



Asamblea General

Distr. general
13 de abril de 2015
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

29º período de sesiones

Tema 5 de la agenda

Órganos y mecanismos de derechos humanos

Informe del Foro Social de 2015 (Ginebra, 18 a 20 de febrero de 2015)*

Presidente-Relator: Faisal bin Abdulla al-Henzab (Qatar)

Resumen

El presente informe contiene un resumen de los debates y las recomendaciones del Foro Social de 2015. De conformidad con la resolución 26/28 del Consejo de Derechos Humanos, el Foro se celebró en Ginebra del 18 al 20 de febrero de 2015, y giró en torno al acceso a los medicamentos en el contexto del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, incluidas las mejores prácticas al respecto.

* Los anexos del presente informe se distribuyen tal como se recibieron.

GE.15-07707 (S) 050515 080515



* 1 5 0 7 7 0 7 *

Se ruega reciclar



Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción	1–3	3
II. Apertura del Foro Social	4–6	3
III. Resumen de las actuaciones	7–58	4
A. Oradores principales y declaraciones generales.....	7–10	4
B. Panorámica general del acceso a los medicamentos en el contexto del derecho a la salud.....	11–15	6
C. Mejora de los sistemas de atención de la salud en entornos complicados	16–20	7
D. Acceso a los medicamentos para mujeres y niños	21–25	9
E. Derechos de propiedad intelectual y acceso a los medicamentos	26–30	10
F. Lecciones aprendidas y nuevos desafíos en la respuesta mundial al sida.....	31–35	12
G. Métodos centrados en el paciente para velar por el acceso a los medicamentos	36–41	13
H. Subgrupos de discusión y debate en sesión plenaria.....	42–43	15
I. Enfoques innovadores para promover el acceso a los medicamentos.....	44–49	16
J. Buenas prácticas en la promoción del acceso a los medicamentos (mesa redonda) ..	50–58	18
IV. Conclusiones y recomendaciones.....	59–74	21
A. Conclusiones.....	60–66	22
B. Recomendaciones	67–74	23
Anexos		
I. Provisional agenda.....		25
II. List of participants		26

I. Introducción

1. En su resolución 6/13, el Consejo de Derechos Humanos mantuvo el Foro Social como un espacio único para el diálogo interactivo entre los mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas y distintos interesados pertinentes, subrayando la importancia de coordinar la labor a nivel nacional, regional e internacional para promover la cohesión social basada en los principios de justicia social, equidad y solidaridad, y de tomar en consideración la dimensión social y los desafíos de la globalización, así como cuestiones relacionadas con el entorno nacional e internacional necesario para la promoción del disfrute de todos los derechos humanos por todas las personas¹.

2. De conformidad con la resolución 26/28 del Consejo de Derechos Humanos, el Foro Social se celebró en Ginebra del 18 al 20 de febrero de 2015 y examinó el acceso a los medicamentos en el contexto del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, incluidas las mejores prácticas al respecto. El Presidente del Consejo nombró Presidente-Relator del Foro a Faisal bin Abdulla al-Henzab, Embajador y Representante Permanente de Qatar ante la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra.

3. El programa de trabajo² se elaboró bajo la orientación del Presidente, con aportaciones de los interesados pertinentes. En virtud de lo dispuesto en el párrafo 8 de la resolución 26/28 del Consejo de Derechos Humanos, los informes de antecedentes facilitados por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) orientaron los debates (A/HRC/23/42, A/HRC/17/43 y A/HRC/11/12). El presente informe contiene un resumen de los debates celebrados, así como las conclusiones y recomendaciones.

II. Apertura del Foro Social

4. En su discurso de apertura, el Presidente-Relator del Foro Social hizo un llamamiento a los participantes para que identificaran y promovieran enfoques concretos, progresivos y orientados a la acción a fin de mejorar el acceso a los medicamentos. Observando la especial importancia de esta cuestión para el Estado y el pueblo de Qatar, el Presidente-Relator defendió un aumento de la cooperación internacional para garantizar el acceso a los medicamentos, un elemento clave para la salud, el bienestar y el desarrollo de todas las personas y una cuestión de justicia social. En consecuencia, debía eliminarse toda desigualdad, incluidos los elevados costes a los que deben hacer frente los pacientes en muchos países de ingresos bajos y medios. Con este fin, la comunidad internacional debía promover la innovación y la producción local, el uso de las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), la coherencia en materia de políticas entre las obligaciones de derechos humanos y los regímenes de inversión y comercio internacional, y el compromiso activo de todas las partes interesadas, incluido el sector privado, para salvar las vidas de millones de personas que no tienen acceso a medicamentos.

5. Jane Connors, Directora de la División de Investigación y del Derecho al Desarrollo (ACNUDH), calificó el acceso a los medicamentos de cuestión fundamental y oportuna, en particular a tenor de la incipiente agenda de las Naciones Unidas para el desarrollo después de 2015. El ACNUDH había abogado reiteradamente por que la agenda se apoyara en el

¹ Para más detalles sobre el Foro Social, véase www.ohchr.org/EN/issues/poverty/sforum/pages/sforumindex.aspx.

² Puede consultarse en www.ohchr.org/Documents/Issues/SForum/SForum2015/PoW.pdf.

derecho de los derechos humanos, que obliga a los Estados a respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud. De acuerdo con lo dispuesto en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Estados debían tomar medidas, hasta el máximo de sus recursos disponibles, para lograr la efectividad del derecho a la salud, prohibir las medidas retroactivas y cumplir, de manera inmediata, las obligaciones básicas mínimas. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales consideraba el acceso a los medicamentos como una obligación fundamental. Los medicamentos debían ser asequibles, aceptables, accesibles, de buena calidad y debían estar disponibles sin discriminación. Aun así, 2.000 millones de hombres, mujeres y niños carecían de acceso a medicamentos esenciales. La Sra. Connors exhortó a la comunidad internacional a que tomara medidas inmediatas para corregir esta tragedia, entre otros medios creando capacidad de producción en los países en desarrollo, permitiendo el acceso a medicamentos genéricos y mejorando los proyectos de investigación y desarrollo relacionados con el tratamiento de enfermedades desatendidas.

6. Joachim Rücker, Presidente del Consejo de Derechos Humanos, expresó su apoyo al Foro Social en su calidad de órgano subsidiario del Consejo que reúne a múltiples interesados, como Estados Miembros, la sociedad civil y demás. El Foro ofrecía un espacio único que permitía entablar un diálogo constructivo para debatir soluciones prácticas a problemas de la vida real, a nivel comunitario inclusive. El orador hizo un llamamiento para que se tomaran medidas inmediatas destinadas a fortalecer los sistemas de salud, se estableciera una cobertura médica universal y se garantizara el acceso a medicamentos seguros y eficaces. Tragedias recientes, como el brote de ébola en el África Occidental, demostraban la necesidad de adoptar medidas inmediatas para robustecer los sistemas de salud mediante soluciones basadas en los derechos que afirmaran la dignidad de los pueblos y garantizaran su bienestar. Para seguir avanzando, entre otros aspectos en el acceso a los medicamentos en la agenda para el desarrollo después de 2015, el respeto por los derechos humanos debía ser el pilar último sobre el que reposara la legitimidad de las actuaciones de gobiernos, instituciones internacionales y corporaciones.

III. Resumen de las actuaciones³

A. Oradores principales y declaraciones generales

7. Deqo Mohamed, Directora General de la Fundación Dra. Hawa Abdi de Somalia, describió la labor de esta. Pese a que sus recursos eran limitados, había proporcionado atención médica a más de un millón de personas en un contexto rural y asolado por la guerra. Se mostró partidaria de un enfoque integral a la prestación de cuidados médicos basado en la mejora del acceso a las clínicas (carreteras e infraestructuras), la formación del personal médico y la creación de instalaciones de atención de la salud. La Fundación también fomentaba la capacidad de las comunidades de base. La aldea de Hawa Abdi, surgida alrededor de la clínica, era un bastión de seguridad y de vida comunitaria. Si bien las organizaciones no gubernamentales participaban en los programas, su función solía ser temporal y dejaban tras de sí un vacío cuando se marchaban. Se necesitaba apoyo para establecer un sistema público de salud que funcionara mediante, entre otras cosas, programas de formación de los trabajadores sanitarios comunitarios y de un mejor aprovechamiento de la tecnología. Por ejemplo, en zonas de difícil acceso, los teléfonos móviles podían facilitar la comunicación entre los pacientes y el personal médico. Era preciso volver a insistir en la estabilidad del acceso a los medicamentos, entre otras vías

³ Las declaraciones y las presentaciones que se facilitaron a la secretaría pueden consultarse en www.ohchr.org/EN/Issues/Poverty/SForum/Pages/StatementSForum2015.aspx.

capacitando a la gente a través de unos programas educativos orientados a fomentar su independencia.

8. Jorge Bermudez, Vicepresidente de Producción e Innovación Sanitaria, Fundación Oswaldo Cruz, Ministerio de Salud del Brasil, se refirió a las consecuencias de los acuerdos comerciales internacionales en el acceso a los medicamentos y a la necesidad de incluir en las negociaciones consideraciones relacionadas con el derecho a la salud. El Acuerdo sobre los ADPIC no debería impedir el ejercicio del derecho a la salud. En sus negociaciones, el Brasil defendía medidas para proteger el derecho a la salud, derecho que había incorporado expresamente a su legislación nacional y a sus políticas, en particular garantizando el acceso universal a los cuidados médicos y vinculando salud y desarrollo. El Brasil había recurrido a las alianzas público-privadas para reducir el coste de los medicamentos y formar a expertos locales. Asimismo, había empleado la regulación de los precios, listas de medicamentos esenciales y otras políticas nacionales. Todas estas iniciativas habían permitido reducir de manera considerable el precio de las terapias antirretrovirales. No obstante, la asequibilidad seguía siendo un problema de primera magnitud. El orador hizo un llamamiento para que se adoptaran medidas a escala nacional, regional y mundial a fin de abordar las implicaciones del régimen de propiedad intelectual en materia de derechos humanos, incluidas la ampliación de las flexibilidades enunciadas en el Acuerdo sobre los ADPIC, un mayor uso de los mecanismos de concesión de licencias voluntarias y el apoyo internacional para fomentar los avances a fin de alcanzar acuerdos comerciales que mejoren el acceso.

9. Stephen Lewis, Codirector de AIDS-Free World, se refirió a la asequibilidad y a las responsabilidades de las empresas farmacéuticas. Condenó un sistema que permitía que las empresas cobraran decenas de miles de dólares por unos tratamientos cuyo coste de producción rondaba los cien dólares y en el que las empresas ejercían una intensa presión sobre los gobiernos para proteger el *status quo*. Después de afirmar categóricamente que los balances financieros no debían anteponerse a la vida de las personas, el Sr. Lewis recordó la recomendación de la Comisión Global sobre VIH y Derecho de convocar a un órgano neutral de alto nivel a fin de elaborar un nuevo régimen de propiedad intelectual para productos farmacéuticos e incluir en futuros acuerdos de libre comercio una moratoria sobre protección de patentes de medicamentos. Propuso cinco medidas para mejorar el acceso a los medicamentos: a) utilizar los objetivos de desarrollo sostenible propuestos, en particular el objetivo 3.8, para presionar a los gobiernos; b) litigar contra las empresas farmacéuticas; c) incluir consideraciones relativas al derecho a la salud en las negociaciones comerciales; d) formar alianzas para concienciar sobre el problema del coste y de la accesibilidad; e) apoyar al ACNUDH en sus iniciativas para alentar a los gobiernos a financiar la atención de la salud.

10. Durante el segmento de declaraciones de carácter general hicieron uso de la palabra representantes del Brasil, Chile, China, Colombia, Cuba, la India, el Pakistán, Sudáfrica, Sri Lanka, Tailandia, la República Bolivariana de Venezuela, la Santa Sede, Ariel Foundation International y Autistic Minority International. Los Estados destacaron las medidas adoptadas a nivel nacional para garantizar el acceso a los medicamentos. Insistieron en que las cuestiones de salud deben primar sobre los derechos de propiedad intelectual y los intereses comerciales y pidieron flexibilidad en el Acuerdo sobre los ADPIC. Se plantearon otras cuestiones, como la calidad de los medicamentos, la fabricación de medicamentos genéricos, el apoyo a la capacidad local, la desigualdad entre Estados y su incidencia en el acceso a los medicamentos, la salud mental, la medicación excesiva, la cooperación internacional, las alianzas público-privadas, los beneficios para el desarrollo de una población que goce de buena salud, la relación entre costes sanitarios y pobreza, la inversión y la innovación, la movilización de recursos para luchar contra las enfermedades en los países en desarrollo, los medicamentos para niños, la participación de los jóvenes en

los debates que les afectan, los mercados negros y las leyes y las políticas sobre la atención de la salud.

B. Panorámica general del acceso a los medicamentos en el contexto del derecho a la salud

11. Martin Khor, Director Ejecutivo del Centro del Sur, calificó el acceso a los medicamentos como uno de los conceptos básicos del disfrute de los derechos a la salud y a la vida. Los principales obstáculos en este sentido eran los tratados de inversión y los acuerdos regionales que limitaban las flexibilidades enunciadas en el Acuerdo sobre los ADPIC, la pérdida de ingresos de los gobiernos como consecuencia de la situación económica y las condiciones que impedían el establecimiento y el funcionamiento continuado de fabricantes de genéricos. Para hacer frente a estos problemas, propuso: a) promover la utilización de las flexibilidades que figuran en el Acuerdo sobre los ADPIC; b) renovar las excepciones contenidas en el Acuerdo sobre los ADPIC para los países menos adelantados mientras pertenecieran a esa categoría; c) permitir que los países de ingresos medios pudieran acogerse a las excepciones incluidas en el Acuerdo sobre los ADPIC; d) modificar los tratados de inversión que amenazaran el derecho a la salud; e) suprimir las disposiciones que iban más allá del Acuerdo sobre los ADPIC y otras cláusulas de los acuerdos de libre comercio que pudieran poner en peligro el acceso a los medicamentos y el derecho a la salud; f) proteger los servicios de salud pública, incluso en tiempos de crisis económica; g) fomentar la capacidad para fabricar medicamentos genéricos; h) promover el acceso universal a medicamentos nuevos; i) dar prioridad al desarrollo de medicamentos para enfermedades farmacorresistentes; j) promover actividades de investigación y desarrollo conjuntas y financiadas con fondos públicos; k) prestar asistencia financiera y tecnológica a los países en desarrollo.

12. Zafar Mirza, Coordinador de Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual, Departamento de Medicamentos Esenciales y Productos Sanitarios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), presentó una panorámica general de la labor de la OMS en el ámbito del acceso a los productos médicos, una de sus seis prioridades de liderazgo. Existían medios para hacer que el acceso a los medicamentos fuera sostenible en el marco de la cobertura médica universal y de los sistemas de salud actuales. Este acceso era un componente inequívoco del derecho humano a la salud, así como una cuestión compleja y en la que intervenían múltiples interesados, factores determinantes y perspectivas. La OMS se esforzaba por promover el acceso universal a unos medicamentos seguros, eficaces y de alta calidad, prescritos y utilizados racionalmente y supervisados por medio de los mecanismos reglamentarios adecuados. Había que mejorar el acceso a los medicamentos ya existentes (genéricos y patentados), y los proyectos de investigación y desarrollo de nuevos medicamentos esenciales debían centrarse en mejorar no solo el rendimiento de las inversiones, sino también los resultados en materia de salud. Se debía dar respuesta a las necesidades médicas de los más vulnerables. Los litigios sobre el derecho a la salud fomentaban el acceso a los medicamentos.

13. Dainius Pūras, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, denunció las desigualdades generalizadas y muy graves en el acceso a los servicios de salud y a los medicamentos, que habían dejado a 2.000 millones de personas sin acceso a los productos médicos que necesitaban. La mala salud era una causa y una consecuencia de la pobreza, y el acceso a los medicamentos, un problema especialmente pertinente en el mundo en desarrollo. Los Estados debían velar por que los medicamentos fueran asequibles y accesibles sin discriminación. Para ello, era necesario introducir mejoras en la adquisición y la distribución a escala mundial, en particular en los países en desarrollo. Debían mejorar los proyectos de investigación y

desarrollo de medicamentos para enfermedades desatendidas. Pese a que la responsabilidad principal de velar por el acceso a los medicamentos recaía en los Estados mediante, entre otras cosas, las políticas nacionales de salud, los efectos de las leyes de propiedad intelectual y de las políticas de los países donantes también podían ser importantes. Se refirió a los problemas ocasionados por un uso excesivo o indebido de los medicamentos, en especial en relación con las enfermedades mentales. Un enfoque integral del tratamiento debía tener en cuenta la prescripción de medicamentos, en particular la de psicotrópicos.

14. Durante el diálogo interactivo, hicieron uso de la palabra representantes de la India, el Consejo Indio de Sud América, la International Association for Hospice and Palliative Care y Rencontre africaine pour la défense des droits de l'homme. Los oradores destacaron cuestiones como la falta de acceso a medicamentos eficaces para el tratamiento del dolor, la lentitud en la respuesta a la crisis del ébola, el fracaso del régimen de propiedad intelectual para proteger los conocimientos tradicionales frente a la explotación por parte de las farmacéuticas y las diferencias entre los problemas relativos al acceso a medicamentos genéricos y a medicamentos patentados.

15. En su respuesta, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental observó que eran muchas las lecciones que se podían extraer de la crisis del ébola. Hizo un llamamiento para que se introdujeran mejoras en los sistemas de respuesta, se movilaran recursos adicionales y se mejoraran los sistemas y las infraestructuras médicas a fin de evitar crisis. El Dr. Mirza aclaró que el acceso a los medicamentos patentados y a los medicamentos genéricos planteaba las mismas dificultades; no obstante, el elevado precio de los medicamentos patentados planteaba un problema adicional. Sugirió un enfoque más amplio que no solo pusiera el acento en los medicamentos patentados y las deficiencias del mercado, sino que detectara asimismo las deficiencias de las políticas públicas. Haciendo uso de la palabra en nombre del Sr. Khor, Germán Velásquez, asesor especial en materia de salud y desarrollo del Centro del Sur, sugirió a la OMS que empleara el artículo 19 de su Constitución para adoptar decisiones vinculantes y administrar justicia en el acceso a los medicamentos.

C. Mejora de los sistemas de atención de la salud en entornos complicados

16. Abdul Majeed Siddiqi, responsable de misión de HealthNet TPO (Afganistán) se refirió al tratamiento de la salud mental en Estados frágiles. En el Afganistán, la labor que ha desarrollado HealthNet TPO desde el año 2000 había incluido iniciativas para, a partir de un trabajo de determinación de los hechos, educación y formación y promoción de las políticas, integrar los servicios de salud mental en los servicios de salud de 15 provincias. No obstante, mientras que en otros países en desarrollo el porcentaje de población que sufría problemas de salud mental era del 20%, en el Afganistán rondaba el 50%, y solamente el 2% buscaban tratamiento. El Afganistán se enfrentaba a otros problemas, como la estigmatización de los pacientes de los servicios de salud mental; una integración desigual de los servicios de salud mental en la atención primaria y secundaria de la salud; la falta de centros de calidad para la derivación de pacientes, así como la falta de financiación y de prioridades por parte del Gobierno y de los donantes; o problemas relacionados con la capacidad del personal, el suministro de medicamentos en los centros de atención de la salud, y la calidad y la conformidad de los medicamentos.

17. Monseñor Robert J. Vitillo, Responsable de Caritas Internationalis (Ginebra), al tiempo que reconocía el papel de los Estados, destacó la función complementaria durante las crisis sanitarias de distintas partes interesadas, incluidas las organizaciones religiosas. Tras el estallido del brote de ébola, mientras los gobiernos y las organizaciones internacionales se esforzaban por dar una respuesta, organizaciones como Caritas habían

actuado inmediatamente a nivel local, nacional, regional e internacional. Reforzaron y mantuvieron el apoyo prestado por los servicios católicos de salud locales y movilizaron a voluntarios internacionales que colaboraron con las comunidades locales. Las organizaciones religiosas se encontraban en una posición privilegiada para velar por la dignidad humana en cualquier circunstancia y para proporcionar a las comunidades locales un apoyo material, pastoral y espiritual que complementara el apoyo médico que prestaban los proveedores de servicios de salud.

18. Mahmoud Daher, Oficial encargado de la suboficina de la OMS en Gaza para los territorios palestinos ocupados, explicó cómo, desde 1967, la ocupación militar había impedido el progreso en la región: no solo había debilitado el desarrollo en todas sus facetas para 4,2 millones de palestinos, sino que también había afectado negativamente a los sistemas de atención de la salud. En Gaza múltiples factores internos y externos habían provocado, durante los últimos cinco años, una carencia crónica de medicamentos esenciales del 30% de media y del 50% de media en lo referente a suministros médicos desechables. Los graves problemas de suministro de combustible y la falta de equipos adecuados y de recursos financieros suficientes también dificultaban la prestación de servicios médicos, especialmente en Gaza. El orador señaló que el sector médico palestino seguiría viéndose afectado mientras no se corrigieran las causas estructurales de esas deficiencias y no se suprimieran los obstáculos al control de los recursos y la planificación, a las oportunidades económicas y educativas y a la libre determinación.

19. Durante el diálogo interactivo, hicieron uso de la palabra representantes del Congo, la Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII, la Asociación Médica de China, Health Innovation in Practice, New Generation Ishaka, el Movimiento por la Salud de los Pueblos, y el Dr. Bermudez y Raffaella Schiavon, Directora General de Ipas México. Se sugirió entre otras cosas, lo siguiente: a) la comunidad internacional debía garantizar el acceso a medicamentos esenciales y proteger y apoyar a los profesionales de la salud, incluso en entornos complejos, y las personas en situaciones de vulnerabilidad, incluidas las mujeres, debían tener acceso a medicamentos; b) había que volver a poner el acento en las medidas directas para mejorar los sistemas de atención de la salud, también en las zonas rurales, y para formar al personal médico y al personal de apoyo; c) se debía crear un clima de confianza entre las comunidades y los trabajadores sanitarios; d) había que coordinar de manera eficaz las respuestas internacionales a los desafíos en materia de salud; e) los enfoques sostenibles a largo plazo encaminados a mejorar el acceso a los medicamentos debían basarse en datos y no en consideraciones políticas.

20. En sus observaciones finales, Monseñor Vitillo observó que, a menudo, en los entornos complejos la atención de la salud materna solía descuidarse: por ejemplo, las unidades para el tratamiento del ébola carecían de paritorios. No obstante, una mayor cooperación entre gobiernos, equipos médicos internacionales y organizaciones no gubernamentales que trabajaban con las comunidades locales podía contribuir a que mejoraran los resultados en materia de salud. El Sr. Daher señaló que muchos profesionales de la salud en Gaza llevaban más de un año sin percibir su salario, hecho que sometía al sistema a una gran presión. El Dr. Siddiqi declaró que, aunque los donantes adoptaban distintos enfoques, recientemente se había logrado, hasta cierto punto, racionalizar y mejorar la eficacia de la asistencia internacional a fin de mejorar el acceso a los medicamentos esenciales en contextos complicados. Los expertos coincidieron en que farmacéuticas, gobiernos y la comunidad internacional debían mejorar su capacidad de responder a las crisis y garantizar el ejercicio de los derechos humanos.

D. Acceso a los medicamentos para mujeres y niños

21. La Dra. Schiavon declaró que garantizar el acceso a unas instalaciones de salud neonatal y reproductiva y equiparlas en consecuencia era esencial para garantizar el ejercicio de los derechos humanos, incluidos el derecho a la salud y a la vida. Pese al notable descenso observado en las tasas de mortalidad materna desde 1990, en 2013 el número de mujeres fallecidas por causas relacionadas con la maternidad todavía ascendía a 289.000, y la tasa de mortalidad presentaba unas disparidades considerables entre unas regiones y otras. En todo el mundo, el porcentaje de embarazos no deseados ascendía al 41% y la mayoría se debían a la no utilización o la infrautilización de métodos anticonceptivos. Existía una relación entre el menor uso de métodos anticonceptivos y el mayor número de abortos. Reducir los embarazos no deseados podía evitar el 60% de las muertes maternas y el 57% de las infantiles. Pese a que había aumentado el acceso a métodos anticonceptivos, persistían las desigualdades tanto entre Estados como en el interior de estos. Eran varios los problemas y las barreras que impedían el acceso de la mujer en igualdad de condiciones a medicamentos que podían salvarle la vida, por ejemplo un rechazo por causas ideológicas a determinados medicamentos, como los métodos anticonceptivos de urgencia o el misoprostol (oxitócico oral), recomendado para distintos usos obstétricos. La Dra. Schiavon se mostró a favor de unas directrices y unas políticas empíricas de promoción del acceso a medicamentos para la salud sexual y reproductiva.

22. Tarek Meguid, profesor asociado de la Universidad Estatal de Zanzíbar, afirmó que la falta de acceso a medicamentos constituía una violación grave de los derechos humanos, en particular en el ámbito de la salud materna e infantil. Citando a Mahmoud Fathalla, señaló que las mujeres no se morían por falta de medios técnicos, sino porque eran pobres y estaban desamparadas y embarazadas, y la comunidad internacional todavía no había decidido que merecía la pena salvar sus vidas. Describió unas instalaciones inadecuadas, parecidas en cierto sentido a clínicas veterinarias, y recalcó la necesidad de proteger la vida y la dignidad de las mujeres y los niños pobres. Las mujeres debían disponer de un espacio para empoderarse y, de ese modo, tener el control de sus vidas. El Dr. Meguid hizo un llamamiento a la creación de espacios físicos, económicos y sociales para capacitar a la mujer y permitirle erigirse en vector del cambio. Para ello era necesario tomar medidas inmediatas.

23. Lingli Zhang, catedrática y directora de Farmacia del Hospital Universitario II de China Occidental, Universidad de Sichuan, describió la labor que realizaban los países pertenecientes al grupo BRICS (Brasil, China, Federación de Rusia, Sudáfrica e India) para mejorar el acceso de los niños a los medicamentos, al tiempo que se hizo eco de los esfuerzos de estos países por alcanzar sus objetivos en materia de reducción de la mortalidad infantil. Aunque existían ya muchos medicamentos asequibles y accesibles, la intervención efectiva solía ser inadecuada por falta de preparados pediátricos y otros factores. Se habían dado algunos pasos positivos, pero solamente el 4,1% de los medicamentos disponibles en China estaban reservados para los niños, según un estudio de los medicamentos que se empleaban en las unidades de pediatría de 15 hospitales. La Dra. Zhang propuso hacer un llamamiento para crear conciencia a escala mundial sobre la necesidad de que todos los Estados dispusieran de una lista de medicamentos esenciales para niños. Pidió a los Estados que aprendieran de las prácticas óptimas del resto, entre otros de los avances registrados en los países del grupo BRICS, como la lista de medicamentos esenciales para niños existente en China, la India y Sudáfrica.

24. Durante el debate subsiguiente, hicieron uso de la palabra la Dra. Mohamed y representantes del ACNUDH, la Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII, Autistic Minority International, el Centro de Derechos Reproductivos y el Movimiento por la Salud de los Pueblos. Debatieron el deber de los gobiernos de garantizar el acceso a la

información, sin discriminación, en materia de servicios anticonceptivos; el acceso de mujeres embarazadas que viven en un contexto de inseguridad alimentaria y de mujeres y niños autistas a los medicamentos; y el potencial de la educación a la hora de reducir la mortalidad infantil. La guerra y la migración afectaban a las mujeres, a las madres y a los niños de una manera desproporcionada. En tales casos, había que aplicar unas políticas sanitarias especiales y poner a disposición de estos grupos medicamentos en presentaciones duraderas que no requirieran refrigeración.

25. El Dr. Meguid declaró que, en el caso de las personas que vivían en entornos con instalaciones médicas inadecuadas, las malas condiciones eran la norma. No se quejaban porque carecían de capacidad, en relación con sus necesidades en materia de salud, para exigir la rendición de cuentas. Los centros médicos no disponían de personal suficiente y las condiciones de trabajo eran inaceptables. Los trabajadores de la salud sufrían y cometían vulneraciones de los derechos humanos. En consecuencia, hasta que se les empoderara y se empoderara a sus pacientes, seguirían prestando unos servicios de salud de inferior calidad. La Dra. Schiavon señaló, a modo de conclusión, que la desigualdad en el acceso a anticonceptivos y otros medicamentos era un problema global, y a menudo una cuestión ideológica. La Dra. Zhang hizo un llamamiento para que se operara un cambio de mentalidad en relación con el acceso a los medicamentos e insistió en la importancia de una política sanitaria eficaz.

E. Derechos de propiedad intelectual y acceso a los medicamentos

26. Lisa Forman, profesora adjunta en la Facultad Dalla Lana de Salud Pública de la Universidad de Toronto, calificó el acceso a los medicamentos como uno de los ejemplos más evidentes de cómo las leyes de la economía y del comercio entraban en conflicto con los derechos humanos, incluidos los derechos a la vida, a la salud y al desarrollo. Centró su intervención en las consecuencias que los derechos de propiedad intelectual tenían sobre los medicamentos, e ilustró su afirmación con el ejemplo de Malasia, donde el precio de los medicamentos había experimentado un aumento anual del 28% entre 1996 y 2005 tras la aplicación del Acuerdo sobre los ADPIC. Más de 2.000 millones de personas continuaban sin tener acceso a medicamentos esenciales, y el principal obstáculo a ese acceso seguía siendo el precio de los medicamentos. Exhortó a las Naciones Unidas a que apoyaran la utilización de licencias obligatorias, que habían demostrado ser un medio eficaz para provocar un descenso de los precios y permitir que el Estado hiciera efectivas sus obligaciones contraídas con arreglo al derecho a la salud. Durante el proceso del examen periódico universal, los Estados debían rendir cuentas por la imposición de disposiciones que iban más allá del Acuerdo sobre los ADPIC en acuerdos de libre comercio, hecho que vulneraba el derecho a la salud. La Sra. Forman indicó que las flexibilidades enunciadas en el Acuerdo sobre los ADPIC no bastaban para responder a los motivos de preocupación relacionados con el precio de los medicamentos, en referencia a la recomendación de la Comisión Global sobre VIH y Derecho para que el Secretario General creara un nuevo órgano que recomendara un nuevo régimen de derechos de propiedad intelectual para los medicamentos.

27. Thamara Romero, Funcionaria Jurídica de la Unidad de la Propiedad Intelectual de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD), se refirió a la labor de la UNCTAD en materia de acceso a los medicamentos. El mandato de la UNCTAD en esa esfera se basaba en el Mandato de Doha de 2012 (TD/500/Add.1, párr. 65 (j)) y en la garantía de suministro de medicamentos esenciales ahí estipulada. La UNCTAD había observado una necesidad cada vez mayor de diversificar y ampliar la producción farmacéutica. En el futuro, cabía la posibilidad de que la India dejara de ser considerada como la "farmacia del mundo" y aumentar la producción local podría mejorar el acceso a

los medicamentos. Se refirió a un caso en el que un alto tribunal del Perú ratificó el derecho de una persona a la salud, con independencia de si el Gobierno había asignado recursos financieros suficientes al sector de la salud. Hizo un llamamiento a servirse más de las flexibilidades incluidas en el Acuerdo sobre los ADPIC y afirmó que, debidamente aplicados, no tenía por qué existir necesariamente un conflicto entre los derechos humanos y la propiedad intelectual. No obstante, era necesario concienciar a los responsables de la formulación de políticas y a los jueces sobre la aplicación de dichas flexibilidades para mejorar el acceso a los medicamentos.

28. Antony Taubman, Director de la División de Propiedad Intelectual de la Organización Mundial del Comercio (OMC), destacó la confluencia entre salud, comercio y derechos de propiedad intelectual. La Declaración de Doha relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública era un elemento clave a la hora de entender esa confluencia, pues en ella se reconocía la importancia de la propiedad intelectual en el desarrollo de nuevos medicamentos al tiempo que se admitían sus posibles efectos sobre los precios, un punto de partida para debates de política internacional con miras a hallar, en la práctica, un equilibrio adecuado entre la promoción del acceso a los medicamentos y la innovación. Recomendó redoblar la cooperación internacional para hacer efectivo el derecho a la salud, una cuestión necesaria para el desarrollo sostenible. Subrayó tres grandes áreas para la labor futura: a) la aclaración de las reglas, los datos y los avances del sector; b) la coordinación de las operaciones y la coherencia en todo el sistema; y c) la aplicación y la acción. Basándose en el estudio de la OMC, la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual y la OMS, *Promover el acceso a las tecnologías médicas y la innovación*, señaló que muchas veces coincidían en la necesidad de reforzar los sistemas nacionales de salud y definir métodos de compra innovadores dentro de los marcos jurídicos y normativos actuales.

29. Durante el diálogo interactivo, formularon observaciones representantes de Colombia, la India, México, la Comisión Colombiana de Juristas, Knowledge Ecology International, el Movimiento por la Salud de los Pueblos-Safe Observer International, la Red del Tercer Mundo y Universities Allied for Essential Medicines, así como el Dr. Bermudez, la Dra. Schiavon y Regina Kamoga, Directora Ejecutiva de la Community Health and Information Network (Uganda). Debatieron las cuestiones siguientes: cooperación Sur-Sur; los monopolios de las patentes; las disposiciones que van más allá del Acuerdo sobre los ADPIC en los acuerdos de libre comercio; el carácter fundamentalmente injusto de los regímenes de propiedad intelectual, especialmente para los países de ingresos medios; qué se entiende por "medicamento esencial"; alternativas a los ADPIC; el papel de la OMC; la contribución de las universidades a la innovación y el desarrollo de medicamentos; los obstáculos a la investigación y el desarrollo; la resistencia a los antibióticos y el desafío que plantean los regímenes de propiedad intelectual que dificultan el suministro de antibióticos efectivos; el papel positivo de los ADPIC como motor de innovación; la necesidad de aumentar el número de licencias obligatorias en los países en desarrollo.

30. En sus observaciones finales, la Sra. Forman aludió a la responsabilidad de los Estados a la hora de velar por el acceso a todos los medicamentos, y no solo a los esenciales, y afirmó que el sistema actual de excepciones y flexibilidades de los ADPIC era injusto. El Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que había entrado en vigor el 5 de mayo de 2013, establecía un procedimiento de investigación jurídicamente vinculante, un mecanismo importante para interpretar y hacer cumplir el derecho a la salud. El Sr. Taubman reiteró la importancia de la coherencia en materia de políticas en los regímenes jurídicos y normativos. Pidió a los expertos en propiedad intelectual, por una parte, y a los profesionales de la salud y los responsables de la formulación de políticas, por la otra, a que, respectivamente, profundizaran en el entendimiento de los problemas de salud pública y adquirieran conocimientos prácticos sobre las flexibilidades enunciadas en el Acuerdo sobre los ADPIC. La Sra. Romero señaló

que, aunque cada país tenía sus propias necesidades, los análisis de las estrategias jurídicas nacionales eran útiles para aplicar el Acuerdo y sus flexibilidades. Mejorar la capacidad de producción local facilitaba el acceso a los medicamentos.

F. Lecciones aprendidas y nuevos desafíos en la respuesta mundial al sida

31. Martin Choo, de la Red de Asia y el Pacífico de Personas que Viven con el VIH/SIDA (APN+), insistió en la importancia de un acceso en igualdad de condiciones y de un tratamiento eficaz. Afirmó que el acceso al tratamiento era un derecho humano, que gracias al tratamiento los pacientes se sentían personas y que un tratamiento eficaz era un bien público. No obstante, se estaba abandonando a los pacientes, y muchos de los que se encontraban en esta situación pertenecían a grupos sociales vulnerables, como los pobres, los trabajadores sexuales, los consumidores de drogas o las lesbianas, los gais, los transgénero, los transexuales y los intersexuales. Afirmó que los pacientes no deberían ser una mera estadística. En la región de Asia y el Pacífico, prácticamente el 40% de las personas infectadas por el VIH/SIDA no recibía tratamiento. La incidencia de la depresión y las enfermedades mentales era muy elevada entre las personas con VIH; a menudo, sin embargo, estas personas tampoco recibían un tratamiento adecuado. En los parlamentos nacionales, APN+ había defendido enérgicamente el derecho al acceso al tratamiento para las personas que viven con el VIH. APN+ también trabajaba para ampliar el tratamiento y el apoyo comunitario a los más vulnerables.

32. Alma de León, Directora Regional de Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento para América Latina y el Caribe, explicó que muchos medicamentos que podían encontrarse en el mundo desarrollado no estaban disponibles en América Latina. A menudo, los niños apenas tenían acceso al tratamiento, acceso que sin embargo, podía verse reducido o incluso desaparecer al llegar a la edad adulta como consecuencia de la falta de tratamientos de tercera línea, inaccesibles en determinados países a causa de su elevado precio. Los nuevos objetivos de desarrollo debían acelerar la cobertura universal y acabar con la brecha en el acceso a los medicamentos. La atención médica universal solamente sería una realidad si se daba respuesta a las exigencias de la gente y se anteponían los derechos humanos a los de propiedad intelectual. Exhortó a la comunidad internacional a que eliminara las barreras al acceso y trabajara para elaborar unas leyes sobre inversión y comercio internacional que permitieran acceder a medicamentos asequibles. Los movimientos comunitarios debían redoblar su labor de presión para reducir los precios, a fin de seguir avanzando en pos del objetivo del acceso universal a medicamentos asequibles.

33. Tenu Avafia, asesor de políticas sobre el VIH, Salud y Práctica del Desarrollo en la Oficina de Políticas de Desarrollo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, citó el informe de la Comisión Global sobre VIH y Derecho, en el que se abogaba por introducir cambios en los sistemas jurídicos. De este modo, podrían prevenirse hasta 900.000 nuevas infecciones por VIH hasta 2030. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA había establecido distintos objetivos a ese respecto, entre otros: reducir a la mitad el número de países que dispusieran de leyes y prácticas que castigaban la transmisión del VIH; crear un entorno que protegiera la dignidad, la salud y la justicia; y desarrollar recomendaciones empíricas y orientadas a la acción para ofrecer respuestas eficaces en la lucha contra el sida que promovieran y protegieran los derechos humanos de las personas que vivían con el VIH o que eran más vulnerables a él. En el informe se insistía en que la aplicación del régimen actual de patentes para los medicamentos constituía una novedad reciente. Además, históricamente, los Estados habían tenido la potestad, cada vez que lo consideraban necesario, de conceder licencias

obligatorias sobre invenciones patentadas. El Acuerdo sobre los ADPIC dificultaba el acceso a los medicamentos. Anteponía los intereses de los titulares de las patentes a los de las personas que vivían con el VIH. En el informe se recomendaba que el Secretario General examinara propuestas para un nuevo régimen multilateral con miras a fomentar la innovación y mejorar el acceso, que los países desarrollados dejaran de impulsar acuerdos que iban más allá de los ADPIC, que los países en desarrollo se sirvieran de las flexibilidades de los ADPIC y que se eximiera indefinidamente a los países menos adelantados de dicho acuerdo.

34. Durante el debate, hicieron uso de la palabra representantes de la República Bolivariana de Venezuela, la Asociación Médica de China, Health Innovation in Practice y Zomi Community USA, así como Amit Sengupta, Coordinador Asociado del Movimiento por la Salud de los Pueblos (India) y el Dr. Bermudez. Todos ellos hicieron un llamamiento para que se adoptaran medidas urgentes encaminadas a modificar el régimen de propiedad intelectual, que seguía obstaculizando el acceso a los medicamentos. Los avances en la lucha contra el sida no se habían traducido adecuadamente en un mejor acceso universal a los medicamentos. El activismo debía seguir trabajando sin descanso para promover el acceso a los medicamentos contra el VIH/SIDA, y los Estados debían actuar para mejorar su producción local de medicamentos, acabar con la estigmatización de las personas que viven con el VIH/SIDA y velar por que las leyes y las políticas nacionales promovieran, protegieran e hicieran efectivo el derecho de la población a la salud.

35. En sus conclusiones, los expertos insistieron en la necesidad de acabar con el estigma y la discriminación que sufrían las personas que vivían con el VIH/SIDA. El Sr. Choo hizo un llamamiento a las organizaciones internacionales para que redoblaran el apoyo que prestaba, se mejorara la atención de la salud mental y se establecieran alianzas estratégicas, transversales y basadas en la comunidad para prestar apoyo a las personas que vivían con el VIH/SIDA y cuidar de ellas. La Sra. De León propuso que se prestara más atención a grupos de población claves y se pusiera fin a las muertes sin sentido provocadas por la estigmatización de las personas que vivían con el VIH/SIDA. El Sr. Avafia recalcó la importancia de dotarse de sistemas jurídicos fuertes para proteger la confidencialidad de los pacientes y reducir el estigma. Observó que los precios actuales de los medicamentos no eran sostenibles ni siquiera en los países desarrollados y que perjudicaban a personas afectadas por cualquier enfermedad. Se mostró a favor de una coherencia en materia de políticas para conciliar las obligaciones de derechos humanos con las leyes sobre inversión y comercio internacional.

G. Métodos centrados en el paciente para velar por el acceso a los medicamentos

36. La Sra. Kamoga hizo un llamamiento a adoptar un enfoque para garantizar el acceso a los medicamentos que estuviera centrado en la persona y tuvieran en cuenta las diferencias culturales y demográficas con miras a ofrecer una atención de la salud adecuada y eficaz tanto a poblaciones urbanas como rurales. Las poblaciones rurales tenían que hacer frente a unas dificultades especiales para llegar a los centros médicos, y era más probable que experimentaran problemas de acceso a los medicamentos como consecuencia de su escasez. Explicó que en Uganda convivían un sistema médico oficial y otro oficioso. Las personas que no tenían acceso a los sistemas oficiales debían recurrir a la sanidad privada y pagar por los medicamentos un precio entre tres y cinco veces superior al que abonaban las personas que utilizaban el sistema oficial. Era necesario encontrar enfoques innovadores para garantizar el acceso a los medicamentos y salvar vidas. Las organizaciones de la sociedad civil habían mostrado el camino al ampliar los servicios médicos a las zonas rurales, promover programas de distribución comunitaria de medicamentos que reducían los

costes de transporte, y prestar apoyo social e impartir educación a los pacientes. Lamentablemente, muchos gobiernos nacionales de países en desarrollo carecían de la voluntad política para tomar medidas encaminadas a proteger a sus ciudadanos. Debían actuar de inmediato para garantizar el acceso a medicamentos asequibles, de gran calidad y seguros y para promover nuevas inversiones en investigación y desarrollo.

37. Dimitry Borisov, Director Ejecutivo de Igual Derecho a la Vida (Federación de Rusia) afirmó que el derecho a la vida asistía a todas las personas por igual. En consecuencia, había que velar por que todo paciente tuviera acceso a la atención médica. Lamentablemente, en la Federación de Rusia existían planes para reducir el gasto médico del 3,6% al 2,8% del PIB, hecho que pondría gravemente en peligro el acceso a los medicamentos. Más allá de los recursos, existían barreras estructurales al acceso, por ejemplo una transparencia inadecuada en los procesos de toma de decisiones, una recopilación insuficiente de datos o la brecha entre las políticas legislativas y su financiación y ejecución. Estos problemas eran claramente visibles en el caso del tratamiento contra el cáncer. El tratamiento inadecuado que recibían los pacientes de cáncer tenía una incidencia considerable en la tasa de mortalidad, y esos problemas eran un reflejo del conjunto del sistema de salud de la Federación de Rusia. Igual Derecho a la Vida promovía un enfoque centrado en el paciente y defendía que el Estado cumpliera sus compromisos en materia de sanidad y la colaboración intersectorial.

38. Noel Hayman, Director Clínico del Servicio de Atención de la salud para los aborígenes de Inala (Australia), describió las iniciativas para ampliar la atención médica a las comunidades aborígenes, cuya esperanza de vida era 17 años menor que la del resto de australianos. Insistió en la importancia de una investigación de calidad y de disponer de buenos datos para determinar el origen de las disparidades en los resultados sanitarios. De las investigaciones se desprendía que el número de personas pertenecientes a los pueblos indígenas que tenían acceso a sistemas de atención primaria y los utilizaban era reducido. Según se desprendía de los resultados de un grupo de discusión, muchos aborígenes australianos no accedían a los servicios de salud que tenían a su disposición porque no se sentían bien acogidos como consecuencia de las diferencias culturales. Los servicios médicos habían logrado ampliar considerablemente su alcance mediante medidas para reducir esas diferencias culturales, como el empleo de aborígenes en los sistemas de salud, estrategias de sensibilización cultural y actividades de extensión educativa. La clave radicaba en entender la cultura y a la comunidad y reconocerla. A fin de seguir cerrando la brecha en términos de cobertura médica que afectaba a los pueblos indígenas, tanto el sector privado como los gobiernos nacionales y locales, los profesionales de la medicina y las comunidades debían seguir colaborando para responder de manera efectiva a las necesidades médicas específicas de estos grupos. Con esas actuaciones, el servicio de salud había mejorado el acceso a medicamentos asequibles.

39. El Dr. Sengupta declaró que la gente que exigía de manera conjunta el cumplimiento de sus derechos tenía la capacidad para cambiar los sistemas de salud. En la India, tradicionalmente la gente corriente se había unido para transformar la sociedad. El acceso a los medicamentos siempre había sido una cuestión por la que las masas se habían movilizado. En la India, las organizaciones de la sociedad civil se habían manifestado en contra de las grandes empresas farmacéuticas y habían presionado al Gobierno para que adoptara medidas que permitieran prosperar a los fabricantes de genéricos y a los productores locales. En consecuencia, el precio de los medicamentos en la India era un 10% del precio mundial o incluso menos y, gracias a los genéricos indios, el coste de los antirretrovirales era 40 veces inferior. No obstante, la aplicación del Acuerdo sobre los ADPIC en la India suponía una amenaza, tanto para la India como para los Estados importadores. Hizo un llamamiento a la solidaridad global y a hacer frente de manera conjunta a esta amenaza, preservar la industria de los medicamentos genéricos en la India,

resistir a las presiones para adoptar acuerdos que van más allá del Acuerdo sobre los ADPIC y mejorar el acceso universal a los medicamentos.

40. Durante el debate interactivo, hicieron uso de la palabra la Dra. Mohamed y la Dra. Schiavon, así como representantes de Panamá, los Estados Unidos de América, la OMS, la International Association for Hospice and Palliative Care, Maloca Internationale, la Red del Tercer Mundo y la Unión Internacional para el Control del Cáncer. Entre las cuestiones que se abordaron cabe destacar: el acceso a opiáceos y a cuidados paliativos; la concesión de patentes y la criminalización de las medicinas tradicionales; el tratamiento contra el cáncer; la utilización de listas de medicamentos esenciales y su normalización; la adquisición, recepción, distribución y almacenamiento de medicamentos; las repercusiones de los cambios de regímenes políticos en los sistemas de salud; la adquisición de medicamentos y el tratamiento de los pacientes en situaciones en las que los recursos son escasos; y la búsqueda de un equilibrio entre garantizar la calidad y la seguridad de los medicamentos y evitar un exceso de regulación y la captura regulatoria.

41. En sus observaciones finales, el Dr. Sengupta manifestó que, aunque la seguridad era un motivo de preocupación válido e importante, el debate actual sobre esta cuestión presentaba una serie de elementos políticos que no se podían pasar por alto. Las decisiones y las políticas que afectaban a la atención de la salud no debían perder de vista su objetivo último: hacer efectivo el derecho de las personas a la salud. El Dr. Hayman coincidió en que la seguridad, en especial en la utilización de opiáceos, era un importante motivo de preocupación. Insistió en la responsabilidad de todos los gobiernos a la hora de garantizar el acceso a los medicamentos. El Sr. Borisov describió las consecuencias negativas de la transición del sistema de salud pública soviético al sistema de salud público/privado actual en el acceso a la atención sanitaria en la Federación de Rusia. En la actualidad, miles de personas carecían de un tratamiento adecuado contra el cáncer por deficiencias en la cobertura o porque los mandatos legislativos carecían de fondos suficientes, situación que se veía agravada por la falta de transparencia en la toma de decisiones. La Sra. Kamoga declaró que los medicamentos cuya calidad era inferior a la estipulada por las normas planteaban un verdadero problema, en especial en Uganda, que no disponía de unos mecanismos reglamentarios y de control de la aplicación de la ley adecuados. Abogó por un enfoque del acceso a los medicamentos basado en los derechos, que empoderara a las comunidades y a los particulares y empleara unas políticas efectivas y empíricas.

H. Subgrupos de discusión y debate en sesión plenaria

42. Se invitó a todos los participantes a que se unieran a uno de los tres subgrupos de discusión. Cada uno de ellos se centró en una cuestión clave relacionada con el acceso a los medicamentos en el contexto del derecho a la salud. El primer grupo, moderado por el Dr. Velásquez, trató los regímenes de propiedad intelectual y el acceso a los medicamentos. El segundo grupo, moderado por Nhan T. Tran, Responsable de la Plataforma para la Investigación y la Aplicación, Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud de la OMS, giró en torno al fortalecimiento de los sistemas de salud, el fomento de la capacidad, el compromiso de la comunidad y el empoderamiento. El tercer grupo, moderado por el Dr. Sengupta, debatió la financiación del acceso a los medicamentos y la cobertura médica universal. Los participantes en estos grupos se centraron en identificar soluciones concretas y buenas prácticas para vencer los obstáculos en el acceso a los medicamentos.

43. Durante el debate en sesión plenaria posterior, un relator nombrado por cada grupo presentó las principales conclusiones a las que habían llegado. Todos los participantes tuvieron la posibilidad de responder y de presentar propuestas para las conclusiones y recomendaciones del Foro Social. Hicieron uso de la palabra representantes del Ecuador,

Panamá, Ariel Foundation International, Knowledge Ecology International, la Red del Tercer Mundo y Universities Allied for Essential Medicines, así como la Sra. Forman, el Dr. Meguid, el Dr. Sengupta y Damiano de Felice, Asesor Estratégico del Director General de la Access to Medicine Foundation. En las conclusiones y recomendaciones del presente informe puede encontrarse una síntesis de las propuestas resultantes de los subgrupos y del debate en sesión plenaria.

I. Enfoques innovadores para promover el acceso a los medicamentos

44. Geoff Adlide, Director de Promoción y Política Pública en la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (Gavi), explicó la labor novedosa de la Alianza para dar forma a los mercados de vacunas a fin de promover el acceso a estas. Gavi era una alianza de colaboración público-privada que tenía por fin salvar vidas infantiles y promover la salud de las personas a través de un mejor acceso a la inmunización en los países pobres. La Alianza trataba de corregir las desigualdades en el acceso a las vacunas mediante planteamientos innovadores en materia de acceso, gobernanza, vigilancia y mercados de vacunas. Apoyaba la adquisición de vacunas por parte de países de ingresos bajos mediante la utilización conjunta del poder adquisitivo nacional y regional y las contribuciones de los donantes para minimizar los costes. Gavi también alentaba la competencia y trataba de buscar un punto de equilibrio entre la oferta y la demanda a fin de garantizar un suministro continuado de las vacunas necesarias, y buscaba mejorar la administración de las vacunas, entre otros aspectos en términos de termoestabilidad, presentación y envasado, combinaciones, seguridad y eficacia. Para su labor de promoción de un acceso sostenible y universal a las vacunas era imprescindible que los fabricantes y los Estados dispusieran de información oportuna, transparente y precisa sobre el mercado.

45. Nana Boohene, especialista en Adquisiciones y Suministros, del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, y Hye-Young Lim, asesora del Fondo Mundial en materia de derechos humanos, presentaron la labor que lleva a cabo el Fondo para promover el acceso a los medicamentos. La velocidad a la que cambiaba el paisaje sanitario mundial obligaba a adoptar enfoques innovadores para ampliar el acceso a productos médicos esenciales. El Fondo Mundial trabajaba en 140 países y la capacidad de adaptación era fundamental para optimizar su impacto. En cuanto un Estado se incorporaba al grupo de Estados de ingresos medios, perdía el acceso a determinadas prestaciones en materia de asistencia internacional así como la posibilidad de retrasar la aplicación del Acuerdo sobre los ADPIC, hecho que incidía en su capacidad para adquirir medicamentos. El Fondo trataba de mejorar el acceso de poblaciones de todo el mundo insuficientemente abastecidas mediante medidas encaminadas a reducir la fragmentación del mercado con miras a aprovechar la capacidad de negociación colectiva, entre otros medios a través de la utilización de intercambios y mercados electrónicos. Sus estrategias incorporaban directamente consideraciones de derechos humanos, ponían el acento en las compras a fin de obtener un resultado, aprovechaban las nuevas tecnologías para la innovación y la gestión de la cadena de suministro, y fomentaban el acceso al mercado y la continuidad de los suministros. El Fondo intentaba aumentar la inversión en programas destinados a combatir los obstáculos en materia de derechos humanos que dificultaban el acceso a los servicios de salud y retiraba su apoyo a aquellos programas que vulneraban dichos derechos.

46. Rohit Malpani, Director de Política y Análisis de la Campaña de Acceso a los Medicamentos, de Médicos sin Fronteras, explicó en qué consistía la Campaña de Acceso, que respondía a la frustración de los médicos en relación con la disponibilidad, asequibilidad e idoneidad de los medicamentos. La Campaña tenía por objetivo subsanar

algunas deficiencias básicas en términos de mercado del sistema de patentes, que permitían recuperar los costes de investigación y desarrollo a través de monopolios, lo que acarrearía un aumento en el precio de los productos. Los pobres no tenían alicientes para llevar a cabo proyectos de investigación y desarrollo ni para ampliar el acceso a los medicamentos. La Campaña abogaba por desvincular el precio de los productos de los costes de investigación y desarrollo. Su proyecto de las tres P, por sus siglas en inglés (*push, pull, pool*), tenía por objetivo combinar distintas medidas encaminadas a presionar para obtener fondos y crear consorcios de derechos de propiedad intelectual que permitan promover proyectos innovadores de investigación y desarrollo de nuevos tratamientos contra la tuberculosis que sean eficaces y lograr un acceso universal y asequible a los medicamentos. En el caso de la tuberculosis multirresistente, este proyecto incentivaba la investigación preliminar y conjunta mediante la creación de consorcios de patentes y la búsqueda y la obtención de financiación. Asimismo, gracias a la obtención de fondos públicos para premios y ensayos clínicos, lo que garantizaba un modelo abierto y colaborativo, el modelo promovía el desarrollo conjunto de tratamientos a través de consorcios de patentes. El objetivo de la Campaña era promover un modelo de investigación y desarrollo que desvinculara el coste de estas actividades del precio final del producto y garantizara que la manera de llevar a cabo los proyectos de investigación y desarrollo sobre la tuberculosis permitía lograr unos tratamientos contra la tuberculosis eficaces, de corta duración y asequibles para todos los pacientes.

47. Lena Kähler, investigadora en Derechos Humanos y Desarrollo del Instituto de Derechos Humanos de Dinamarca, una institución nacional de derechos humanos que tiene como mandato promover y proteger los derechos humanos en Dinamarca y en el extranjero, presentó la labor que realizaba el Instituto para desarrollar indicadores de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad en el contexto del derecho a la salud. La falta de consenso sobre la interpretación de los derechos económicos, sociales y culturales dificultaba dicha labor. El Instituto confiaba en que el desarrollo de un conjunto de herramientas sobre indicadores del derecho a la salud generalmente aplicables permitiera promover el ejercicio efectivo de ese derecho tanto a escala local como mundial. Para el Instituto, la disponibilidad de medicamentos esenciales, la prevención, el tratamiento y el control de epidemias y enfermedades endémicas, la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, y la salud reproductiva y la salud materno-infantil eran obligaciones básicas.

48. Durante el debate, hicieron uso de la palabra representantes del Brasil, Chile, la Asociación Médica de China, la Comisión Colombiana de Juristas, la Red del Tercer Mundo y Universities Allied for Essential Medicines, así como el Dr. Sengupta, la Dra. Mohamed y el Dr. Meguid. Algunos oradores calificaron de delito de lesa humanidad las iniciativas en curso para impedir la fabricación de productos farmacéuticos genéricos de bajo coste. Otros hicieron un llamamiento al Consejo de Derechos Humanos y a los titulares de mandatos de procedimientos especiales para que se centraran en el acceso a los medicamentos. Se mostraron a favor de un enfoque integral de la salud, centrado en la persona e impulsado por la comunidad, que incluyera iniciativas novedosas para combatir las enfermedades desatendidas, como la tuberculosis multirresistente, que afectaba sobremanera a los más pobres y a los más vulnerables, e impulsar mejoras en los mecanismos de gobernanza, en particular en materia de supervisión reglamentaria y rendición de cuentas por parte de las multinacionales. Se planteó si las iniciativas para promover el acceso a los medicamentos habían hecho todo lo posible para buscar alternativas a planteamientos basados en el mercado.

49. En sus observaciones finales, los expertos se mostraron a favor de seguir incluyendo consideraciones relacionadas con los derechos humanos en la cuestión del acceso a los medicamentos. La Sra. Lim subrayó la necesidad de incluir principios de derechos humanos en todas las etapas de los procesos de compra. Señaló que el concepto de países de ingresos

medios era una noción artificial y que el acceso a los medicamentos no debía venir impuesto por la situación económica de un país, sino por las necesidades de la población, y que el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria prestaba apoyo a distintos países para que reforzaran sus sistemas de atención de la salud. Citando la labor del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Sra. Kähler afirmó que el derecho a la salud requería el acceso a todos los medicamentos, no solo a los esenciales. El Sr. Adlide aclaró que la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización solamente suministraba vacunas a través de los gobiernos, respondía a las solicitudes de estos, trabajaba para reducir los precios e insistía en la transparencia en sus operaciones. El Sr. Malpani condenó la manipulación continuada de los precios de las vacunas, hizo un llamamiento para que se tomaran medidas a fin de que el acceso a los medicamentos fuera sostenible y reiteró que los países de ingresos medios se enfrentaban a unos obstáculos considerables a la hora de mejorar el acceso.

J. Buenas prácticas en la promoción del acceso a los medicamentos (mesa redonda)

50. El Sr. de Felice describió el Índice de acceso a los medicamentos, una clasificación de las 20 empresas farmacéuticas dedicadas a la investigación más importantes del mundo, ordenada en función de sus actuaciones para facilitar el acceso a los medicamentos en los países en desarrollo. Señaló que había motivos para la esperanza, que existían buenas prácticas y que el Índice, al llamar la atención sobre el comportamiento de las empresas, podía influir en estas para que adoptaran una actitud más responsable. El Índice comparaba el desempeño de las empresas a lo largo del tiempo en distintos ámbitos, como la gobernanza, la política de precios, las patentes, el compromiso de los interesados locales, el fomento de la capacidad y las donaciones, entre otros. Pese a que los progresos eran desiguales, de la lectura del Índice se desprendía que la industria farmacéutica había redoblado sus iniciativas para mejorar el acceso a la medicina en los países en desarrollo. Un entorno competitivo que no solo obligara a las empresas farmacéuticas a rendir cuentas cuando fuera necesario sino que reconociera asimismo la labor que llevaba a cabo y los logros cosechados contribuiría a promover el acceso a los medicamentos.

51. Sathyanarayanan Doraiswamy, Coordinador Superior en materia de VIH y Salud Reproductiva de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), describió la labor del ACNUR para asegurar el acceso a los medicamentos tanto de los refugiados como de otras personas de las que se ocupa la Oficina. Una persona se convertía en refugiado cuando la obligaban por la fuerza a desplazarse cruzando las fronteras nacionales; en estos casos, el acceso a cuidados médicos en el país que les ofrecía asilo solía ser limitado. Las iniciativas del ACNUR para promover la atención de la salud de los refugiados se regían por su estrategia mundial en materia de salud pública y sus directrices sobre medicamentos esenciales y suministros médicos, que abordaban las necesidades de las personas en distintas etapas y contextos, como las situaciones de extrema urgencia o el desplazamiento prolongado, y en su búsqueda de soluciones duraderas. Los dos modelos principales para ofrecer atención de la salud eran la integración directa en los sistemas nacionales de los Estados de acogida y la integración en la mayor medida posible, combinada con el apoyo prestado por el ACNUR y por organizaciones no gubernamentales. El ACNUR empleaba varios métodos para promover el acceso a los medicamentos, por ejemplo la distribución de botiquines de emergencia, la colaboración con programas nacionales de lucha contra el sida para promover el tratamiento con antirretrovirales, los programas de investigación o las alianzas con el sector privado. Aunque todas estas iniciativas proporcionaban soluciones a corto plazo, la única solución duradera a largo plazo era la integración total en los sistemas nacionales de salud.

52. Soraya Ramoul, Directora de Acceso a la Salud, Novo Nordisk, describió la labor que realizaba su empresa para promover el acceso a los medicamentos destinados al tratamiento de la diabetes. Muchas personas con diabetes vivían en países de ingresos bajos o medios. Novo Nordisk suministraba la mitad de la insulina que se consumía en todo el mundo. La empresa utilizaba distintas políticas de precios, de modo que los pacientes de los países en desarrollo pagaban una cuarta parte del precio que se abonaba en los países desarrollados. No obstante, el acceso no era simplemente una cuestión de asequibilidad sino que requería también unos sistemas sanitarios sólidos que contaran con personal médico suficiente y debidamente formado. Las diferencias entre el precio local y el precio inicial de compra podían obedecer a problemas en la cadena de suministro, a un aumento de los precios o a impuestos y derechos de importación. Era necesario seguir trabajando para velar por que el precio fuera asequible para el paciente y, asimismo, sostenible en términos empresariales. A fin de mejorar la efectividad del ejercicio del derecho a la salud en el contexto del sector privado, era necesario traducir el lenguaje técnico de los derechos humanos a un lenguaje empresarial.

53. James Love, Director de Knowledge Ecology International, recomendó introducir cambios drásticos en los modelos actuales de investigación y desarrollo y de derechos de propiedad intelectual. El sistema vigente no había logrado promover el acceso y era fundamentalmente injusto. Creaba monopolios de patentes que dejaban el poder y los beneficios en manos privadas. La presión que ejercían las empresas para proteger esos intereses contribuía al arbitraje regulatorio y a que se perpetuara la situación actual. El sistema anteponía los beneficios al bienestar de las personas y no había alcanzado el objetivo que se había propuesto, a saber promover la innovación, en particular en el campo de la investigación y el desarrollo del tratamiento de enfermedades que tienen una incidencia desproporcionada en la población pobre y vulnerable. Abogó por que se introdujeran cambios en el régimen de propiedad intelectual, se mejoraran los incentivos para los ámbitos de la investigación y el desarrollo que estaban insuficientemente financiados, se movilizaran nuevas fuentes de financiación, se reforzara la vigilancia por parte del Consejo de Derechos Humanos, en particular en lo que atañe a la efectividad del derecho al desarrollo en relación con los derechos de propiedad intelectual, y se adoptaran nuevos enfoques en materia de investigación y desarrollo. El Sr. Love defendió unas reformas profundas, radicales y transformadoras que desvincularan los costes de la investigación y el desarrollo del precio de los productos, así como la eliminación de los monopolios de productos, para adoptar otros mecanismos de financiación, entre ellos la combinación de becas de investigación, contratos y otros subsidios y unos incentivos financieros independientes, incluida una sólida financiación destinada a cuantiosos premios para promover innovaciones en el tratamiento del VIH/SIDA o el cáncer.

54. Esteban Burrone, Responsable de Políticas del Fondo común de patentes farmacológicas, describió la evolución y la labor de dicha iniciativa. La OMS había planteado por vez primera la idea de un fondo común de patentes en 2008, como parte de su estrategia mundial de salud pública e innovación. Tras un estudio de viabilidad del Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID) ("Métodos innovadores de financiación para dar forma a los mercados del VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis"), acogido con satisfacción por el Consejo de Derechos Humanos durante su 15º período de sesiones, el Fondo común de patentes farmacológicas se había establecido con el objetivo de promover el acceso a los medicamentos para el tratamiento del VIH a través de la puesta en común de recursos y de la concesión de licencias voluntarias. Desde 2010 la entidad había negociado licencias para 11 antirretrovirales con 5 titulares de patentes. El Fondo trabajaba con 10 fabricantes de genéricos a través de 53, acuerdos de sublicencia con el objetivo de mejorar el acceso a los antirretrovirales en los países de ingresos bajos y medios, donde residían hasta el 94% de las personas que vivían con el VIH. Las licencias sobre un fondo común de patentes gozaban de reconocimiento

por su orientación a la salud pública, su transparencia y su flexibilidad. En cuatro años y medio, el Fondo había contribuido a abrir el mercado a los antirretrovirales de primera y de segunda línea, y estaba estudiando la posibilidad de ampliar su campo de actividad para abarcar la tuberculosis y la hepatitis C.

55. Smiljka de Lussigny, Responsable del programa sobre el VIH del UNITAID, señaló que la iniciativa prestaba una atención especial a la innovación en el acceso a los medicamentos. El UNITAID utilizaba nuevas vías de financiación (una parte muy importante de sus fondos procedía de un impuesto sobre los billetes de avión) para ampliar el acceso a tratamientos y a diagnósticos para luchar contra el VIH, la malaria y la tuberculosis en países de ingresos bajos. Asimismo, se centraba en movilizar recursos y fomentar su utilización eficaz a fin de optimizar los recursos de que disponía para promover el acceso a los medicamentos. La asequibilidad era una barrera grave al acceso a los medicamentos, en particular en aquellos Estados que carecían de las políticas nacionales adecuadas, de acceso a medicamentos genéricos asequibles y de calidad, y/o de recursos financieros. Dado su coste prohibitivo, el tratamiento nuevo y efectivo contra la hepatitis C estaba fuera del alcance de muchos pacientes. La labor del UNITAID consistía en aportar fondos a las organizaciones que trabajaba para demostrar el impacto, la eficacia en términos de costes y la utilidad del nuevo tratamiento y de las herramientas de diagnóstico, y recopilar las pruebas necesarias para orientar la política sanitaria y las directrices normativas. El UNITAID también contribuía a mejorar la asequibilidad de nuevos productos, aprovechando a menudo su poder adquisitivo para negociar con fabricantes el suministro de productos médicos de calidad demostrada a precios inferiores o posibilitando la producción de medicamentos genéricos y de bajo coste.

56. Hans Rietveld, Director de Acceso al Mercado y Fomento de la Capacidad, en la Iniciativa contra la Malaria de Novartis Pharma AG, presentó la Iniciativa contra la Malaria de Novartis. Esta iniciativa había participado en el suministro de tratamiento de bajo coste que había permitido salvar la vida de enfermos de malaria, una enfermedad que, durante los últimos 15 años, había causado la muerte de un niño cada 60 segundos. La Iniciativa combatía la malaria por medio de distintas estrategias, por ejemplo proyectos de investigación y desarrollo de nuevas posibilidades de tratamiento, el fomento de la capacidad, la mejora del acceso a tratamientos y la administración de estos. Desde 2001 la Iniciativa había proporcionado, sin ánimo de lucro, más de 700 millones de tratamientos a 65 países en los que la malaria era endémica. Había desarrollado comprimidos pediátricos solubles para lactantes y niños así como una formulación mejorada para los adultos. La campaña "Power of One" permitía tratar a un niño por cada dólar recaudado. Asimismo, la alianza con Malaria No More, una organización que se dedicaba a recaudar fondos, había permitido reunir el apoyo público y recaudar fondos para administrar 3 millones de tratamientos contra la malaria en Zambia. La Iniciativa buscaba soluciones sencillas y novedosas a problemas complejos. Por ejemplo, había utilizado los teléfonos móviles para realizar un seguimiento de las existencias de medicamentos en el África y adelantarse al agotamiento de los *stocks* y había publicado y distribuido materiales educativos sobre prevención y tratamiento de la malaria. No obstante, todavía quedaba mucho por hacer, por ejemplo en términos de desarrollo de un nuevo tratamiento contra la malaria multirresistente y de fortalecimiento de los sistemas de salud.

57. Durante el debate interactivo, hicieron uso de la palabra los representantes del Brasil, Indonesia, la International Association for Hospice and Palliative Care, New Generation Ishaka, Safe Observer International, la Rencontre Africaine pour la défense des droits de l'homme, la Red del Tercer Mundo, Universities Allied for Essential Medicines; los doctores Sengupta, Bermudez, Schiavon y Zhang; y la Sra. Forman. Muchos oradores hicieron un llamamiento al Consejo de Derechos Humanos para que adoptara un paradigma de salud basado en los derechos, que sustituyera las soluciones orientadas al mercado, y medidas conexas. Recomendaron redoblar la atención que se prestaba a las siguientes

esferas: las necesidades médicas de los niños, la responsabilidad de las empresas, el acceso a los medicamentos en igualdad de condiciones y la reducción de las barreras reglamentarias al acceso, incluidas las disposiciones del Acuerdo sobre los ADPIC y las que van más allá del Acuerdo sobre los ADPIC, los proyectos de investigación y desarrollo sobre tratamientos para enfermedades tropicales desatendidas, el acceso a medicamentos analgésicos y la utilización de aranceles para proteger la capacidad de producción local. Varios oradores exhortaron a los Estados a que promovieran un acceso sin discriminación a los medicamentos, antepusieran a las personas y se abstuvieran de ejercer presiones políticas para ampliar la protección de las patentes a costa del acceso a los medicamentos. Exhortaron también a la Secretaría a que formulara recomendaciones firmes sobre derechos de propiedad intelectual, medidas reglamentarias y acceso a la atención de la salud y de la salud sexual y reproductiva en igualdad de condiciones. Reiterando que el acceso a los medicamentos era una cuestión de vida o muerte, exigieron a los Estados y al sector privado que tomaran de inmediato medidas para suprimir las barreras al acceso a los medicamentos.

58. En su respuesta, el Sr. Rietveld aclaró que no hablaba en nombre de Novartis en su conjunto sino de la Iniciativa contra la Malaria de Novartis. La Iniciativa funcionaba porque el modelo de negocio, sin ánimo de lucro, y la magnitud del problema habían permitido a Novartis y a sus asociados combinar sus métodos para llevar a cabo una labor sostenible de promoción del acceso a unos medicamentos que salvan vidas. La Sra. Ramoul instó a los gobiernos, los profesionales de la salud, los activistas y la industria a que evitaran buscar culpables y, en su lugar, trabajaran conjuntamente para promover el acceso a los medicamentos. El Sr. de Felice explicó cómo se elaboraba el Índice de acceso a los medicamentos y propuso llevar a cabo estudios adicionales sobre enfermedades tropicales desatendidas. Apoyaba iniciativas como el Fondo común de patentes farmacológicas, encaminadas a promover la puesta en común de la propiedad intelectual y un mejor acceso a esta. El Sr. Burrone citó las consecuencias positivas del Fondo e hizo un llamamiento para asumir más riesgos y llevar a cabo experimentos de políticas. Insistió en la necesidad de mantener la calidad de los medicamentos mientras se racionalizaban las barreras reglamentarias a fin de promover el acceso. El Sr. Love se lamentó por un sistema que excluía a la mayoría, así como por la falta de acceso a medicamentos contra el cáncer. Propuso la introducción de cambios fundamentales para promover la innovación de la manera menos perniciosa posible y desvincular el precio de los medicamentos de los costes de la investigación y el desarrollo. La Sra. de Lussigny hizo referencia a la obligación de promover el acceso a los medicamentos y de utilizar los limitados recursos en beneficio del mayor número posible de personas. Recomendó abordar la cuestión de los obstáculos reglamentarios a la importación de medicamentos que salvaban vidas y destacó el importante papel que desempeñaba en la reducción de los precios la competencia que suponían los medicamentos genéricos. El Dr. Doraiswamy se mostró partidario de prestar más atención a las poblaciones desatendidas y a sus derechos.

IV. Conclusiones y recomendaciones

59. **En la clausura del Foro Social, el Presidente garantizó a todos los participantes el compromiso continuado de Qatar con la salud mundial. Les informó de la Cumbre Mundial de Innovación en Salud, que había celebrado su reunión anual en Qatar en febrero de 2015. La Cumbre había reunido a líderes del ámbito de la salud de más de 80 países para poner en común los estudios, ideas e innovaciones en materia de salud más recientes y susceptibles de revolucionar el futuro de la atención de la salud a escala mundial.**

A. Conclusiones

60. El Foro Social de 2015 suscitó varios temas comunes. El acceso a los medicamentos no es solo una cuestión de vida o muerte; también mejora la calidad de vida y es un elemento fundamental para una vida digna. Con todo, 2.000 millones de hombres, mujeres y niños no tienen acceso a medicamentos esenciales. Las leyes de propiedad intelectual, la falta de financiación, unos sistemas de salud débiles, la pobreza, la desigualdad y la discriminación, entre otros factores, contribuyen a la falta de acceso a los medicamentos.

61. El acceso a los medicamentos es una cuestión relacionada con la salud pública, la justicia social y las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos. Con arreglo a lo dispuesto en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Estados deben adoptar medidas, hasta el máximo de los recursos de que dispongan, para hacer progresivamente efectivo el derecho a la salud y prohibir que se adopten medidas con carácter retroactivo, al tiempo que tienen la obligación de cumplir inmediatamente sus obligaciones fundamentales mínimas. El Pacto también hace un llamamiento a la cooperación internacional. El acceso a los medicamentos es una obligación fundamental. Estos deben ser asequibles, aceptables, accesibles, de buena calidad y estar disponibles sin discriminación.

62. El acceso a los medicamentos es una cuestión compleja y multidimensional que requiere soluciones integrales. Deben adoptarse medidas para mejorar las cadenas de suministro, hacer frente a los determinantes sociales subyacentes en materia de salud, promover la coherencia en materia de políticas sobre la base de la preeminencia de los derechos humanos sobre los regímenes de comercio internacional, inversión y propiedad intelectual, y velar por que los sistemas de atención de la salud sean adecuados para la población a la que se dirigen. Las desigualdades deben erradicarse, y ello incluye los elevados costes para los pacientes en los países de ingresos medios y bajos.

63. Se debe mejorar la capacidad y el empoderamiento de la población para incrementar el acceso, especialmente de los pobres, a los medicamentos, garantías de procedimiento como la participación y el acceso a la información, y deben protegerse. Unas directrices y unas políticas empíricas para promover el acceso a servicios de atención de la salud adecuados para las mujeres contribuirían a hacer efectivo su derecho a la salud, y un aumento de las fórmulas pediátricas mejoraría el acceso de los niños a los medicamentos. Combatir el estigma y la discriminación y asegurar el acceso en igualdad de condiciones y un tratamiento eficaz ayudaría a hacer efectivos los derechos de las personas que viven con el VIH.

64. Las limitaciones de índole presupuestaria no pueden ser una excusa para no satisfacer las necesidades en materia de salud. Es preciso entender y abordar los motivos que explican por qué los resultados en materia de salud entre Estados con una situación socioeconómica similar son distintos. La experiencia demuestra que los sistemas de salud públicos son la mejor manera de garantizar el acceso a la atención médica en igualdad de condiciones. Dicho acceso puede mejorarse mediante mecanismos de financiación innovadores; políticas públicas favorables; un mayor número de profesionales de la salud; apoyo técnico; la mejora de los datos sobre salud, los administradores, el transporte y el suministro; la introducción de mejoras en las cadenas de suministro, la producción local y la educación en materia de salud; y otros medios. Unas políticas integrales, centradas en la persona e impulsadas por la comunidad, y la participación activa de la población local contribuyen a fortalecer los sistemas de salud.

65. El acceso a los medicamentos es uno de los ejemplos más evidentes de cómo las reglas de la economía y el comercio topan con los derechos humanos, en particular con los derechos a la vida, la salud y el desarrollo. Todas las personas tienen derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico y hay que proteger los conocimientos tradicionales. Las empresas farmacéuticas deben cumplir con sus responsabilidades en materia de derechos humanos y sus obligaciones éticas. Distintas iniciativas y buenas prácticas, algunas de ellas atribuibles a esas empresas, demuestran que se está avanzando en esa dirección. Los nuevos modelos de investigación y desarrollo no deben limitarse a gestionar los mercados y los beneficios, sino que deben abordar las necesidades.

66. La adopción de políticas sanitarias eficaces, por ejemplo la elaboración de listas de medicamentos esenciales, permitiría mejorar el acceso a los medicamentos. Los Estados deben estar a la altura de sus compromisos individuales y colectivos y adoptar un enfoque del acceso a todos los medicamentos, y no solo a los medicamentos esenciales, basado en los derechos humanos. La solidaridad internacional y la acción colectiva podrían promover ese acceso universal.

B. Recomendaciones

67. Los participantes recomendaron la adopción de medidas urgentes e inmediatas a nivel local, nacional, regional e internacional. Era preciso reforzar los sistemas sanitarios, implantar la cobertura médica universal y garantizar el acceso a los medicamentos. Todas esas medidas incluían crear capacidad de producción en países en desarrollo, permitir el acceso a medicamentos genéricos, ampliar la investigación y el desarrollo del tratamiento de las enfermedades desatendidas y aplicar sistemas eficaces de adquisición, distribución, precio y control de la calidad. La adopción de medidas urgentes para mejorar el acceso a la salud maternoinfantil contribuiría a prevenir la mortalidad maternoinfantil. La comunidad internacional debía fijarse como objetivo el acceso universal en la agenda para el desarrollo después de 2015, que también debía incluir consideraciones relativas a la salud mental.

68. Todos los interesados debían explorar vías para movilizar maneras nuevas e innovadoras de financiar el desarrollo y ampliar los recursos disponibles para la salud. Entre las posibilidades existentes cabía destacar la imposición de un impuesto a las transacciones financieras, la cancelación de la deuda, la creación de un fondo de recursos y las reformas fiscales. Las instituciones financieras internacionales debían conceder a los Estados un margen de maniobra suficiente en materia de políticas para alcanzar sus objetivos en materia de salud, y los Estados debían tratar de utilizar los recursos existentes de manera más eficaz, por ejemplo aprovechando su poder político y adquisitivo para negociar una reducción en los precios y la concesión de licencias voluntarias.

69. Las flexibilidades del Acuerdo sobre los ADPIC y las licencias obligatorias debían aprovecharse al máximo; asimismo, recurrir a la presión política para socavar esas herramientas o imponer en acuerdos comerciales las disposiciones que iban más allá del Acuerdo sobre los ADPIC debía considerarse una violación de las obligaciones en materia de derechos humanos por la que habría que rendir cuentas en el examen periódico universal. El procedimiento de investigación jurídicamente vinculante con arreglo al Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ofrecía una manera de interpretar y hacer efectivo el derecho a la salud.

70. Había que introducir cambios radicales en las leyes de propiedad intelectual para garantizar que toda la población disfrutara de los beneficios del progreso científico. Entre las recomendaciones figuraban alternativas a los métodos basados en el mercado y reformas para desvincular el coste de la investigación y el desarrollo del precio de los productos. Las recomendaciones del informe de la Comisión Global sobre VIH y Derecho, en particular el llamamiento a las Naciones Unidas para que establezca una comisión que examine y proponga alternativas al Acuerdo sobre los ADPIC, requieren medidas de seguimiento. Entretanto, debe suspenderse la aplicación del Acuerdo sobre los ADPIC allá donde impida el acceso de los pobres a los medicamentos.

71. Los participantes hicieron un llamamiento para que se elaborara un nuevo tratado jurídicamente vinculante sobre investigación y desarrollo de medicamentos que promueva la innovación y el acceso en igualdad de condiciones. La investigación universitaria debía ser vista como una investigación pública en beneficio de toda la población y sus resultados no debían patentarse sin haber adoptado antes las debidas garantías para proteger el acceso a los medicamentos resultantes. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales debía considerar la posibilidad de aprobar una observación general sobre el derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico.

72. Todos los interesados debían colaborar para mejorar los sistemas de salud. Los participantes propusieron un enfoque integral de los sistemas de salud que reforzara el acceso a los medicamentos en igualdad de condiciones, mejorara la formación del personal sanitario y administrativo, utilizara unos sistemas de prestación de servicios culturalmente adecuados, implicara a las comunidades locales y ofreciera actividades de divulgación en el ámbito de la salud y la educación.

73. Los participantes recomendaron mecanismos mejorados de gobernanza, en particular para la supervisión reglamentaria y la rendición de cuentas por parte de las empresas multinacionales. Las empresas farmacéuticas tenían una serie de responsabilidades, tal y como había enunciado el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental en su informe de 2008 (A/63/263), que contenía las Directrices de Derechos Humanos para las Empresas Farmacéuticas en relación con el Acceso a los Medicamentos. Los Estados, las empresas farmacéuticas, el Grupo de Trabajo sobre la cuestión de los derechos humanos y las empresas transnacionales y otras empresas y el Consejo de Derechos Humanos debían tomar medidas para garantizar su aplicación.

74. El Consejo de Derechos Humanos y el sistema internacional de derechos humanos debían seguir ocupándose de esta cuestión. Los participantes recomendaron que se incorporara un examen periódico universal sobre el derecho a la salud y el acceso a los medicamentos que se apoyara en pruebas y promoviera la transparencia y la rendición de cuentas. Exhortaron al Consejo a que encargara una recopilación de buenas prácticas sobre la promoción del acceso a los medicamentos. El Consejo debía examinar las recomendaciones del Foro Social y actuar en consecuencia.

Anexos

[Inglés únicamente]

Anexo I

Provisional agenda

1. Opening of the session.
2. Implementation of Human Rights Council resolution 26/28 entitled "The Social Forum" on the theme "Access to medicines in the context of the right of everyone to the enjoyment of the highest standard of physical and mental health, including best practices in this regard".
3. Closure of the session.

Anexo II

List of participants

States Members of the Human Rights Council

Argentina, Bolivia (Plurinational State of), Botswana, Brazil, China, Congo, Cuba, El Salvador, Ethiopia, France, Germany, India, Indonesia, Ireland, Japan, Kenya, Mexico, Morocco, Pakistan, Qatar, South Africa, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, United States of America, Venezuela (Bolivarian Republic of).

States Members of the United Nations represented by observers

Angola, Australia, Austria, Bahrain, Belarus, Belgium, Chile, Colombia, Ecuador, Greece, Honduras, Iran, Italy, Kuwait, Lao People's Democratic Republic, Lebanon, Lithuania, Luxembourg, Mozambique, Myanmar, Nicaragua, Panama, Peru, Philippines, Senegal, Slovenia, Spain, Sri Lanka, Switzerland, Syrian Arab Republic, Tajikistan, Tanzania, Thailand, Togo, Tunisia, Ukraine, Zambia.

Non-Member States represented by observers

Holy See.

Intergovernmental organizations

Commonwealth Secretariat, Council of Europe, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Medicines Patent Pool, Organisation International de la Francophonie, South Centre, UNITAID (Innovative Financing to Shape Markets for HIV/AIDS, Malaria and Tuberculosis), World Trade Organization.

United Nations

United Nations Conference on Trade and Development, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, United Nations Development Programme.

Specialized agencies and related organizations

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations High Commissioner for Refugees, World Health Organization.

Non-governmental organizations

Access Our Medicine Initiative, AIDS Free World, Alliance Defending Freedom International, American Association of Jurists, Ariel Foundation International, Asian-Eurasian Human Rights Forum, Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS, Association of World Citizens, Associazione Comunita Papa Giovanni XXIII, Autistic Minority International, Caritas Internationalis, Center for Reproductive Rights, Centre du

Commerce International pour le Développement, China Medical Association, Civicus, Commission Africaine des Promoteurs de la Santé et des Droits de l'Homme, Community Health and Information Network Uganda, Comision Colombiana de Juristas, Déclaration de Berne, Dominicans for Justice and Peace, Dr. Hawa Abdi Foundation, Equal Right to Life, Gavi, The Vaccine Alliance, Geneva for Human Rights, Health Innovation in Practice, HealthNet TPO, Hope International, Indian Council of South America, International Association for Hospice and Palliative Care, International Investment Center, International Longevity Centre/NGO Committee on Ageing, International Network for the Prevention of Elder Abuse, Intellectual Property Watch, Ipas Mexico, International Treatment Preparedness Coalition, International Youth and Student Movement for the United Nations, Jingguo Law Firm, Knowledge Ecology International, La Compagnie des Filles de la Charité de Saint Vincent de Paul, LDS Charities, Médecins Sans Frontières, Maloca Internationale, Mylan, India, New Generation Ishaka Belgium, Organisation of Islamic Cooperation, People's Health Movement, Press Trust of India, Rencontre Africaine pour la défense des droits de l'homme, Safe Observer International, Salud Por Derecho, Save the Children International, Sparkwater India, Third World Network, Union for International Cancer Control, Universities Allied for Essential Medicines, World Federation of the Society of Anaesthesiologists, Zomi Community USA.

National human rights institutions

The Danish Institute for Human Rights.

National Ministries and Departments

Department of Health, South Africa; Inala Indigenous Health Service, Australia; Ministry of Health, Brazil.

Academic institutions

Peking University, State University of Zanzibar, University of Strasbourg, University of Toronto, Vilnius University, Sichuan University.

Private sector

Access to Medicine Foundation, Malaria Initiative, Novartis Pharma AG, Novo Nordisk.

Independent experts

Dainius Pūras, United Nations Special Rapporteur on the Right to Health.
