d'Alma Ata, referent a la importància de l'Atenció Primària de Salut com a eix i referència per a l'establiment de polítiques sanitàries adequades al context, racionals, acceptades, participatives i eficaces. I per això, s'estableixen com a **eixos prioritaris dels sistemes de salut**:

- Vetllar per l'atenció de la salut sexual i reproductiva i la salut infantil.
- Proporcionar immunització contra les principals malalties infeccioses.
- Adoptar mesures per prevenir, tractar i combatre les malalties prevalents.
- Ampliar els coneixements sanitaris de la comunitat a través de l'educació i la informació relativa als principals problemes de salut de la comunitat.

- Proporcionar capacitació adequada al personal del sector de la salut, inclosa l'educació en matèria de salut i drets humans.

*"Dret a la salut no significa dret a gaudir de bona salut, ni tampoc que els governs dels països pobres hagin d'establir serveis de salut costosos per a qui no disposa de recursos. Significa que els governs i les autoritats públiques han d'establir polítiques i plans d'acció destinats a que totes les persones tinguin accés a l'atenció de salut en el termini més breu possible"*

Mary Robinson. Alta Comissionada de les Nacions Unides per als Drets Humans

## RESPONSABILITAT GLOBAL

No hi ha dubtes sobre la responsabilitat individual dels Estats en la recerca contínua de la consecució dels drets humans. Però al món globalitzat en què vivim, el procés de la mundialització pot afectar la promoció i la protecció dels drets humans per sobre de fronteres nacionals o geogràfiques.

En aquestes circumstàncies, podria semblar que els propis Estats perden la seva capacitat per garantir els drets fonamentals dels seus ciutadans, privant-los així de la seva responsabilitat com a governs i, per tant, eximint-los del seu compliment en virtut dels contextos supranacionals.

Entre aquestes tendències en l'àmbit econòmic i polític, es pot destacar la creixent dependència entre els mercats, la creixent influència de les institucions financeres internacionals en la definició de polítiques nacionals, els retalls de la despesa pública per a matèries com la salut i l'educació o la privatització de serveis bàsics com l'aigua o la sanitat.

Aquests canvis limiten la capacitat de l'Estat per protegir els grups vulnerables dels efectes negatius de la globalització, ja que aquest fenomen no es caracteritza precisament per tenir com a marc de referència el respecte als drets humans.

Per això, a nombrosos països han adquirit gran rellevància els grups de pressió que, treballant sols o en xarxa, vigilen el compliment de les obligacions contraetes pels governs, assessoren en matèria de signa-



tura de tractats comercials i polítiques econòmiques i actuen davant les polítiques negatives que s'exigeixen des d'institucions internacionals sense avaluar el dany que tenen sobre els grups més vulnerables. **La societat civil organitzada actua en aquestes ocasions com a garant del dret a la salut davant les institucions nacionals i internacionals.**

Per la seva part, **els Estats** han d'adoptar mesures perquè els acords internacionals no afectin adversament al dret a la salut i les **institucions financeres internacionals** (Fons Monetari Internacional, Banc Mundial i bancs regionals de desenvolupament) han de prestar major atenció a la protecció del dret a la salut en les decisions que prenen sobre polítiques de reducció de la pobresa, acords crediticis i altres mesures.

És en aquesta escala internacional on s'ha de produir la cooperació entre Estats, que en l'actualitat ja apareix recollida per nombrosos instruments internacionals. La responsabilitat en aquest àmbit és conjunta i els governs tenen l'obligació de donar-se suport mútuament en la implementació del dret a la salut, ja que finalment els acords internacionals es signen entre governs i les institucions internacionals es conformen també a partir de governs.

No obstant això, cal destacar que la representativitat en les institucions internacionals sovint resulta bastant esbiaixada. A tall d'exemple, n'hi ha prou amb citar que al Banc Mundial i el Fons Monetari Internacional el poder de decisió està basat en les contribucions financeres, la qual cosa provoca una representació desigual: mentre els Estats Units tenen el 17% dels vots, 47 països de l'Àfrica Subsahariana amb prou feines arriben al 7%.

Si no hi ha col·laboració en aquest nivell, encara resulta més difícil per a alguns estats assumir les seves obligacions, complicant així la materialització del dret a la salut i diluint a més les responsabilitats sobre la seva consecució.

Per tant, en darrer terme **hi ha responsabilitats de cada Estat en la consecució del dret a la salut i responsabilitats de la resta d'Estats a través de les relacions que s'estableixen en política i economia internacional.** Els Estats no poden deslligar aquest nivell de relació de l'anomenada "cooperació internacional", que en el fons no és sinó un concepte habitualment restringit de l'autèntica cooperació per al desenvolupament. És més, és aquest nivell de cooperació el que habitualment fracassa, fent inútils –o si més no tan sols paliatius– els esforços implementats a l'altra línia de "cooperació internacional".

D'altra banda, l'Organització Mundial de la Salut té davant seu el repte de protegir el dret a la salut davant d'aquelles institucions internacionals que decideixen sobre l'economia i el comerç a nivell mundial. Per a això l'OMS ha de desenvolupar salvaguardes amb què els governs puguin afrontar els conflictes d'interès que sorgeixen contínuament entre la salut i el benefici econòmic. Un bon exemple d'això són les assessories que l'OMS realitza a nombrosos PVD sobre l'Acord sobre els Aspectes dels Drets de la Propietat Intel·lectual relacionats amb el Comerç (ADPIC), a causa de la seva vinculació amb les patents i especialment importants en l'accés als medicaments. La finalitat d'aquestes assessories és que els països esmentats coneguin els mecanismes legals per acollir-se a les salvaguardes que els permetran un millor accés als medicaments.

No obstant això, aclaparada per la deficiència de recursos bàsics a causa dels retalls pressupostaris de les Nacions Unides, l'OMS no sempre ha estat capaç de competir amb l'OMC o el Banc Mundial, que han exercit una gran influència sobre les decisions de política pública dels governs, fins al punt de dissenyar i orientar els sistemes d'atenció de salut a través dels seus reglaments comercials o mitjançant la introducció de determinats elements poc concordes amb el dret a la salut en importants declaracions internacionals: com la privatització de serveis bàsics com l'aigua o la sanitat o els Programes d'Ajust Estructural basats en la reducció dels pressuposts per a salut, educació i benestar social.

En definitiva, els PVD afronten la responsabilitat i l'obligació de protegir el dret a la salut dins d'un món complex en el qual l'autèntica Cooperació Internacional acostuma brillar per la seva absència.

# SALUT, POBRESA I DESENVOLUPAMENT

La lluita contra la pobresa, és sens dubte el major repte que afronta la humanitat aquest segle. Amb un 40% de la població mundial al llindar de la pobresa i una cinquena part en una situació tan extrema que amenaça la seva pròpia supervivència, un món lliure de carencies i temors, tal i com ambicionava la Declaració Universal dels Drets Humans, és encara una aspiració llunyana.

No obstant això, els governs de tot el món han expressat el seu desig d'eradicar la pobresa. A la Cimeira Mundial de 2005 els líders mundials van reiterar la seva determinació de complir amb els Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni (ODM), incloent l'eradicació de la pobresa i la fam. El repte ara és com traslladar aquests compromisos en acció.

Històricament s'ha anat modelant per part d'occident una visió del món que definia el grau de civilització d'un país segons el seu desenvolupament econòmic. D'aquesta manera, el "no desenvolupament" passava a ser pobresa i es traduïa en una mera estadística de l'ingrés per càpita. Sota aquesta perspectiva pot dir-se que ha imperat la cultura econòmica sobre tot allò polític, social i cultural pensant que el mercat satisfaria les necessitats dels individus de forma eficient. Malgrat tot, aviat es va observar que el desenvolupament econòmic no necessàriament havia de comportar un repartiment equitatiu de la riquesa que generava, i encara més, que aquest desenvolupament no sempre es fonamentava sobre la sostenibilitat.

Durant la dècada dels 80 el premi Nobel d'economia Amartya Sen, va formular un nou paradigma on el desenvolupament representa l'expansió de la llibertat perquè les persones puguin expressar les seves capacitats i potencialitats. L'expansió de la llibertat és doncs el fi primordial i a la vegada el mitjà principal per al desenvolupament. Les idees de Sen han estat assimilades per les noves corrents que estudien el desenvolupament en tota la seva amplitud, calant entre el sistema de Nacions Unides i el seu Programa de Nacions Unides per al Desenvolupament (PNUD).

Finalment, solapant-se en ocasions amb la perspectiva de Sen, existeix una tercera aproximació al concepte de desenvolupament, que l'entén com la realització dels drets humans en la seva plenitud. Si aquests són

Avui dia es considera que el desenvolupament és el procés d'ampliació de les opcions de la gent, augmentant les funcions i la capacitat humana. Dins aquest nou plantejament, la pobresa no només és sinònim de baix nivell d'ingressos, sinó també de debilitament de tota una sèrie de capacitats humanes fonamentals, incloses les relacionades amb la salut. El terme pobresa humana fa referència a la manca de mitjans per aconseguir aquestes capacitats. Així doncs, el desenvolupament humà reflexa a més els resultats d'aquestes funcions i capacitats, ja que es relaciona amb els éssers humans. Representa alhora un procés i una finalitat. PNUD

la màxima expressió de les llibertats humanes, el grau de la seva obtenció implica major o menor desenvolupament.

Aquestes tres visions del desenvolupament humà aporten visions diferents però alhora complementàries. La primera perspectiva posa l'accent en l'àmbit de la satisfacció de necessitats, en aquest sentit la mirada se centra en allò que manca, afavorint els apropaments i les estratègies purament assistencialistes. La novetat que introdueix la perspectiva de les capacitats de Sen, es basa justament en què l'accent no es posa en allò que manca (necessitats), sinó en les possibilitats per ser o fer (capacitats). Al basar-se en llibertats també tracta d'eliminar les barreres que fan que les persones no puguin optar per la vida que els agradaria portar. Per últim, la visió dels drets humans aporta un matís diferent en marcar un llindar de desenvolupament al qual totes les persones haurien de poder accedir. Aquest matís és de gran importància, ja que exigeix al conjunt de la societat l'esforç necessari per fer-lo realitat. Posseir un dret legítima a les persones a poder reivindicar-lo.

A partir d'aquestes tres perspectives podem també redefinir el concepte de pobresa. La pobresa no representa doncs només una qüestió d'ingressos, sinó fonamentalment una qüestió de ser capaç de viure una vida amb dignitat, gaudint dels drets humans i les llibertats que d'ells provenen.

El vincle entre salut, pobresa i desenvolupament ha estat interpretat de diverses maneres al llarg del temps i segons els diferents actors. Al 1978, la Conferència Internacional sobre Atenció Primària de Salut de



l'OMS, reunida a Alma Ata, va declarar que el desenvolupament econòmic i social, basat en un nou ordre econòmic internacional, era d'importància fonamental per aconseguir un grau màxim de salut per a tothom i per reduir les desigualtats en matèria de salut entre els països en vies de desenvolupament i els desenvolupats. Alhora, declarava que la promoció i protecció de la salut és indispensable per a un desenvolupament econòmic i social sostingut. D'aquesta manera, la pobresa és la causa de la mala salut, i la mala salut, al seu torn, incrementa la pobresa. Per aconseguir un nivell de salut que permeti portar una vida social i econòmicament productiva, la Declaració d'Alma Ata recomanava posar en pràctica l'estratègia d'atenció primària de salut. Aquesta Declaració estableix forts vincles entre salut i desenvolupament i considera l'accés a la salut com un objectiu social d'extrema importància, la realització del qual exigeix la intervenció de molts sectors socials i econòmics, i no només el de salut (agricultura, educació, habitatge, comunicacions, indústria...) i, molt especialment, la plena participació de tots els individus i famílies de la comunitat en la planificació i aplicació de l'atenció sanitària.

Al llarg de les últimes dècades però, no s'han tingut molt en compte aquestes aproximacions holístiques a l'hora de planificar polítiques de desenvolupament. Els retalls en serveis bàsics, entre ells l'atenció sanitària, han implicat un deteriorament en el nivell de vida i de salut de bona part de la població, en particular dels sectors vulnerables.

L'any 2000, l'OMS va establir la Comissió de Macroeconomia i Salut (CMS) amb l'objectiu d'ubicar la salut dins del desenvolupament econòmic global. El resum del primer informe, liderat per Jeffrey Sachs, determinava que una millora en la salut de les persones que viuen en la pobresa no solament és un objectiu a assolir per si mateix, sinó que actua a més com un fort catalitzador per al desenvolupament econòmic i la reducció de la pobresa a la societat. És a dir, que el bé individual es fa comú. A més, s'establien una sèrie de relacions entre la inversió en salut i la capacitat de desenvolupament econòmic. Per exemple, la pèrdua en termes econòmics que representa el VIH a l'Àfrica és del 12% del Producte Interior Brut del continent; el desenvolupament econòmic en països lliures de malària és almenys un 1% superior a aquells en els quals la malària és endèmica.

Per tant, la salut té un paper destacat per si mateixa tant en la teoria del desenvolupament humà com en l'enfocament dels drets humans. Però també els efectes de la salut sobre l'economia, així com els efectes de la pobresa sobre la salut, són molt importants. Per

exemple, la malària constitueix la segona causa de mort a l'Àfrica Subsahariana. Aquesta malaltia perjudica l'economia familiar i de la comunitat local, en afectar la mà d'obra, reduir l'eficàcia a la feina, disminuir l'explotació de les terres i carregar el pressupost familiar amb els costos de la prevenció i el tractament. La malària és també la major causa de l'absentisme escolar i s'estima que redueix la capacitat d'aprenentatge del 35% al 60% en els escolars. Les persones pobres són les més afectades, ja que tenen menys accés als serveis de salut, a la informació i a les mesures de prevenció i tractament. Finalment, la malària redueix el comerç internacional i el desenvolupament de sectors com el turisme.

A la següent figura queden reflectides algunes de les associacions esmentades en el cas de la malària, però que són extensibles per a qualsevol malaltia. En general, recullen connexions entre les necessitats humanes bàsiques i l'absència de capacitats, llibertats i drets de les persones que poden degenerar en pobresa. A la vegada, mostra com la pobresa provoca necessitats, disminueix les capacitats i limita les llibertats i els drets.

**Figura 3.**  
**El cercle viciós de la pobresa**



Tal i com recull l'Informe sobre la salut a la regió africana de l'OMS de 2006, els reptes per als governs són enormes i l'enfortiment dels sistemes sanitaris i les polítiques de salut només s'aconseguiran mitjançant la col·laboració regional i la cooperació internacional.

# SALUT I AJUDA OFICIAL AL DESENVOLUPAMENT

A l'informe elaborat per la comissió de macroeconomia i salut (CSM), Sachs calculava que s'haurien de destinar 57 mil milions de dòlars addicionals el 2007 i 94 mil milions el 2015 per aconseguir els ODM. Malgrat els increments pressupostaris que puguin realitzar els PVD, la falta de recursos fa que la major part d'aquests fons hagin de procedir de l'ajuda internacional.

A l'actualitat es destinen entre 6 i 12 mil milions de dòlars de l'Ajuda Oficial al Desenvolupament (AOD) a salut. Segons la CSM faria falta destinar 27 mil milions el 2007 i 38 mil milions el 2015 per assolir els ODM. Aquestes xifres podrien aconseguir-se si els donants arribessin a destinar el 0,7% del seu PIB per a l'AOD i almenys un 15% d'aquests fons fossin per a la salut.

El paper de la cooperació internacional ha estat reconegut pels estats des del propi naixement de les Nacions Unides. Així, en els articles 1, 55 i 56 de la Carta de les Nacions Unides, tots els Estats membres es comprometen a col·laborar i cooperar tècnicament i econòmicament per a donar plena efectivitat als drets de les persones, com el dret a la salut.

Diverses dècades després, a la Declaració d'Alma Ata, els governs reconeixien la greu desigualtat existent en l'estat de salut de la població, particularment entre els països desenvolupats i els PVD, i s'encoratjava als Estats a treballar a través de la cooperació internacional per aconseguir la igualtat d'accés a la salut.

Més recentment, a la Declaració del Mil·lenni de l'any 2000, l'Assemblea General ratificava la importància de la cooperació internacional per resoldre els problemes socials, econòmics i polítics que afronta la humanitat i exhorta en alguns dels seus articles a l'increment de l'ajuda oficial al desenvolupament (art. 15, 26, 28).

Altres resolucions (Declaració sobre el Dret al Desenvolupament, Assemblea Mundial de la Salut, PIDESC...) també reconeixen la responsabilitat i l'obligació de donar suport mutu a la implementació del dret a la salut. A l'actual món globalitzat aquesta res-

ponsabilitat compartida sembla més òbvia que mai, ja que les decisions a nivell local, nacional i internacional s'influeixen les unes amb les altres.

La despesa anual per a cooperació al desenvolupament en salut, realitzada per la suma de tots els països desenvolupats (10.0000 milions de dòlars), és equivalent a la quantitat gastada en gelats a Europa. *Global Health Watch*

## COOPERACIÓ INTERNACIONAL

La cooperació internacional és més que l'Ajuda Oficial al Desenvolupament (AOD); és la suma de les polítiques econòmiques, comercials, socials, culturals i polítiques que cada estat defensa als fòrums internacionals i que acaben per definir les relacions entre el Nord i el Sud.

Aquest fet no impedeix reconèixer la importància de l'AOD com a eina per millorar la situació de salut dels PVD. Per a això, els països donants han d'establir les seves polítiques de cooperació partint de criteris de quantitat i qualitat de la seva ajuda.

**La quantitat:** El principal referent sobre la quantitat d'AOD que han de destinar els governs donants és, com ja s'ha indicat, la del 0,7% del seu PIB, adoptat per la Comissió de Desenvolupament Internacional el 1970. Més de trenta anys després de la seva ratificació, tan sols 5 països assoleixen o superen aquest percentatge i la mitjana resulta, a penes, un 0,33% del PIB (veure figura 4).

Pel que fa a Catalunya, el percentatge destinat a AOD va representar el 0,2% del seu pressupost el 2005, la qual cosa la situa lluny d'altres autonomies com Navarra (0,53%) o Castilla-La Mancha (0,45%). Malgrat això, en termes absoluts va ser la comunitat que més fons va aportar (16,6% de l'AOD autonòmica). (*Prosalus, Medicus Mundi i Metges del Món. 2007*).

Vista la transcendència d'alguns sectors clau per al desenvolupament humà, el 1995, durant la Cimera Mundial de Desenvolupament Social de Copenhaguen, es va proposar reorientar l'AOD cap a la inversió social bàsica en els PVD, mitjançant un acord pel qual els països donants es comprometen 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 els països receptors destinaven el 20% de la despesa pública als esmentats serveis. Aquesta iniciativa es va batejar per això com a Iniciativa 20/20.



**Figura 4.**  
**Ajuda Oficial al Desenvolupament entre els països donants. PNUD 2007**

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

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 encarregada de l'Informe sobre el Desenvolupament Humà.

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

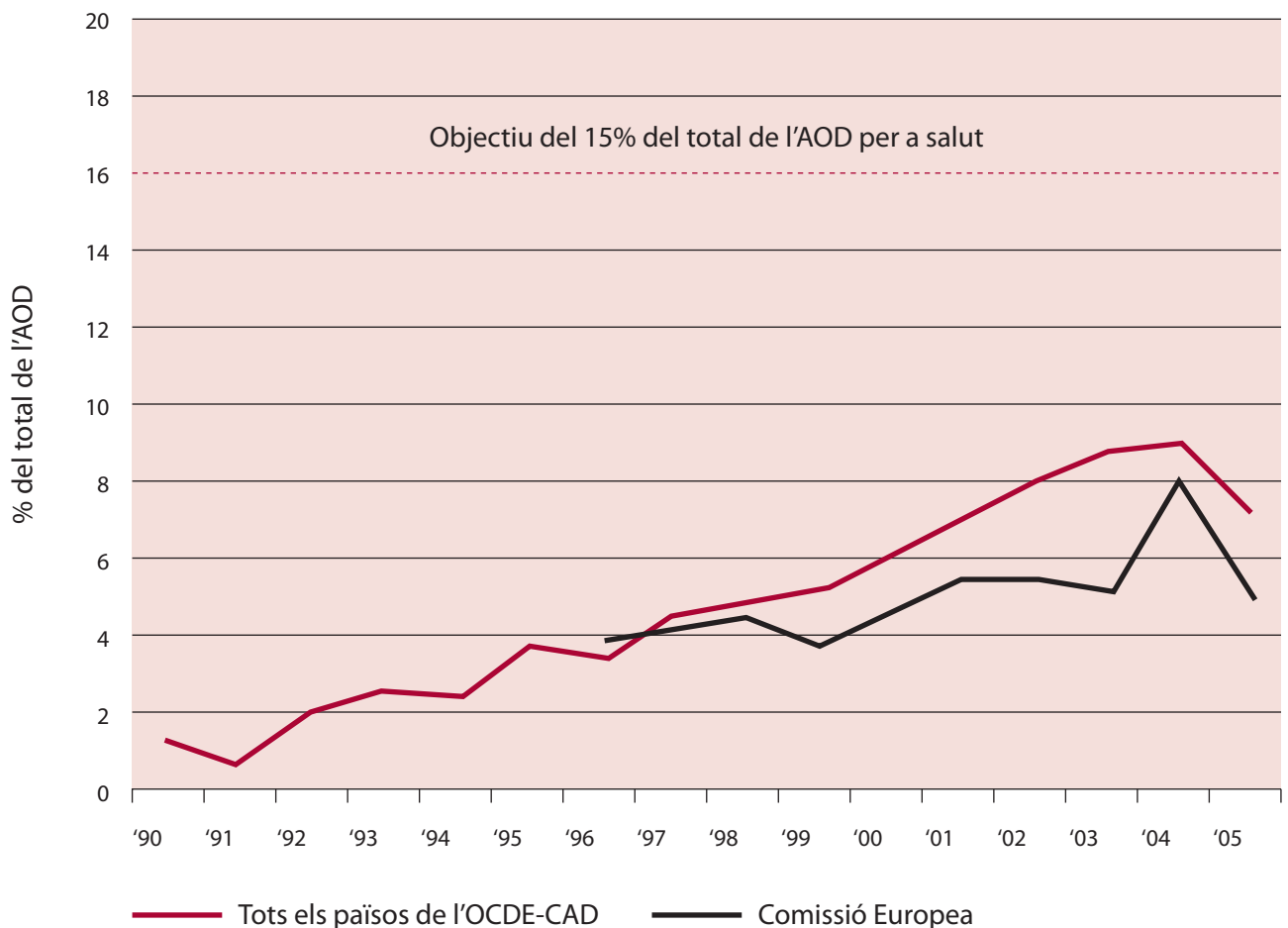
Pel que fa exclusivament a salut, la recomanació actual fixa en un 15% la suma que s'hauria de destinar de l'AOD a salut per poder complir els ODM. A dia d'avui aquesta xifra està lluny d'assolir-se, posant en perill, com s'exposarà més endavant, la consecució dels ODM. (Figura 5)

El 2005, Catalunya va ser la comunitat que més fons va aportar per a la salut, concretament el 17,6% del total destinat pel conjunt de les comunitats al sector salut. Pel que fa a les seves aportacions sectorials, el 2004 la salut va ser

una de les partides que més fons de desenvolupament va absorbir (19,61%), tal i com s'observa a la Figura 6. Això demostra el compromís de la cooperació catalana amb el sector salut als PVD, almenys en termes quantitativs.

La quantitat d'AOD destinada pels països donants és d'una importància transcendental per a molts països, sobretot per a aquells amb un índex de desenvolupament baix. Tanmateix, aquesta ajuda va, en ocasions, lligada a factors poc clars i sembla que resta a criteri del donant, més que als indicadors contrastats de necessitat i pertinència. Com a exemple, el 1998 a Guinea les donacions representaven el 19% del pressupost anual per a la salut, però el 1999 aquesta ajuda va descendir fins al 2%, per tornar a pujar al 18% el 2000 (Banc Mundial, 2005). Aquesta incertesa i dependència a curt termini genera greus problemes de planificació per als països receptors.

**Figura 5.**  
Percentatge de l'AOD destinada a salut. OCDE/CAD





**Figura 6.**  
Distribució de la despesa de la Generalitat de Catalunya segons la línia estratègica. 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>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 qualitat:** Per fets com aquests i altres contratemps, s'han dut a terme intents de millora de l'AOD, com per exemple, incrementar els períodes de finançament fins a 10 anys (Departament de Desenvolupament Internacional. UK). De dur-se a terme aquesta iniciativa permetria, sens dubte, una millora notable en la planificació dels pressuposts per a la salut dels PVD, la qual cosa a la vegada repercutiria en una millora dels sistemes sanitaris i, a més a més, en la salut de la gent.

Però aquest només és un exemple de les dificultats i reptes per assolir una AOD de qualitat. La recent Declaració de París sobre l'Eficàcia de l'Ajuda al Desenvolupament tracta de marcar les pautes perquè l'AOD aportí el màxim benefici als països receptors. Per a això se sol·licita als països donants prendre mesures en diversos assumptes, com ara deslligar l'ajuda o fonamentar el seu suport en les estratègies del país donant.

Els principis que han de regir la qualitat de l'ajuda segons la Declaració de París són:

**Apropiació:** els països receptors es comprometen a elaborar estratègies de desenvolupament.

**Alineació:** els països donants es comprometen a ajustar la seva ajuda a les estratègies de desenvolupament creades pels països receptors.

**Harmonització:** els donants es comprometen a coordinar entre si els seus esforços, perquè les sinèrgies creades incrementin l'eficàcia de la cooperació.

**Gestió orientada a resultats:** administrar els recursos i millorar la presa de decisions orientades a resultats.

**Responsabilitat mútua:** donants i receptors són responsables dels resultats del desenvolupament.

## COOPERACIÓ CATALANA

Igual que el cas de la Iniciativa 20/20, l'ACCD també subscriu en el Pla Director 2007-2010 el contingut de la Declaració de París, deixant clar el seu desig de millorar l'eficàcia de la seva ajuda. Malgrat la bona intenció de l'ACCD, el cert és que la Declaració de París ha rebut crítiques i és molt qüestionada per les organitzacions no governamentals (ONGD) i les organitzacions de la societat civil (OSC) per diversos motius:

- A la Declaració es parla d'apropiació, però no es diu que hagi de ser democràtica, és a dir, consensuada entre tots els actors de la cooperació d'un país (govern, ONGD i OSC).
- Utilització de l'ajuda com a eina de política per imposar reformes de polítiques comercials i econòmiques, una vella pràctica dels Organismes Financers Internacionals, que debilitaria els processos democràtics.
- Creixent risc que les demandes i propostes de les dones es perdin, donat l'èmfasi en l'Estat. I, per tant, abandó de la responsabilitat dels països donants i dels països receptors pel que fa a l'equitat de gènere.
- Manca de representativitat dels sectors més pobres dels països.

- Manca de formes de seguiment/avaluació de les estratègies de desenvolupament nacionals, entre d'altres.

Encara que existeixen diversos criteris per definir la qualitat de l'ajuda, alguns, per la seva senzillesa i immediatesa, resulten idonis per realitzar una primera aproximació. Un d'ells consisteix, simplement, a comprovar si l'ajuda realment va allà on més es necessita, segons un lògic criteri de pertinència. Segons aquest criteri, l'OCDE estima que almenys el 20% de l'AOD s'ha de destinar als Països Menys Avançats (PMA), un grup format a l'actualitat per 50 països.

Tant l'AECI com l'ACCD presenten en els seus plans directors aquest criteri i ho assumeixen com a part de les seves estratègies geogràfiques. A la figura 7 s'observa la distribució de l'AOD en salut de la Generalitat de Catalunya segons el nivell de renda dels països receptors el 2005.

Durant els últims 25 anys només un país, dels 50 que el componen, ha aconseguit abandonar el grup dels Països Menys Avançats: Botswana, el 1984. PNUD

**Figura 7.** Distribució de l'AOD en salut de la Generalitat de Catalunya segons el nivell de renda dels països receptors el 2005. Prosalus, Medicus Mundi, Médicos del Mundo

Països receptors segons el nivell de renda	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:** països menys avançats,

**PRB:** països amb renda baixa,

**PRMB:** països amb renda mitja-baixa,

**PRMA:** països amb renda mitja-alta



Com pot observar-se, els PMA van ser beneficiaris de gairebé la meitat de l'AOD sanitària de la Generalitat de Catalunya, principalment a causa dels fons destinats a Moçambic, que van assolir els 2.478.347 € segons l'Informe 2006 "La salut en la cooperació al desenvolupament i a l'acció humanitària".

En el cas d'Espanya la tendència és similar, amb gairebé un 33% destinat als PMA (Figura 8), excepte una notable diferència: la major part de l'ajuda destinada a l'Àfrica subsahariana (on es troben el 75% dels PMA) és reemborsable (Figura 9), una modalitat d'ajuda que apareix constantment a la cooperació espanyola, però que resulta enormement danyosa en el cas d'aquests països, per la sobrecàrrega que implica en els seus deutes externs.

**Figura 8.**  
Distribució de l'AOD en salut segons el nivell de renda. Percentatges promig del període 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.**  
Percentatge d'AOD en salut reemborsable per regions respecte al total de l'AOD del període 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

Per tant, l'AOD ha de mantenir uns estàndards de quantitat i qualitat segons el marc normatiu existent de la cooperació internacional, que permeti, tant als països donants com als receptors, avaluar l'eficàcia de l'ajuda donada i rebuda.

Paral·lelament, la societat civil té dret a conèixer quan i com cooperen els seus governs per aconseguir els ODM, la reducció de la pobresa, l'expansió dels drets humans,

etc. Per a això és necessari que les organitzacions realitzem campanyes de sensibilització entre el públic general i especialitzat, per tal de difondre entre ells la realitat de l'ajuda perquè arribin a comprendre per què no s'aconsegueixen els objectius marcats i obtinguin arguments per pressionar els responsables de la presa de decisions en els canvis d'estratègia necessaris.

## ELS REPTES PER A LA SALUT ALS PVD

El món del segle XXI apareix més polaritzat que qual-sevol altre que hagi conegut la humanitat. El desequilibri de les rendes entre el 20% més ric i el 20% més pobre de la població mundial va ser de 30 a 1 el 1960, de 60 a 1 el 1990 i de 74 a 1 el 1997. Aquell any, el 20% de la població més rica posseïa el 86% del producte interior brut del món, mentre que el 20% més pobre tan sols l'1%. (IDH 1999. PNUD)

El 2002, l'esperança de vida en néixer per a les dones dels països desenvolupats va situar-se en 78 anys, mentre que per als homes de l'Àfrica subsahariana va disminuir a 46 anys. (Informe OMS 2003). En termes generals, un 35% dels nens africans corren actualment un major risc de morir que fa 10 anys. (Informe OMS 2005).

Aquestes enormes desigualtats provoquen que el 98% de les morts infantils tinguin lloc als PVD malgrat els avenços que puguin haver-se aconseguit en les últimes dècades.

Per poder estudiar millor aquesta situació de desigualtat actual, així com els avenços o retrocessos esdevinguts en els últims anys s'han escollit tres problemes de salut concrets:

**Any 2008.**

Accés als medicaments

**Any 2009.**

Condicionants de gènere en l'accés a la salut

**Any 2010.**

Morts evitables

La finalitat és utilitzar aquests temes com exemple de la situació de la salut als PVD i per aquest motiu els temes escollits són suficientment amplis com per evitar biaixos d'apreciació.



# ACCÉS ALS MEDICAMENTS

## SITUACIÓ ACTUAL

Més de la tercera part de la població mundial no disposa d'accés regular a medicaments essencials i capaços de salvar la vida. Només a l'Àfrica més de 320 milions de persones en tenen un accés menor al 50%. Els desequilibris entre els països desenvolupats i els PVD són similars als que marquen altres indicadors d'accés a la salut: el 20% de la població mundial consumeix el 80% dels medicaments, la qual cosa representa una despesa per càpita d'uns 400 \$ per als països desenvolupats davant 4 \$ per als PVD (*The World Medicines Situation. OMS 2004*). Com a conseqüència d'això, més de 15 milions de persones moren cada any de malalties infeccioses per a les quals existeix tractament, però que no tenen al seu abast.

D'altra banda, també cal destacar que a més de la manca d'accés a medicaments ja existents, queden molts medicaments per desenvolupar. Això és fruit d'una escassa inversió de la indústria farmacèutica en Recerca i Desenvolupament (R+D) en malalties "oblidades" o relacionades amb la pobresa.

Un exemple molt clar és el de la tuberculosi, una malaltia majoritàriament eradicada als països desenvolupats, però que encara és prevalent als països empobrits. Els medicaments desenvolupats fa més de 40 anys han mostrat resistències, per tant, és evident que cal invertir en R+D per desenvolupar nous medicaments per combatre aquesta malaltia que anualment mata 1, 6 milions de persones.

## FACTORS QUE IMPEDEIXEN L'ACCÉS ALS MEDICAMENTS

Aquesta gran desigualtat té el seu origen en múltiples factors, molts d'ells associats a les forces del mercat, que, per tant, escapen a prioritats o estratègies purament sanitàries; altres associats a la falta de recursos, informació, legislació o qualitat dels medicaments.

Vegem doncs quins són aquests factors que impedeixen a les persones accedir a medicaments de qualitat:

### 1. Investigació i desenvolupament

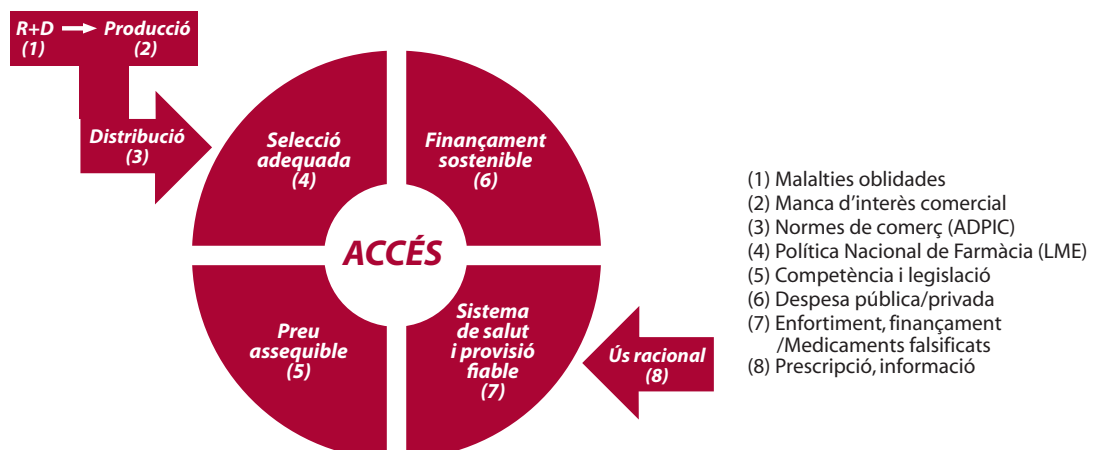
Perquè un medicament estigui disponible en els centres de dispensació, en primer lloc ha d'existir. No necessàriament l'existència d'una malaltia desperta l'interès de la indústria farmacèutica per a la recerca i desenvolupament (R+D) de medicaments per al seu tractament. El patró de la recerca i desenvolupament de medicaments reflecteix més les oportunitats del mercat que les prioritats de salut. Només el 10% del R+D es dirigeix cap als problemes que suposen el 90% de la càrrega mundial de malaltia, a aquest patró se l'anomena habitualment el **desequilibri 10/90 o Gap 10/90**.

A més, les empreses farmacèutiques no inverteixen suficientment en R+D i el poc que inverteixen és en "malalties del nord" i en productes sense millores substancials.

Algunes dades que ho demostren:

- Segons les dades de l'empresa IMS, les vendes dels productes farmacèutics l'any 2005 van ser de 602 mil milions de dòlars. Alguns experts creuen que l'actual sistema de monopolis en què es basa la venda de medicaments va incrementar-se l'any 2006 de 400 a 480 mil milions de dòlars.

**Figura 10.**  
Factors que impedeixen l'accés als medicaments. OMS



La Federació Internacional de l'Associació de la Indústria Farmacèutica (IFPMA per les seves sigles en anglès) declara que els fons privats destinats a R+D en matèria de salut van ser d'uns 51 mil milions de dòlars o, el que és el mateix, un 9% del total de vendes (veure figura dels fons destinats a R+D en matèria de salut l'any 2001).

**Figura 11.**  
**Estimació dels fons destinats a activitats de R+D en matèria de salut el 2001 en l'àmbit mundial (en mils de milions 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 estudi del Centre per a l'Avaluació i Recerca de Medicaments (CDER) assenyala que de 1.284 noves aprovacions del 1990 al 2004, només 289 o, el que és el mateix, el 22,5%, eren productes prioritaris, és a dir, que comportaven una millora significativa comparat amb els productes existents al mercat en el tractament, diagnòstic o prevenció d'una malaltia.

Dels productes prioritaris, 183 van ser classificats com a noves molècules. Per tant, només una petita part de la R+D realment aporta alguna innovació terapèutica.

- No són objecte de R+D les malalties que l'OMS classifica de Tipus II i de Tipus III, ni tampoc les del Tipus I que no tenen mercat als països rics.

Les malalties de Tipus I són les que afecten tant a països rics, com a països empobrits, amb una àmplia població vulnerable a uns i altres. Entre les malalties transmissibles podem citar el xarampió o l'hepatitis B i entre les no transmissibles destaquem la diabetis i les malalties cardiovasculars, entre d'altres. En els darrers 20 anys, s'han desenvolupat moltes vacunes per a malalties de Tipus I, però no han estat àmpliament esteses al països empobrits degut al seu elevat cost.

Les malalties de Tipus II també afecten tant a països rics, com a països empobrits, però amb una elevada proporció dels casos en la població d'aquests últims. Són, per exemple, la tuberculosi o el VIH/SIDA.

Les malalties de Tipus III són les que afecten predominantment, o quasi exclusivament, als països empobrits, com la malaltia de Chagas, la leishmaniosi, la tripanosomiasi africana o altres malalties tropicals.

Sovint, a les malalties de Tipus II i III se les anomena **malalties oblidades** o molt oblidades.

## 2. Producció

Fins i tot una vegada desenvolupat un medicament, pot donar-se el cas que no sigui produït o que s'abandoni la seva producció. Aquest és el cas de l'eflornitina, utilitzat contra la malaltia de la son o tripanosomiasi africana. Gràcies a la pressió d'organitzacions com MSF s'ha aconseguit garantir la seva producció de nou. Aventis ha donat a l'OMS l'eflornitina per cobrir les necessitats dels pròxims 5 anys i assignarà diners per a la investigació i desenvolupament per a aquesta malaltia. A Bolívia, les persones diagnosticades d'infecció per *T. cruzi* (Malaltia de Chagas) no tenen accés a nifurtimox perquè aquest no està disponible.

En el cas del cloramfenicol aquós, utilitzat per al tractament de la meningitis, va succeir el mateix: només gràcies a la pressió de Creu Roja i MSF va tornar a produir-se el 1998, després d'haver-se abandonat la seva producció el 1995.

## 3. Distribució

Remet a la recepció i inspecció, a l'adequació dels mitjans de transport i als llocs d'emmagatzematge, al control de les existències i la previsió i observació de la demanda, fins que el medicament arriba al pacient. En aquestes operacions intervenen les empreses de distribució majorista, les oficines de farmàcia i els serveis farmacèutics hospitalaris, que interactuen en el context dels diferents sistemes possibles de subministrament i mètodes de subministrament.



És indispensable que els fàrmacs preservin les seves propietats, per tant, es requereix especial cura de la temperatura, la humitat i la manipulació.

#### 4. Selecció adequada

Amb l'objectiu de facilitar als països el procés de selecció dels medicaments per racionalitzar els escassos recursos de què molts països disposen, des dels anys 70 l'OMS ha promogut l'accés als serveis bàsics de salut a través de l'Atenció primària de salut i els medicaments essencials. La primera Llista de Medicaments Essencials (LME) es va publicar el 1977, un any abans de la Declaració d'Alma Ata, i es considera un dels èxits més influents de l'OMS en el camp de la salut pública. S'actualitza cada dos anys.

Els medicaments essencials són aquells que satisfan les necessitats prioritàries de salut d'una població. Se seleccionen segons la prevalença de la malaltia, les evidències

d'eficàcia, la seguretat i la relació cost-efectivitat. Els medicaments essencials han d'estar disponibles sempre en les quantitats i formes terapèutiques adequades i a preus assequibles per a totes les persones de la comunitat.

#### 5. Preu assequible

Més de 1.300 milions de persones sobreviuen amb menys d'un dòlar al dia, en economies de vegades ni tan sols monetaritzades. Així doncs, no és difícil comprendre que no tinguin accés a tractaments quan els preus dels medicaments no tenen en compte la capacitat econòmica de la població.

Els estats han de fer un major esforç per proporcionar els medicaments de forma gratuïta i abandonar els sistemes de copagament o recuperació de costos, que establia la Iniciativa de Bamako, i altres polítiques imposades des de les estructures financeres internacionals.

A grans trets, podríem resumir la manca d'accés als medicaments amb dos grans problemàtiques:

**Els preus elevats de medicaments ja existents al mercat.** Aquest fet es deu al model actual de negoci, ja que es concedeix un monopoli temporal de fabricació i comercialització del medicament a la indústria que l'ha innovat, de manera que aquesta pot imposar un preu elevat fins que s'esgoti la patent.

**Manca de medicaments per a malalties que afecten els PVD.** La indústria innovadora busca productes rendibles, és a dir, productes dirigits a un públic que pugui pagar-los a un preu de monopoli. Això fa que la indústria farmacèutica no pari atenció a malalties que afecten als sectors de població més pobres on no existeix capacitat de pagament. El recent informe CIPIH de la OMS va ser fonamental en reconèixer aquest problema i plantejar possibles nous mecanismes que incentivin la R+D per a productes que necessita la població amb pocs recursos econòmics.

#### **La clau dels problemes: la inversió en recerca es troba lligada al preu del producte final.**

Molts experts creuen que la clau dels problemes d'accés es troba en el model de negoci actual, especialment els mecanismes pull. Actualment, existeixen dos mecanismes de finançament i d'incentiu de la recerca mèdica:

*Mecanismes push:* Són aquells que pretenen incentivar la innovació però que no requereixen estar lligats a innovacions en productes concrets. Per exemple, fons provinents de finançament públic de governs, universitats o filantropia en recerca bàsica.

*Mecanismes pull:* Són mecanismes que pretenen incentivar la innovació recompensant el llançament al mercat de productes concrets. Actualment, els monopolis temporals (patents) que s'atorguen als innovadors són bàsicament el principal mecanisme pull. El principal problema d'aquest mecanisme és que bàsicament vincula el preu del producte al cost de la innovació. El cost de la innovació es recupera amb preus alts. Com hem vist, aquest model de negoci pot tenir efectes negatius i es converteix, sovint, en un obstacle en l'accés als medicaments. Per això, molts experts estan actualment analitzant diferents models per reformar el model de negoci actual. Mecanismes com l'*Advanced Market Commitment (AMC)* -actualment en període d'avaluació per GAVI- i els premis -actualment en discussió a diferents fòrums, com la negociació del IGWG a l'OMS- es consideren propostes de mecanismes pull, que podrien complementar el sistema actual o plantejar-se com a alternativa.

Pel que fa al comerç internacional, existeixen les regles que regeixen el comerç de mercaderies d'un país a un altre. Ens referim als acords de l'OMC i, concretament, a l'Acord sobre els Aspectes dels Drets de Propietat Intel·lectual relacionats amb el Comerç (ADPIC), que ha generat una enorme polèmica entre la indústria farmacèutica, les organitzacions no governamentals i els governs d'alguns països empobrits, com ara l'Índia, Brasil i Tailàndia.

L'Acord ADPIC cobreix diferents instruments de propietat intel·lectual, entre els quals es troben les patents. Aquestes confereixen al seu titular l'exclusivitat en la fabricació i comercialització de productes protegits per un període mínim de 20 anys, assegurant-ne un poder temporal de monopoli i, per tant, limitant-ne la competència genèrica.

La falta de competència i d'un preu assequible no es només un problema dels pacients que viuen en països en vies de desenvolupament. A Europa, per exemple, existeixen medicaments que es troben exclosos del sistema de reemborsament dels governs per ser massa cars.

## 6. Finançament sostenible

El gran repte de la salut a tots els països és la recerca de la sostenibilitat. Però, tal com s'ha comentat a l'apartat anterior, aquesta sostenibilitat no s'ha d'aconseguir a costa d'abandonar la població més vulnerable i deixar-la sense accés a la salut.

Existeixen diversos possibles sistemes de finançament que es complementen i encavalquen entre si: finançament públic, assegurances de malaltia o seguretat social, pagaments de l'usuari i finançament per donants.

## 7. Sistema de salut i provisió fiable

Això implica que els medicaments han d'estar disponibles al lloc adequat i amb la qualitat adequada. Els problemes de disponibilitat solen tenir a veure amb aspectes de tipus logístic, de previsió pressupostària i de malversació dels medicaments.

## 8. Ús racional

L'ús racional del medicament implica que els pacients rebin els medicaments adequats a les seves necessitats clíniques, en les dosis precises, segons els seus requeriments individuals, durant un període de temps adequat i al menor cost possible.

Per a això, és necessari realitzar un diagnòstic adequat, una prescripció correcta (segons protocol terapèutic i cost) i un compliment terapèutic d'acord amb la prescripció.

## SOLUCIONS AL MODEL ACTUAL D'INNOVACIÓ I ACCÉS: DE LES INICIATIVES GLOBALES A LES MÉS LOCALS

Algunes de les solucions als problemes actuals, es troben ja a disposició dels països, com l'ús de les flexibilitats dels ADPIC. No obstant això, alguns experts argumenten que l'evident estret lligam entre accés als medicaments i innovació fa que haguem de buscar solucions i alternatives al model actual de Recerca i Desenvolupament, que afavoreixin l'accés als medicaments existents, però també als que encara no existeixen.

### 1. FLEXIBILITATS DE L'ACORD DELS ADPIC

L'Acord dels ADPIC, a més de protegir la propietat intel·lectual, estableix el que s'han anomenat "flexibilitats", normes que permeten temperar el monopoli concedit als titulars de les patents. En aquest sentit, i sumades a les excepcions a l'ús exclusiu de la invenció, cal parlar de llicències obligatòries, importacions paral·leles i les disposicions Bolar, entre d'altres.

#### Llicències obligatòries:

Es tracta d'un mecanisme legal pel qual un govern autoritza a ell mateix o un tercer la fabricació, importació o comercialització d'un medicament sense l'autorització del titular de la patent. A canvi, el titular rep una remuneració. Aquesta és possiblement l'arma més eficaç dels PVD per combatre els efectes negatius dels ADPIC sobre l'accés i el preu dels medicaments, perquè promou la competència genèrica. L'Acord dels ADPIC regula el mecanisme de llicència obligatòria en el seu article 31 en termes molt flexibles. Tradicionalment el mecanisme havia estat utilitzat per més països desenvolupats que en desenvolupament, però la declaració de Doha del 2001 sobre l'Acord dels ADPIC i Salut va recordar que tots els membres de l'OMC tenen el dret a utilitzar aquest mecanisme.

Exemples concrets:

- **Malàisia**

Malàisia va atorgar una llicència obligatòria l'any 2003 per importar antiretrovirals de l'Índia. El Ministeri de Salut va demostrar la seva voluntat política i va fer valer els drets del país recollits a l'Acord dels ADPIC d'usar llicències obligatòries i va aconseguir reduir el preu dels antiretrovirals de primera línia en un 81% (de 315 a tan sols 58 dòlars USA).

- **Tailàndia**

En els últims anys, el govern de Tailàndia ha anunciat en repetides ocasions l'ús de les llicències obli-



- gatòries per tal de protegir la salut pública. El 29 de novembre de 2006, el ministeri de salut de Tailàndia va anunciar la primera llicència obligatòria per importar des de l'Índia i produir localment efavirenz, un medicament antiretroviral molt efectiu i segur per tractar el VIH/SIDA, fins l'any 2011. La compensació econòmica proposada va ser de 0,5% del preu del medicament genèric. Durant el 2007, el ministeri de salut va anunciar llicències obligatòries per un altre medicament antiretroviral (Kaletra), per clopidogrel bisulfate indicat pel tractament de malalties cardiovasculars i per tres medicaments contra el càncer (Docetaxel, Erlotinib i Letrozole).
- **“El cas de Rwanda i Canadà”**  
El 17 de juliol de 2007, Rwanda va ser el primer país a comunicar a l'OMC la seva voluntat d'aplicar la Decisió del 30 d'agost de 2003 de l'Acord ADPIC, concebuda per facilitar als països amb nul·la o insuficient capacitat de fabricació, la importació de medicaments genèrics fabricats sota les llicències obligatòries d'altres països. Per tancar el cicle, calia un país productor de genèrics i Canadà va notificar el 4 d'octubre de 2007 que permetria a l'empresa canadenca Apotex produir el medicament antiretroviral TriAvir, per exportar-lo posteriorment a Rwanda. Caldrà esperar per veure si la criticada implementació de la Decisió del 30 d'agost presa per Canadà, plena de requisits i processos innecessaris, no frustra l'acció.
  - **Proposta de resolució aprovada pel Parlament de Catalunya sobre el foment de la recerca farmacèutica en relació a les malalties poc freqüents i a l'accés als productes farmacèutics per part de les poblacions pobres de països en desenvolupament**  
La comissió de cooperació del Parlament de Catalunya va aprovar el juliol de 2007 una proposició no de llei que instava al Govern espanyol a donar suport als països en vies de desenvolupament perquè apliquessin les flexibilitats contingudes en els acords de la Propietat Intel·lectual de l'Organització Mundial del Comerç (OMC), ratificats a la Declaració de Doha el 2001.  
El Parlament va recolzar així la campanya iniciada per Intermón Oxfam i Metges Sense Fronteres, davant de la demanda de la companyia farmacèutica Novartis contra la Llei Índia de Patents. El Congrés dels Diputats i els parlaments del País Basc, Navarra, Cantàbria, Andalusia i Extremadura també van aprovar altres proposicions de llei en el mateix sentit. Més de 500.000 persones van expressar obertament la seva preocupació sobre les accions de la companyia, igual que un nombrós grup de parlamentaris europeus i espanyols.

- **Proposta perquè Catalunya demani a l'Estat espanyol que segueixi la iniciativa de Canadà i modifiqui la Llei de Patents espanyola, per produir medicaments genèrics per fer front a les demandes de llicències obligatòries emeses per un país empobrit**  
La campanya “La Salut en el Mil·lenni: una signatura pendent” de Farmacèutics Mundi i Medicus Mundi Catalunya va presentar a finals de gener de 2008, en una compareixença davant la Subcomissió de Mundialització del Parlament de Catalunya, unes propostes d'acció perquè el govern català contribuís en la consecució dels ODM. Una d'aquestes propostes és la de modificar la Llei de Patents espanyola.  
L'Estat espanyol no ha adoptat cap mecanisme específic per implementar la Decisió del 30 d'agost de 2003 de l'Acord ADPIC, que permet exportar el producte obtingut de llicències obligatòries. Malgrat aquesta mancança, l'Estat espanyol està obligat a permetre el funcionament d'aquest mecanisme, perquè el Reglament Núm. 816/2006 del Parlament i el Consell europeus preveu expressament el mecanisme per poder realitzar aquestes exportacions.  
Tot i que els Reglaments són obligatoris sense necessitat de legislació interna que els implementi, és difícil que aquest mecanisme funcioni a l'Estat espanyol sense voluntat política de fer-ho. Per això, encara que legalment es pugui fer sense que ho digui la Llei de Patents, segurament les empreses titulars de les patents aconseguirien bloquejar judicialment durant un temps l'exportació de productes. Per tant, fóra bo que la Llei de Patents fos esmenada per introduir-hi expressament l'excepció d'exportació del producte fruit de llicències obligatòries a països sense capacitat d'exportació.  
Des de Farmacèutics Mundi i Medicus Mundi Catalunya hi ha el compromís de fer seguiment d'aquesta i d'altres propostes presentades al Parlament de Catalunya.

#### **Importacions paral·leles:**

L'acord sobre els ADPIC permet que els governs autoritzin la importació d'un producte protegit sota patent des d'un segon país on es ven a un preu inferior, sense el consentiment del titular de la patent. Això permet seleccionar millor les vies d'adquisició dels medicaments en funció de preus comparatius.

#### **Disposicions Bolar:**

Aquestes disposicions permeten que els fabricants de productes genèrics comencin els processos necessaris per registrar un producte abans de l'expiració de les patents. Així, quan les patents expiren, aquesta llarga fase de preparació ja està avançada, o fins i tot acabada, i els fabricants poden comercialitzar els productes amb més rapidesa.

Les flexibilitats no són una alternativa al model actual, sinó una possible via de solució del model actual que atorga monopolis als innovadors. L'aplicació d'aquestes flexibilitats s'ha vist afectada els darrers anys per les pressions que la indústria farmacèutica ha exercit sobre alguns països. Però els casos de Sud-àfrica (primer) i Brasil i Tailàndia (més recents) exemplifiquen els problemes amb què es troben els països que intenten fer ús d'aquestes flexibilitats.

## 2. SISTEMA DE PREMIS DE R+D

La proposta del sistema de premis de R+D defensada per James Love de l'organització KEI i altres (per exemple, el premi nobel d'economia Joseph Stiglitz) tracta de substituir el monopoli temporal inherent a la patent per una retribució monetària adequada i suficient. Així, s'incentiva als potencials innovadors (indústria privada, centres de recerca públics, etc.) a orientar els seus esforços envers problemes considerats prioritaris per a la societat, segons criteris de necessitat social i no de demanda de mercat.

Aquest sistema podria acabar sent el model predominant en el futur, o bé un complement del sistema de patents en aquells àmbits on el sistema de patents es mostra ineficaç, com és el cas de les malalties oblidades i orfes.

El funcionament del premi és el següent: diversos centres de recerca o empreses privades es presenten per optar al premi, demostrant que la seva invenció aporta alguna novetat terapèutica respecte al que ja existia. Una vegada avaluada l'eficàcia pel comitè avaluador, es reparteix el premi entre tots els centres, proporcionalment a l'avantatge terapèutic del producte. Com més eficàcia, més retribució econòmica.

La principal avantatge d'aquest sistema és que se separa el cost de la innovació del preu del medicament i es permet competència genèrica des de que un medicament es llança al mercat. Això acaba repercutint positivament en el consumidor, ja que no ha de pagar preus desmesurats per accedir a un tractament.

En el marc de la campanya de sensibilització "La Salut en el Mil·lenni: una signatura pendent", Farmacèutics Mundi i Medicus Mundi Catalunya van presentar al Parlament de Catalunya una proposta perquè el govern català promogui un fons català per a premis de R+D pel tractament d'una malaltia oblidada, obert tant a centres de recerca públics com a la indústria privada. Caldrà fer un seguiment de la proposta per veure com es pot incloure en les polítiques de recerca de Catalunya dels propers anys.

## 3. TRACTAT DE R+D

L'Assemblea Mundial de la Salut va crear el 2003 la Comissió de Drets de Propietat Intel·lectual, Innovació i Salut pública (CIPHIH per les seves sigles en anglès) amb l'objectiu d'analitzar com els drets de la Propietat Intel·lectual poden contribuir a la innovació i com aquesta contribueix a garantir la salut pública.

En aquest mateix context, l'any 2005, 162 experts, ONGD i governs, entre d'altres, van sol·licitar a l'OMS que avalés la proposta de Tractat de R+D mèdic. L'objectiu d'aquest tractat és crear una alternativa al model actual de monopoli de R+D, que comptaria amb finançament públic i privat, en què els països aportarien uns fons en funció, per exemple, del seu PIB i dedicant un mínim a problemes definits com a prioritaris.

L'avantatge d'aquesta proposta és que es garantirien uns fons per a les malalties oblidades i problemes que no tenen demanda de mercat, i que els governs tindrien flexibilitat en com contribuir a aquest fons global per a la R+D, o bé comprant medicaments patentats, o bé fent recerca pública o establint sistemes de premis, entre d'altres.

En aquest sentit, a finals del 2005, Kenya i Brasil van presentar una proposta a l'OMS per establir un grup de treball per avaluar les prioritats globals de salut. Mesos més tard, més de 280 persones expertes van donar suport a la proposta.

Aquesta proposta de crear un grup de treball va ser discutida i aprovada en el marc de l'Assemblea Mundial de la Salut el maig de 2006. Així és com es va crear el Grup de Treball Intergovernamental sobre Salut Pública, Innovació i Propietat Intel·lectual (IGWG). Aquest grup té per objectiu elaborar una Estratègia Mundial i Pla d'Acció que el maig de 2008 presentarà a l'Assemblea Mundial de la Salut.

Després de dues sessions de treball de l'IGWG, s'ha arribat a l'acord de promoure nous debats sobre un tractat en recerca i desenvolupament en matèria de salut i biomedicina. L'objectiu és ajudar a establir necessitats i prioritats en matèria d'investigació i desenvolupament, identificar mecanismes de finançament sostenible i millorar la coordinació internacional, per proporcionar una base més ferma i sostenible a les activitats d'investigació i desenvolupament.

## 4. ALIANCES PÚBLIC-PRIVADES

Les aliances públic-privades són un mecanisme de promoció de la investigació i el desenvolupament en



malalties oblidades. La majoria d'aquests organismes reben suport tant del sector públic (governos o agències de Nacions Unides), com d'organitzacions de la societat civil, però sobretot de fundacions privades, com la Gates Foundation.

Un exemple és el Global Alliance for Vaccines and Immunisation (GAVI). El GAVI actualment està considerant l'utilització d'un mecanisme innovador de finançament, els Advanced Market Commitment (AMC). La idea és que es garanteixi un volum de compra a preus pre-acordats durant un període de temps i que així s'estimuli la creació d'un mercat que incentivi les empreses privades a innovar en tractaments pels quals no existiria interès inicialment.

Els AMC i les aliances públic-privades són mecanismes que actualment es troben en avaluació. Alguns experts plantegen dubtes sobre l'interès dels promotors d'aquestes iniciatives en promoure competència genèrica i transferència de tecnologia a països en desenvolupament.

## 5. PRODUCCIÓ DE MEDICAMENTS I FOMENT DE L'ÚS RACIONAL ALS CAMPAMENTS SAHRAUÍS

Medicus Mundi Catalunya, amb el suport del Ministeri de Salut de la República Àrab Sahrauí Democràtica (RASD), treballa des de 1992 als campaments sahrauís de Tindouf (Argèlia). D'una banda, per formar el personal sanitari en l'acondicionament i l'elaboració de medicaments, així com en la gestió d'un laboratori de producció de medicaments essencials, amb l'objectiu de pal·liar les mancances de fàrmacs i la dependència de les donacions externes. I d'altra banda, per millorar l'ús racional del medicament. No només és necessari tenir accés als medicaments, sinó que els i les pacients també han de saber com prendre'ls i com seguir de manera efectiva el tractament prescrit. És per això que se'ls ofereix informació sobre com prendre correctament la medicació.

## 6. VENDES SOCIALS DE MEDICAMENTS A NICARAGUA

Degut als insuficients recursos públics destinats a l'adquisició de medicaments per part del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa), moltes llars nicaragüenes han de destinar una part important del seu pressupost familiar per tenir-ne accés.

Per resoldre aquesta necessitat, contraparts locals i ONGD van desenvolupar una estratègia autosostenible d'adquisició de medicaments, que s'anomenen Vendes Socials dels Medicaments (VSM). Actualment, a Nicaragua hi ha tres xarxes d'adquisició de medicaments essencials de baix cost i qualitat: Prosalud, Acción Médica Cristiana (AMC) i Instituto Juan XXIII.

Dins de cada xarxa, a més de les VSM, hi ha les Farmacioles Ampliades i les Farmacioles Comunitàries, que es diferencien de les VSM pel fet de gestionar un nombre inferior de medicaments i que depenen directament d'alguna VSM. Aquesta diversificació d'establiments ha permès augmentar la cobertura de la població, que actualment s'estima que és d'1.200.000 persones, totes situades a zones rurals o zones urbanes precàries.

S'ha observat que aquest model és autosostenible, ja que les VSM, d'una banda, funcionen en xarxa, i entre elles pot existir l'anomenat subsidi creuat, al qual només s'hi accedeix si la farmàcia no té els beneficis suficients com per comprar més medicaments, i d'altra banda, perquè al principi del projecte es dona a cada VSM un "fons llavor" de medicaments, que permetrà la dispensació de medicaments a baix cost a la població beneficiària. Amb els beneficis obtinguts es crea un fons rotatori, de manera que no es descapitalitza la farmàcia i es poden seguir comprant en un futur medicaments al distribuïdor.

Els medicaments que hi ha a les Vendes Socials dels Medicaments, així com a les farmacioles, són medicaments genèrics i estan a la llista nicaragüenca de medicaments essencials.

# I TU, QUÈ HI POTS FER?

## I TU, QUÈ HI POTS FER?

- Adhereix-te a la campanya “Salut per al desenvolupament” a través del formulari de suport que trobaràs al web de la campanya. Amb el teu suport, podrem fer més força per millorar les polítiques de cooperació catalanes i instar que la resta de polítiques (econòmiques, comercials, de recerca,...) siguin coherents amb les de cooperació.
- Participa a les activitats organitzades en el marc de la campanya (xerrades, taules rodones i la mostra de films, entre d’altres)
- Difon el missatge de la campanya.
- Penja el ban de la campanya, si tens una pàgina web.

## FORMULARI DE SUPORT A LA CAMPANYA “SALUT PER AL DESENVOLUPAMENT”

A finals de la campanya presentarem aquestes signatures, juntament amb les propostes i recomanacions que volem sol·licitar, als organismes públics responsables de la cooperació.

- Si creus que la salut és un dret universal que caldria garantir.
- Si creus que la consecució dels drets humans és una qüestió de responsabilitat global: tant de cada estat com de la resta dels estats a través de les relacions establertes en política i economia internacional.
- Si creus que la salut és un mitjà, entre d’altres, per aconseguir el desenvolupament humà i en darrer terme, l’eradicació de la pobresa.
- Si creus que la manca d’accés als medicaments, que més de la tercera part de la població mundial pateix, és un problema on hi intervenen factors sobre els quals podem incidir.
- Si creus que són necessaris processos de canvi cap a unes relacions més equitatives entre homes i dones, i que cal actuar sobre les causes que impedeixen que les dones tinguin accés a la salut.
- Si creus que mitjançant intervencions conegudes, senzilles, assequibles i eficaces, com l’ús de sals de rehidratació oral per tractar la diarrea o la vacunació del xarampió, es podrien evitar moltes morts.
- Si creus que el canvi sí que és possible, com les iniciatives i solucions que proposem i donem a conèixer en el marc de la campanya.
- Si creus que podem contribuir a millorar aquesta situació incrementant, tant quantitativament com qualitativa, la cooperació sanitària que es realitza des de Catalunya.
- Si creus que cal exigir que altres polítiques catalanes (econòmiques, comercials i de recerca, entre d’altres) siguin coherents amb les de cooperació.

**Entra al web de la campanya i signa!**



## GLOSSARI

<b>ACCD</b>	Agència Catalana de Cooperació per al Desenvolupament
<b>ADPIC o TRIPS en anglès</b>	Aspectes dels Drets de Propietat Intel·lectual relacionats amb el Comerç
<b>AECI</b>	Agencia Española de Cooperación Internacional
<b>AMC</b>	Advanced Market Commitment
<b>AMC</b>	Acción Médica Cristiana
<b>AOD</b>	Ajuda Oficial al Desenvolupament
<b>AVAD</b>	Anys de Vida perduts Ajustats per Discapacitat
<b>CAD</b>	Comitè d'Ajuda al Desenvolupament
<b>CIPIH</b>	Comissió de Drets de Propietat Intel·lectual, Innovació i Salut pública
<b>CSM</b>	Comissió de Macroeconomia i Salut
<b>DH</b>	Dret Humà
<b>DOTS</b>	Tractament d'observació vigilada directa, per les seves sigles en anglès
<b>GAVI</b>	Global Alliance for Vaccines and Immunisation
<b>IDH</b>	Índex de Desenvolupament Humà
<b>IEG</b>	Índex d'Equitat de Gènere
<b>IFFI</b>	International Finance Facility for Immunisation
<b>IGWG</b>	Grup de Treball Intergovernamental sobre Salut Pública, Innovació i Propietat Intel·lectual
<b>KEI</b>	Knowledge Ecology International
<b>LME</b>	Llista de Medicaments Essencials
<b>MINSA</b>	Ministerio de Salud de Nicaragua
<b>MSF</b>	Metges Sense Fronteres
<b>OCDE</b>	Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic
<b>ODM</b>	Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni
<b>OMC</b>	Organització Mundial del Comerç
<b>OMS</b>	Organització Mundial de la Salut
<b>ONGD</b>	Organitzacions No Governamentals per al Desenvolupament
<b>OSC</b>	Organitzacions de la Societat Civil
<b>PIB</b>	Producte Interior Brut
<b>PIDCP</b>	Pacte Internacional de Drets Civils i Polítics
<b>PIDESC</b>	Pacte Internacional de Drets Econòmics, Socials i Culturals
<b>PMA</b>	Països menys avançats
<b>PNE</b>	Països no especificats
<b>PNUD</b>	Programa de les Nacions Unides per al Desenvolupament
<b>PRB</b>	Països de Renta Baixa
<b>PRMA</b>	Països de Renta Mitja Alta
<b>PRMB</b>	Països de Renta Mitja Baixa
<b>PVD</b>	Països en Vies de Desenvolupament
<b>R+D</b>	Recerca i Desenvolupament
<b>RASD</b>	República Àrab Saharaí Democràtica
<b>SIDA</b>	Síndrome de la Immunodeficiència Adquirida
<b>TLC</b>	Tractat Lliure Comerç
<b>VIH</b>	Virus de la Immunodeficiència Humana
<b>VSM</b>	Venda Social de Medicaments

## CONTACTE

### **CAMPANYA “SALUT PER AL DESENVOLUPAMENT”**

Tel: +34 679 46 48 12

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

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

### **FARMACÈUTICS MUNDI 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, baixos

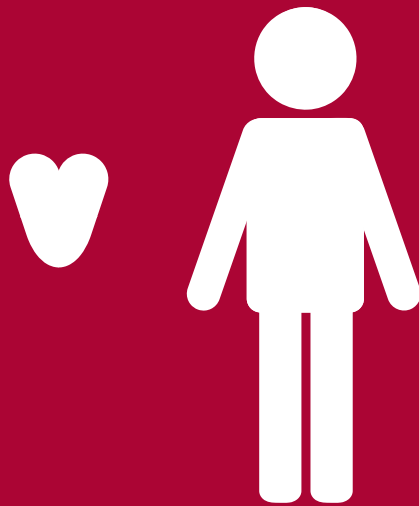
08023 Barcelona

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)