



Asamblea General

Distr. general
16 de marzo de 2011
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

17º período de sesiones

Tema 3 de la agenda

**Promoción y protección de todos los derechos humanos,
civiles, políticos, económicos, sociales y culturales,
incluido el derecho al desarrollo**

Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Consulta de expertos sobre el acceso a los medicamentos como elemento fundamental del derecho a la salud

Resumen

El presente informe contiene un resumen de los debates celebrados y las recomendaciones formuladas en la consulta de expertos sobre el acceso a los medicamentos como elemento fundamental del derecho a la salud, celebrada en Ginebra el 11 de octubre de 2010, de conformidad con la resolución 12/24 del Consejo de Derechos Humanos.

En relación con los principales temas examinados —acceso a los medicamentos como elemento fundamental de la plena realización del derecho a la salud, y nuevos problemas y obstáculos relacionados con el acceso a los medicamentos como elemento fundamental de la plena realización del derecho a la salud—, varios expertos realizaron durante la consulta disertaciones que se complementaron con un intercambio interactivo de opiniones y de cuestiones que preocupa; además, se formularon varias recomendaciones sobre el ejercicio del derecho a la salud y el acceso a los medicamentos. Uno de los problemas examinados fue la necesidad de que los Estados elaboraran leyes y políticas sanitarias nacionales adecuadas y reforzaran sus sistemas nacionales de atención de la salud. Se exhortó a los Estados a que aseguraran una financiación, disponibilidad y asequibilidad sostenibles de los medicamentos y establecieran mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas.

Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción	1–2	3
II. Organización de la consulta de expertos	3–4	3
III. Resumen de las consultas	5–43	4
A. Mesa redonda 1: Acceso a los medicamentos como elemento fundamental de la plena realización del derecho a la salud	5–24	4
B. Mesa redonda 2: Nuevos problemas y obstáculos relacionados con el acceso a los medicamentos como elemento fundamental de la plena realización del derecho a la salud	25–43	9
IV. Conclusiones y recomendaciones	44–49	14
Anexo		
Participantes y ponentes		17

I. Introducción

1. La consulta de expertos sobre el acceso a los medicamentos como elemento fundamental del derecho a la salud se celebró en Ginebra el 11 de octubre de 2010, de conformidad con la resolución 12/24 del Consejo de Derechos Humanos, relativa al acceso a medicamentos en el contexto del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. En la resolución el Consejo invitó a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) a que organizara una consulta de expertos a fin de intercambiar ideas sobre las consideraciones de derechos humanos relacionadas con el acceso efectivo a medicamentos como uno de los elementos fundamentales para alcanzar paulatinamente la plena realización del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y pidió al Relator Especial sobre el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental que presentara al Consejo un resumen de las deliberaciones de la consulta de expertos.

2. La consulta de expertos contó con la presencia de diversos participantes, incluidos representantes de Estados miembros, organizaciones internacionales, expertos independientes y una serie de organizaciones no gubernamentales (ONG) y de la sociedad civil. Lamentablemente, no asistieron a la consulta asociaciones de pacientes ni empresas farmacéuticas. No obstante, la empresa farmacéutica Novartis envió una carta en la que lamentaba no poder participar e informaba de que estaba elaborando una declaración de intenciones bajo los auspicios de la Mesa Redonda Gates de Presidentes de Consejos de Administración que se celebraría en Washington D.C. los días 8 y 9 de noviembre de 2011¹.

II. Organización de la consulta de expertos

3. La consulta de expertos se organizó en estrecha cooperación con los Estados miembros y otros interlocutores pertinentes, y se centró en los elementos mencionados en la resolución 12/24 del Consejo; a saber: el acceso a los medicamentos como elemento fundamental de la plena realización del derecho a la salud; y nuevos problemas y obstáculos relacionados con el acceso a los medicamentos como elemento fundamental de la plena realización del derecho a la salud, y vías para avanzar hacia su consecución.

4. La consulta tuvo por objeto reunir y examinar las opiniones de los expertos sobre la interpretación de las obligaciones de derechos humanos antes mencionadas. Otro de sus propósitos fue alentar una mayor coherencia normativa entre las obligaciones de derechos humanos y otros ámbitos de la formulación de las políticas públicas, así como fortalecer la Alianza Mundial para el Desarrollo, la coordinación institucional y las medidas colectivas encaminadas a ampliar el acceso a los medicamentos.

¹ La Mesa Redonda Gates de Presidentes de Consejos de Administración está integrada por diez máximos directivos de las mayores empresas farmacéuticas y tiene por objeto, entre otras cosas, mejorar el acceso a los medicamentos.

III. Resumen de las consultas

A. Mesa redonda 1: Acceso a los medicamentos como elemento fundamental de la plena realización del derecho a la salud

5. En sus palabras de apertura, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Anand Grover, recordó a los participantes la actual situación mundial en lo que respecta al acceso a medicamentos. No obstante los progresos realizados recientemente, persistían en todo el mundo enormes desigualdades en el acceso a los medicamentos, un acceso del que carecían casi 2.000 millones de personas² (es decir, un tercio de la población mundial). Por otra parte, cada año caían en la pobreza más de 100 millones de personas debido a los altos costos de la atención de salud. En los países de ingresos bajos y medios, los pacientes pagaban entre el 50% y el 90% de los costos de los medicamentos, pese a que éstos representaban entre el 20% y el 60% del presupuesto destinado a atención sanitaria. La cobertura media de seguro médico era del 35% en América Latina, del 10% en Asia, y de menos del 8% en África³. Además, solamente 5,2 millones de los 15 millones de personas que vivían con el VIH recibían tratamiento antirretroviral.

6. El Relator Especial señaló como ejemplos positivos las decisiones de tribunales nacionales de América Latina, Asia Meridional y África Meridional, que habían abolido la distinción entre derechos civiles y políticos, por una parte, y derechos económicos, sociales y culturales, por otra, mediante el reconocimiento del derecho de las personas a acceder a medicamentos. Recordó la importancia de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los medicamentos, del respeto a la igualdad y de la aplicación de un enfoque no discriminatorio, e indicó que debía prestarse especial atención a las mujeres, los niños y los grupos marginados.

7. El Relator Especial recordó que algunas cuestiones relacionadas con las leyes de propiedad intelectual amenazaban el acceso a los medicamentos. Las desigualdades actuales en materia de salud demostraban que los Estados tenían que respetar las obligaciones contraídas en virtud del derecho internacional, incluidas las leyes y prácticas relacionadas con la propiedad intelectual, y tomar en consideración la necesidad de asegurar el acceso de todos a medicamentos asequibles. En ese sentido el Relator Especial advirtió que el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), o al menos su aplicación por determinados Estados, seguía obstaculizando el logro de un mayor acceso a los medicamentos. En este sentido, señaló la presión que los países desarrollados ejercían sobre los países menos adelantados y los países en desarrollo para impedir la utilización de las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los ADPIC. Alertó sobre la aplicación de nuevas normas en el ámbito del derecho de patentes, como las ADPIC-plus, que amenazaban con exacerbar aún más el problema. El Relator Especial llegó a la conclusión de que se debería permitir a los países en desarrollo y los países menos adelantados utilizar las flexibilidades del Acuerdo sobre los ADPIC.

² Organización Mundial de la Salud (OMS), "Situación de los Medicamentos en el Mundo", 2004, (WHO/EDM/PAR/2004.5), págs. 61 a 63. Véase también: Organización Mundial de la Salud, "Estrategia farmacéutica de la OMS, 2004-2007. Lo esencial son los países", pág. 20.

³ Organización Mundial de la Salud (OMS), "Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva", Folleto N° 8 de Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. Ginebra, marzo de 2004. Se puede consultar en línea en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4962e/s4962e.pdf>.

8. Otras cuestiones suscitadas por el Relator Especial por considerarlas cruciales para facilitar el acceso a los medicamentos, fueron los llamamientos a oponerse a la adopción de leyes, reglamentos y medidas contra la falsificación de medicamentos, y el establecimiento de controles fronterizos. Señaló la necesidad de velar por que las prioridades sanitarias relacionadas con los medicamentos no se vieran menoscabadas a cambio de inversiones, y de asegurar la aprobación de normativas adecuadas en materia de medicamentos. Alertó además contra la reducción de la financiación para los medicamentos en los planos internacional y nacional, y lamentó la falta de transferencia de tecnologías, que era fundamental para el desarrollo a largo plazo de los países menos adelantados.

9. Tras las palabras de apertura del Relator Especial, el Sr. Stephen Marks, de la Harvard School of Public Health, recordó que en su resolución 1999/49, relativa a la protección de los derechos humanos en el contexto del VIH/SIDA, la Comisión de Derechos Humanos había reafirmado que los acuerdos internacionales no deberían impedir que los gobiernos adoptaran medidas para proteger la salud pública, sino que, por el contrario, deberían alentarlos a hacerlo. El Sr. Marks, también presidente del Equipo especial de alto nivel sobre el ejercicio del derecho al desarrollo, había estado a cargo de informar al Equipo especial sobre la consecución del Objetivo de Desarrollo del Milenio octavo (Fomentar una asociación mundial para el desarrollo). Señaló que el Equipo especial había dedicado particular atención a la meta E, relacionada con el acceso a los medicamentos esenciales, y mantenía una interacción positiva con todas las partes interesadas, incluidas las empresas farmacéuticas y la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI). Por último, indicó que el derecho de acceso a los medicamentos no sólo se derivaba del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, sino también de su artículo 15, párrafo 1 b), en virtud del cual toda persona poseía el derecho a "gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones".

10. Después de esta intervención, el Sr. Chandrashekhar Dasgupta, miembro del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, mencionó la obligación de los Estados de lograr, inclusive mediante asistencia internacional, la plena efectividad de los derechos reconocidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, lo que incluía la adopción de medidas legislativas a esos efectos. Esta obligación dimanaba de los artículos 2, párrafo 1, y 12 del Pacto, según figuraba expuesto en detalle en el texto de las Observaciones generales Nos. 3 y 14, en el que el Comité subrayaba el importante papel de los Estados partes en relación con la cooperación internacional. El Sr. Dasgupta también señaló a la atención la brecha existente entre los países desarrollados y los países en desarrollo en materia de acceso a los medicamentos, algo que era política y socialmente inaceptable.

11. El Sr. Dasgupta reiteró que los Estados partes deberían velar por que en los acuerdos internacionales se dedicara la debida atención al derecho a la salud, incluido el acceso a los medicamentos, como se había formulado detalladamente en la Observación general N° 14, y que los Estados partes deberían asegurar la compatibilidad de sus leyes y prácticas con las disposiciones del Pacto. Compartió la opinión expresada por el Relator Especial en relación con los medicamentos genéricos, y llegó a la conclusión de que las normas ADPIC-plus, que negaban a los países las flexibilidades a que tenían derecho, eran inaceptables si afectaban negativamente al acceso a los medicamentos.

12. En su intervención, el Sr. Richard Laing, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), destacó la importancia de utilizar el acceso a los medicamentos como parámetro claro y relativamente solvente para medir el cumplimiento por los gobiernos de su compromiso de hacer efectivo el derecho a la salud. Señaló, por ejemplo, que la disponibilidad de medicamentos genéricos en el sector de la salud pública era mucho menor (del 30% al 40%) que en el sector privado (60%). Por consiguiente, muchos pacientes

pobres que utilizaban las instalaciones públicas tenían un acceso limitado a medicamentos. Subrayó el hecho, no obstante, de que, contrariamente a la opinión popular, el desempeño de los gobiernos era muy bueno, pues, en la mayoría de los países, el sector público, en sus adquisiciones, obtenía medicamentos a precios internacionales muy razonables. La situación en el sector privado era diferente, con precios entre 10 y 20 veces superiores a los del sector público, al haberse repercutido en ellos los impuestos y los márgenes comerciales y por otros factores determinantes. El Sr. Laing señaló que muchas enfermedades crónicas, como el asma y la diabetes, imponían a quienes las sufrían la obligación de gastar hasta el 30% de sus salarios solamente para obtener la medicación diaria. Por lo general, las enfermedades crónicas conllevaban gastos insostenibles, que colocaban a las personas ante la disyuntiva de tener que elegir entre comprar alimentos o medicinas.

13. El acceso a medicamentos se veía afectado también por el uso de medidas regresivas en tiempos de recesión económica, épocas en que los gobiernos a menudo aumentaban los impuestos sobre los medicamentos, reducían el copago y el acceso al seguro médico y recortaban los subsidios, lo que, por consiguiente, obstaculizaba el acceso a los medicamentos.

14. La creación de un nuevo sitio web, en el que podía consultarse información sobre sentencias de casos relacionados con el acceso a los medicamentos, era una de las medidas de sensibilización más recientes de la OMS. Muchos ejemplos de América Latina demostraban que era posible utilizar las leyes para mejorar el acceso a los medicamentos. En ese mismo contexto, la OMS había analizado constituciones del mundo entero y comprobado que en 135 de las 186 constituciones nacionales examinadas figuraban disposiciones sobre la salud o el derecho a la salud. De ellas, 95 mencionaban el derecho de acceso a instalaciones, bienes, y servicios de salud, mientras que solamente 4 (las de México, el Perú, Filipinas y Siria) reconocían el acceso a medicamentos esenciales como un derecho fundamental.

15. El Sr. Laing señaló también la responsabilidad de las empresas multinacionales y de las empresas nacionales productoras de fármacos genéricos en el aumento de los precios de los medicamentos. En ese contexto, la OMS recordó el Índice de acceso a los medicamentos de 2008⁴, con arreglo al cual se había clasificado a 20 empresas farmacéuticas según el grado en que habían garantizado el acceso a los medicamentos, y que ponía de manifiesto la existencia de grandes diferencias entre ellas.

16. Para concluir, el Sr. Laing recomendó que los gobiernos incorporaran en sus políticas sanitarias nacionales un enfoque basado en los derechos, e hizo hincapié en la importancia de la recopilación de datos desglosados. Además, exhortó a los Estados a que especificaran sus obligaciones en cuanto a la prestación de servicios de atención de la salud y el acceso a los medicamentos esenciales. Asimismo, instó a los gobiernos a que aprobaran una selección de medicamentos esenciales que debía cubrir la seguridad social, establecieran mecanismos de vigilancia y de rendición de cuentas, así como de reparación, e informaran periódicamente sobre la realización progresiva del derecho a la salud.

17. El Dr. Zafar Mirza (OMS) centró su disertación en el tema de los medicamentos esenciales para combatir enfermedades no transmisibles. Hizo hincapié en que los medicamentos esenciales eran un componente principal del tratamiento de enfermedades como trastornos cardiovasculares, diabetes, asma, numerosos tipos de cáncer, tabaquismo, depresión y epilepsia. En encuestas realizadas recientemente en más de 40 países de baja y media renta se observó que la disponibilidad de medicamentos genéricos para el tratamiento en el sector público de enfermedades graves era de sólo el 56,1%, y en el sector privado, del 65,6 %. En el caso de las enfermedades crónicas las cifras eran aún más bajas:

⁴ Véase www.accessmedicinesindex.org.

36% de disponibilidad en el sector público y 54,7% en el sector privado. En el sector público esta situación obedecía principalmente a la falta de recursos o a una asignación presupuestaria deficiente, a previsiones erróneas de la demanda, y a una adquisición y distribución ineficientes. Ello, por su parte, obligaba a los pacientes a adquirir esos medicamentos en el sector privado a precios muy superiores.

18. El Dr. Mirza expresó preocupación por la presencia, cada vez mayor en el mercado, de medicamentos falsificados para combatir enfermedades crónicas, algo que debía atribuirse a compras por Internet no reguladas que realizaban enfermos bajo tratamiento. También señaló la necesidad de elaborar directrices clínicas basadas en pruebas científicas para la atención de enfermedades no transmisibles, incluidas normas para el diagnóstico y acuerdos internacionales sobre el momento en que debía iniciarse el tratamiento medicamentoso. Dado el potencial de mercado a largo plazo de esas enfermedades en el caso de los tratamientos crónicos, la industria farmacéutica manifestaba un fuerte interés en este asunto, por lo que debía prestarse gran atención a la adecuada identificación y gestión de los conflictos de intereses que pudieran surgir entre la industria, las organizaciones de pacientes, las asociaciones profesionales, las aseguradoras médicas y los organismos del sector público. Lo anterior también era aplicable a los países de baja y media renta, donde muchos "medicamentos genéricos de marca" eran objeto de una agresiva comercialización.

19. El Sr. Parra Vera, abogado de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, señaló que podía y debía utilizarse la litigación judicial para mejorar el acceso a los medicamentos, e hizo hincapié en la importancia de contar con mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas. En el decenio de 1990, Colombia y otros países de América Latina habían tratado de reformar sus sistemas sanitarios mediante la unificación de los dos sistemas de prestación de servicios de salud y distribución de medicamentos: el que cubre a los trabajadores, diferente del que atiende a las personas que carecen de medios para pagar. Esta distinción había tenido efectos discriminatorios y, por consiguiente, los pobres se habían visto forzados a buscar amparo jurídico para acceder a la atención de salud. Por ejemplo, entre 1999 y 2008 en Colombia se habían incoado 600.000 causas relacionadas con el acceso a los medicamentos y la atención sanitaria. Como resultado de los litigios, los jueces habían ordenado al Estado que proporcionara fondos para ciertos medicamentos. En algunos países los medicamentos tenían precios exorbitantes, pues el Estado había dejado su fijación al libre mercado. En Colombia, el costo de la desregulación de los precios de los medicamentos establecida en 2006 (que permitió a las industrias farmacéuticas establecer los precios con arreglo al libre mercado) fue asumido en última instancia por el presupuesto del Estado. Por consiguiente, era necesario supervisar y controlar los precios de los medicamentos sobre la base del derecho internacional. Por otra parte, los litigios relacionados con el derecho a la salud desempeñaban una importante función; no obstante, si la protección implicaba mayores prestaciones para las personas ya incluidas en el sistema sanitario, ello podría traducirse en desigualdades en materia de protección. La protección legal debía armonizarse, pues las distinciones podían conducir a desigualdades y discriminación. Por esa razón era importante recurrir a litigios y decisiones judiciales como medida estratégica para lograr cambios estructurales en las políticas de acceso a los medicamentos, y no para beneficiar a una única persona con arreglo a una causa.

20. La Sra. Leah Hctor, de la Comisión Internacional de Juristas, destacó la importancia de que las disposiciones jurídicas internacionales relativas a la igualdad y la no discriminación en el disfrute de los derechos se tuvieran en cuenta en los esfuerzos por atender y mejorar el acceso a medicamentos. Señaló que el lugar de nacimiento, el género, el origen étnico, la edad, el nivel de instrucción y el empleo eran factores que influían considerablemente en el acceso a medicamentos. Subrayó que, a medida que se avanzara en el estudio de este tema, era necesario asegurar que se prestara especial atención al acceso de las mujeres a medicamentos. Las mujeres y las niñas eran discriminadas y sufrían desigualdades significativas en este ámbito por motivos de sexo y de género, pero en

muchos casos también por la intersección de varias causas de discriminación, así como por múltiples formas de ésta, debido, por ejemplo, a la posición social y a la edad. Hizo hincapié en que los Estados debían adoptar una serie de medidas para garantizar el derecho de la mujer a acceder a medicamentos en pie de igualdad, a saber: la inclusión en la lista de medicamentos esenciales del país, y la disponibilidad real, de los medicamentos esenciales para las mujeres, en particular fármacos relacionados con la salud reproductiva, medios anticonceptivos, medicamentos para prevenir la transmisión del VIH de la madre al hijo, y para el tratamiento terapéutico y paliativo del cáncer de mama. Como las mujeres constituían la mayoría de los pobres, al asegurar su acceso real a esos medicamentos se estaban teniendo en cuenta factores económicos. La realización del derecho de las mujeres y las niñas a los medicamentos esenciales podría significar que los servicios sanitarios nacionales los pusieran a su disposición gratuitamente o a precios subsidiados. Por otra parte, se debían tomar en consideración diversos factores indirectos; por ejemplo, la mejora de la educación y la lucha contra el analfabetismo eran medidas clave para mejorar el acceso a los medicamentos. La prohibición legal de ciertos medicamentos y servicios de planificación familiar, o las leyes que afectaban a la condición jurídica de la mujer también obstaculizaban su acceso a medicamentos y a atención sanitaria. Para finalizar su intervención, la Sra. Hoctor instó a las partes interesadas a que en sus esfuerzos por mejorar el acceso a los medicamentos no partieran solamente de un enfoque basado en el derecho a la salud, sino que aplicaran también un planteamiento más amplio de los derechos humanos, que reconociera la naturaleza multifacética, y no unidimensional, de los seres humanos, y contribuyera a identificar los diversos factores interrelacionados que se combinaban para limitar el acceso cotidiano de la mujer a medicamentos.

21. Los participantes examinaron los obstáculos existentes en el acceso a medicamentos, sus causas y posibles soluciones. Los representantes de varios Estados expresaron preocupación por el gran número de personas privadas de dicho acceso. Les preocupaban también la presión que se ejercía sobre los países en desarrollo para que no utilizaran las flexibilidades del Acuerdo sobre los ADPIC y los efectos de las normas ADPIC-plus, encaminadas esencialmente a reforzar la protección de patentes. Se plantearon también los problemas relativos a las repercusiones de la pobreza, la fijación de precios y la cuestión de que en las investigaciones se priorizaban las enfermedades del mundo desarrollado y se soslayaban las del mundo en desarrollo. De ese modo se creaba un círculo vicioso, por el que los países pobres dependían de las investigaciones y la tecnología de los países ricos para producir los medicamentos que necesitaban, mientras continuaban siendo incapaces de desarrollar su propia producción farmacéutica. No obstante, esa situación podría superarse mediante una cooperación mundial en materia de inversiones en investigación y tecnología en países pobres.

22. En la consulta también se debatió la cuestión de los medicamentos falsificados. Los representantes de varios Estados subrayaron la importancia de que el concepto del derecho al acceso a medicamentos no se utilizara para socavar el régimen internacional de propiedad intelectual y las flexibilidades inherentes a éste, ni como excusa para adoptar nuevas leyes invocando la lucha contra la falsificación de medicamentos. Aunque reiteraron su total compromiso con la realización del derecho a la salud, los representantes de algunos países desarrollados destacaron la necesidad de asegurar que el concepto del derecho a los medicamentos no se utilizara para minar los derechos de propiedad intelectual, ni se tradujese en tolerancia para con medicamentos falsificados, algunas veces peligrosos, por más que no debería existir confusión alguna entre esas dos cuestiones. En ese contexto, se subrayó la necesidad de un sistema de salud eficaz, que asegurara servicios de atención de salud para todos, incluidos los grupos especialmente vulnerables, como las mujeres, los niños, los toxicómanos y las personas que vivían con el VIH/SIDA. Debían simplificarse los prolongados y engorrosos procedimientos de registro de los medicamentos, a fin de facilitar y posibilitar un acceso oportuno a los fármacos sin poner en peligro su calidad y

seguridad. Algunos representantes reiteraron que debía existir coherencia en los debates que tenían lugar entre el ACNUDH, la OMS y la OMPI, a fin de impedir duplicaciones, y recomendó que se realizaran más estudios empíricos para evaluar la aplicación práctica del derecho de acceso a medicamentos. Los Estados convinieron en que la comunidad internacional debería hacer más para asegurar el acceso sin trabas de las personas a medicamentos, y aplicar un enfoque preventivo y no curativo.

23. En respuesta a las cuestiones planteadas anteriormente, el Dr. Mirza señaló a la atención la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual de la OMS, que abarcaba la transferencia de tecnología a nivel mundial, regional y nacional. Si bien el debate debería basarse en las listas nacionales de medicamentos, cabía mencionar que la lista de medicamentos de la OMS constaba en 2003 de 17 medicamentos protegidos por una patente, y que la lista se ampliaría en cooperación con la OMPI. Señaló la importancia de asegurar la calidad y disponibilidad pública de los medicamentos genéricos simples.

24. Representantes de varios Estados solicitaron participar en las conversaciones y deliberaciones sobre propiedad intelectual que tenían lugar entre la OMS y la OMPI, y expresaron interés en conocer cuáles serían las consecuencias para los países no miembros del Pacto.

B. Mesa redonda 2: Nuevos problemas y obstáculos relacionados con el acceso a los medicamentos como elemento fundamental de la plena realización del derecho a la salud

25. El Relator Especial inauguró la segunda mesa redonda y volvió a poner de relieve los obstáculos más importantes que impedían el acceso a los medicamentos, a saber: cuestiones relacionadas con los derechos de propiedad intelectual, y la competencia, considerada el elemento más importante para reducir los precios de los medicamentos y lograr que éstos fueran asequibles para todos. Se refirió al año 2001, cuando la crisis del VIH llegó a su apogeo y los precios de los medicamentos antirretrovirales cayeron de 15.000 a 400 dólares de los Estados Unidos por paciente y año. La disponibilidad de antirretrovirales genéricos más baratos procedentes de países en desarrollo dio lugar inevitablemente a la competencia entre fabricantes y a la reducción de los precios. El Relator Especial subrayó que la única competencia eficaz era la que creaban los medicamentos genéricos.

26. Era cada vez más urgente asegurar que las empresas multinacionales adoptaran un criterio de responsabilidad social. Esta cuestión revestía particular importancia en el contexto del derecho a la salud; si bien la responsabilidad primordial de asegurar el disfrute del derecho a la salud recaía sobre los Estados, era una responsabilidad que éstos compartían con otros actores nacionales e internacionales, como las empresas farmacéuticas. Aunque éstas tenían el objetivo legítimo de aumentar el valor de las acciones, su principal meta social debía ser mejorar el acceso a los medicamentos, lo que tenía que considerarse en el contexto de otros objetivos sociales y de desarrollo, así como en el ámbito de los derechos humanos.

27. El Relator Especial advirtió también que se habían adoptado medidas más severas en relación con las patentes. Hasta hacía poco las violaciones en materia de patentes no eran objeto de procedimientos penales (a diferencia de las marcas comerciales o los derechos de autor). Sin embargo, se preveía la introducción de recursos penales en el derecho de patentes, con lo que sería competencia de los inspectores de aduana y de reguladores farmacéuticos decidir si se habían incumplido las condiciones de la patente. Por otra parte, la adopción de las llamadas medidas contra la falsificación podría limitar aún más el acceso

a los medicamentos. Aunque la cifra real de medicamentos falsificados era muy pequeña, los países desarrollados y las empresas multinacionales apoyaban firmemente las medidas que no hacían distinciones entre los medicamentos genéricos y los falsificados⁵. Las llamadas "medidas definitivas", como las aplicadas por los Países Bajos a medicamentos exportados de la India al Brasil y otros países de América Latina, tenían efectos de gran trascendencia sobre el acceso a los medicamentos⁶ (si el medicamento en cuestión no estaba patentado en ninguno de los países, la carga podía ser confiscada y el transporte objeto de un procedimiento penal).

28. El Dr. Hans Hogerzeil declaró que cada día morían unos 30.000 niños por carecer de acceso a los medicamentos esenciales, de los que se disponían grandes cantidades en su versión genérica; destacó la importancia de exigir responsabilidad a los gobiernos por esa falta de acceso. Además, cada vez era más complicado acceder a nuevos medicamentos esenciales que aún estaban bajo patente, como era el caso de los medicamentos de segunda línea para el tratamiento del sida. Este aspecto del problema obedecía en gran medida a la aplicación de leyes sobre patentes más estrictas, adoptadas recientemente, lo que convertía esta cuestión en algo esencial para la salud pública de nuestra época.

29. El Dr. Hogerzeil pidió a los Estados que se comprometieran públicamente a asegurar el acceso universal y a reconocer en sus constituciones y demás leyes importantes el disfrute del derecho a la salud y al acceso a los medicamentos. Los instó además a que se comprometieran a asegurar el acceso pleno a los medicamentos, estableciendo mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas y centrándose en los grupos más pobres y desfavorecidos.

30. En ese contexto, el Dr. Hogerzeil señaló que era posible y sería sumamente útil la elaboración y adopción de políticas correctas para promover la utilización de medicamentos genéricos de buena calidad. Esas directrices permitirían a los gobiernos identificar qué medicamentos patentados eran realmente necesarios, o si un medicamento genérico sería igualmente eficaz. Regulando el precio de los medicamentos patentados y, cuando fuera posible, gestionando la competencia con políticas sobre medicamentos genéricos, los gobiernos asegurarían medicamentos asequibles y accesibles para todos, incluidas las personas que vivían en la pobreza.

31. El Dr. Hogerzeil pidió al ACNUDH que contribuyera a la formulación de indicadores estandarizados para la presentación de informes sobre derechos humanos, entre ellos, informes sobre el derecho a la salud y el acceso a los medicamentos esenciales. Por último, los gobiernos deberían informar sobre las actividades que hubieran realizado para asegurar el disfrute del más alto nivel posible de salud.

32. La Dra. Annemiek van Bolhuis, también de la OMS, centró su intervención en las enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, la diabetes, el asma y las enfermedades mentales. Reiteró que el acceso a medicamentos asequibles y de buena calidad era un requisito fundamental para el tratamiento de esas enfermedades. El acceso a los medicamentos esenciales para enfermedades no transmisibles era incluso menor que para las transmisibles, tanto en el sector público como el privado. Además, muchos de los medicamentos para el tratamiento de enfermedades no transmisibles (por ejemplo, la insulina), de disponerse de ellos tenían que utilizarse de por vida, lo que gravaba enormemente el presupuesto familiar y hundía a muchas familias en la pobreza. En los

⁵ En Kenia, por ejemplo, en la Ley contra las falsificaciones los fármacos genéricos garantizados que suministran a Kenia empresas indias o brasileñas son equiparados con los medicamentos falsificados. Esta práctica se está ya difundiendo por toda el África Oriental.

⁶ La confiscación de esas mercancías por los Países Bajos careció de justificación legal, pues los medicamentos estaban en tránsito y las leyes de patentes tienen carácter únicamente territorial y no son aplicables más allá de las fronteras de los países.

esfuerzos para resolver este problema deberían participar todos los actores, incluidas las empresas farmacéuticas, las entidades de seguro médico, las organizaciones de salud pública y las asociaciones de pacientes, siempre y cuando se llevara a cabo una gestión cuidadosa de los conflictos de intereses.

33. Luego de la intervención anterior, la Sra. Huong Ha, del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria expuso el enfoque del Fondo respecto de los diversos desafíos relacionados con el acceso a los medicamentos, incluidos los problemas de patentes que afrontaban los países receptores de donaciones. La Sra. Ha examinó los problemas en relación con la adquisición y el suministro de medicamentos, y subrayó la importancia de un sistema de adquisición transparente, competitivo y justo, que asegurara la calidad, disponibilidad y asequibilidad de los medicamentos. Explicó que el Fondo Mundial proporcionaba a los países asistencia en materia de gestión de adquisiciones y suministros (GAS) y facilitaba el acceso a servicios de asistencia técnica y la creación de capacidad en los países receptores, en cooperación con organismos técnicos. El Fondo Mundial gastaba alrededor del 37% de su presupuesto en medicamentos y productos sanitarios, y el 15%, en recursos humanos. Observó también que, para asegurar el acceso a los medicamentos y el pleno disfrute del derecho a la salud, era fundamental fortalecer el sistema sanitario. El Fondo Mundial dedicaba el 6% de su presupuesto a apoyar actividades encaminadas a fortalecer los sistemas sanitarios. Destacó que era necesario resolver de manera sostenible las cuestiones relativas a la producción de medicamentos genéricos de bajo costo con formulaciones adecuadas, simplificar la gestión de la propiedad intelectual para asegurar que los países pudieran aprovechar plenamente y cumplir las flexibilidades del Acuerdo sobre los ADPIC, y, por último, establecer un mecanismo de incentivos para facilitar la llegada de medicamentos nuevos al mercado. Señaló las diversas medidas e iniciativas adoptadas por el Fondo para lograr la armonización, y destacó que en la labor del Fondo se reflejaban los principios de derechos humanos de igualdad, no discriminación, participación, transparencia y rendición de cuentas.

34. El Sr. Tido von Schoen-Angerer y el Sr. Emmanuel Tronc, de Médicos Sin Fronteras (MSF), plantearon varias de las cuestiones cruciales mencionadas anteriormente, en particular, que algunos Estados aplicaban políticas que socavaban directamente el acceso a los medicamentos, y con frecuencia no estaban dispuestos (o eran incapaces) a proporcionar una atención médica de calidad adecuada; y que la prevalencia de algunas enfermedades en los países desarrollados y en los países en desarrollo podría cambiar la perspectiva mundial respecto de la importancia del acceso a los medicamentos. Se pusieron de relieve nuevamente cuestiones como la necesidad de asegurar el acceso a medicamentos nuevos, el lugar donde éstos podrían producirse, el modo de posibilitar su importación en los países que más los necesitaban, y la forma de administrar a los pacientes los tratamientos más modernos recomendados. Médicos Sin Fronteras acogió con agrado la Estrategia mundial y el plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual de la OMS, que podría transformar radicalmente la forma de ejecución y financiación de los trabajos de investigación y desarrollo en el campo de la salud, a fin de asegurar que los medicamentos estuvieran al alcance de quienes más los necesitaran. Se trataba de una transformación histórica, pero su aplicación dependía de que los Estados estuvieran dispuestos a traducir la Estrategia y el plan en medidas prácticas. Se señaló que grupos vulnerables específicos, como los migrantes indocumentados, afrontaban trabas adicionales para acceder a los medicamentos, debido a su incierta situación jurídica, diferencias culturales y lingüísticas, su exclusión de los sistemas de seguro médico y de seguridad social, y la falta de apoyo de la comunidad.

35. En el debate interactivo que siguió a esta mesa redonda se plantearon numerosas cuestiones sustantivas, como la preocupación de que el empleo del adjetivo "esenciales" pudiera excluir a otros medicamentos muy necesarios. Respecto de la responsabilidad de los gobiernos, los representantes de algunos Estados opinaron que se juzgaba con

demasiada severidad a los gobiernos de los países en desarrollo, y que a veces, algunos gobiernos, por lo demás responsables, simplemente carecían de los medios para proporcionar acceso a medicamentos. Por su parte, esta situación se debía a que las patentes —impuestas por las empresas farmacéuticas y los países desarrollados— hacían aumentar los precios de los medicamentos. Como resultado de ello, los gobiernos de los países en desarrollo no sólo carecían de medios para adquirir esos medicamentos, sino que además, debido a los extensos plazos de vigencia de las patentes, tampoco podían aprovechar los conocimientos de los países desarrollados que necesitaban para producir medicamentos genéricos baratos. Además, si la vigencia de las patentes se prorrogaba por otros cinco años, como habían propuesto algunas empresas farmacéuticas y países desarrollados, la situación se deterioraría aún más.

36. Los medicamentos esenciales no deberían patentarse. Cuando volvió a plantearse el tema de las flexibilidades del Acuerdo sobre los ADPIC, los representantes de algunos Estados insistieron en que cuestiones como la protección de las industrias del sector privado por los países desarrollados, que entrañaba enormes injusticias para los pobres, deberían examinarse en otros foros, como el Consejo de Derechos Humanos y la Organización Mundial del Comercio. Se pidió a los ponentes que expresaran sus opiniones sobre el modo en que el Consejo de Derechos Humanos podría llevar adelante las recomendaciones de los procedimientos especiales. Asimismo, se planteó la preocupación de que los intentos de los países desarrollados y del sector privado de ignorar las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los ADPIC pudieran dar al traste con muchas de las iniciativas examinadas en la consulta de expertos. Hubo consenso sobre la necesidad de seguir de cerca las deliberaciones y negociaciones relacionadas con las normas ADPIC-plus. En este sentido, se sugirió que se distribuyera más información sobre la legitimidad de la utilización de las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los ADPIC.

37. En su respuesta a algunas de las preocupaciones planteadas por representantes de Estados, ONG y otras organizaciones, los ponentes hicieron nuevas aclaraciones. Respecto de la confusión entre los medicamentos esenciales a nivel nacional y la lista internacional de medicamentos esenciales elaborada por la OMS, el Dr. Hogerzeil declaró que cualquier lista nacional era más importante, ya que se refería a las necesidades concretas del país dado; no obstante, advirtió que cuando un país grande con muchas patologías tenía en su lista apenas 30 medicamentos esenciales, era evidente que tal vez debería tomarse como referencia la lista de la OMS. En relación con la promoción de políticas de medicamentos genéricos, señaló algunas medidas importantes que podrían adoptar los países, a saber: crear un marco jurídico adecuado, publicar información sobre precios e informar sobre la disponibilidad de medicamentos genéricos, y asegurar que éstos fueran de buena calidad. Mediante la creación de incentivos financieros, en especial para las farmacéuticas, los gobiernos también podrían aumentar el interés del sector privado e incorporarlo en la promoción de las políticas de medicamentos genéricos.

38. En relación con las patentes, el Dr. Hogerzeil, si bien estuvo de acuerdo en que las empresas farmacéuticas no deberían prorrogar las patentes más allá de lo aceptable, hizo hincapié en que aquéllas deberían ir más allá, promoviendo y protegiendo los derechos humanos. En cuanto a la protección de los medicamentos nacionales en el sistema de adquisiciones públicas, el Dr. Hogerzeil sugirió que si los gobiernos otorgaban un trato favorable a los fármacos producidos localmente, pese a que fuera del país podían conseguirse medicamentos más baratos, el Ministerio de Comercio, como parte de su política industrial (y no el Ministerio de Salud), debería pagar la diferencia de precios existente entre el medicamento nacional y el medicamento genérico de menor precio y buena calidad que podría haberse importado.

39. El Dr. Hogerzeil explicó también el proceso de selección de los medicamentos esenciales, y los cambios introducidos por la OMS en ese proceso a partir de 2002. Con anterioridad, los criterios de selección habían sido la asequibilidad y la situación de las patentes; en la actualidad eran la eficacia, la seguridad y la relación costo-eficacia (dentro de su grupo). Existían numerosas opciones para bajar los precios, en particular, la reducción de los impuestos sobre las importaciones, desvinculándolos de los medicamentos por receta; la sustitución de un medicamento concreto patentado por otro igualmente eficaz; y la negociación de los precios. Además, los Estados podían negociar con una empresa farmacéutica un precio inferior para un medicamento concreto sobre la base de la diferenciación de precios, u optar por la concesión de licencias voluntarias, asegurando al mismo tiempo que no se abusara de dicha diferenciación de precios mediante la reexportación del mismo medicamento. Por otra parte, los países podrían apoyar los incentivos para la innovación fijando los precios de forma diferenciada y racionalizando las reglamentaciones.

40. Respecto de la innovación, el Relator Especial afirmó que, no obstante la importancia de los trabajos de investigación y desarrollo, era necesario diferenciar un medicamento completamente nuevo ("nueva molécula") de otro que hubiera sufrido sólo ligeras modificaciones ("nueva forma"). La mayoría de las patentes farmacéuticas se referían realmente a nuevas formas y no a moléculas nuevas, pero se patentaban ambas categorías. Solamente el 15% de los nuevos medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos entre 1989 y 2000 eran fármacos muy innovadores y prioritarios⁷. Por consiguiente, se patentaban medicamentos con modificaciones imperceptibles, lo que aumentaba innecesariamente su costo. En este sentido era necesario transformar el sistema de patentes, a fin de impedir el sobreprecio de medicamentos que apenas se diferenciaban de otros ya existentes.

41. Durante el debate, los representantes de algunos Estados expresaron preocupación por que en términos de responsabilidad se exigiera demasiado a los gobiernos y muy poco a las organizaciones internacionales y a las empresas farmacéuticas. Para los países en desarrollo resultaba especialmente difícil conciliar los derechos humanos con los intereses comerciales, mientras que los países desarrollados los presionaban para que no utilizaran las flexibilidades previstas en los acuerdos comerciales. Por otro lado, no quedaba claro si las empresas farmacéuticas se veían realmente incentivadas para respetar los derechos humanos, cuestión fundamental a juicio de algunos países. Los representantes de otros Estados pusieron de relieve además el importante papel de los medicamentos genéricos para la fijación de los precios y la apertura de la competencia, y se preguntaron si el plazo de vigencia de las patentes no podría revisarse en favor de la salud pública. Además, los representantes de algunos Estados subrayaron la importancia de la medicina tradicional. Los problemas relacionados con las cadenas de suministro de medicamentos, una fijación de precios defectuosa y carente de equidad, prescripciones inadecuadas, la mala selección de los medicamentos y la deficiente información sobre el acceso a éstos, la débil rendición de cuentas, y la escasa participación del público eran motivo de considerable inquietud. Varios países señalaron que la diferenciación de precios también debía aplicarse a algunos países que, aunque no entraban en la categoría de menos adelantados, tenían una alta incidencia de enfermedades vinculadas al clima o a otros factores singulares.

42. En respuesta a estas observaciones, el Dr. Marks reiteró el papel y la función que podían desempeñar las organizaciones regionales, algunas de las cuales ya habían observado y examinado todas las cuestiones analizadas en la consulta de expertos. Asimismo, convino en que si bien el 90% de los pobres había vivido en países de bajos

⁷ National Institute for Health Care, Management Research and Educational Foundation, Washington D.C., "Changing patterns of pharmaceutical innovation", mayo de 2002, pág. 3. Se puede consultar en: nihcm.org/pdf/innovations.pdf.

ingresos, esa población se había dispersado, y en realidad las tres cuartas partes de los pobres vivían ahora en países de ingresos medios y en Europa. Por consiguiente, la diferenciación debía aplicarse no sólo entre los países más pobres a escala internacional, sino también entre los ricos y los pobres a nivel de país.

43. En sus conclusiones, el Sr. Dasgupta se refirió a las repercusiones del cambio climático sobre la salud y al hecho de que algunos países de América del Norte podrían verse afectados por la malaria, el dengue y otras dolencias, consideradas por lo general enfermedades del "tercer mundo" o prevalentes en los países menos adelantados y en los países en desarrollo. Esta "migración" de las enfermedades podría cambiar la perspectiva mundial respecto de la importancia del acceso a los medicamentos y de sus precios, así como el contexto relacionado con las patentes.

IV. Conclusiones y recomendaciones

44. **El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud incluye el acceso a los servicios médicos y a los factores determinantes básicos de la salud, como el agua, el saneamiento, la no discriminación y la igualdad. Como el acceso a los medicamentos es parte integral y fundamental del derecho a la salud, los gobiernos y la comunidad internacional en su conjunto tienen la responsabilidad de proporcionar ese acceso a todas las personas. No obstante, persisten numerosas desigualdades en el acceso a los medicamentos en todo el mundo, pues casi 2.000 millones de personas (o la tercera parte de la población mundial) carecen de acceso a los medicamentos esenciales. En su mayoría esas personas viven en países de baja y media renta, donde se soslayan o subestiman las necesidades de los pobres, las mujeres, los niños y los migrantes indocumentados, así como de otros grupos marginados y vulnerables que con frecuencia sufren discriminación en el acceso a los medicamentos.**

45. **La responsabilidad de la ampliación del acceso a los medicamentos recae en los Estados; no obstante, como se reconoce en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se trata de una responsabilidad compartida. Para que aumente el acceso a los medicamentos, han de desempeñar un papel fundamental numerosos agentes nacionales e internacionales. Las empresas farmacéuticas se cuentan entre quienes comparten esa responsabilidad, dada su evidente influencia sobre la capacidad de los gobiernos para hacer realidad el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud⁸. En la consulta de expertos se señaló la necesidad de contar con un sistema fiable para el suministro de medicamentos de buena calidad, asequibles para todos, incluidas las personas que viven en la pobreza y otros grupos desfavorecidos.**

46. **Desde la perspectiva del derecho a la salud, el acceso a los medicamentos debe ser equitativo. Además es necesario realizar más trabajos de investigación y desarrollo para promover la disponibilidad de medicamentos nuevos contra enfermedades que representan una pesada carga para los países en desarrollo. En un marco de asistencia y cooperación internacionales, los Estados deberían incentivar por diversos medios los trabajos de investigación y desarrollo relacionados con esas necesidades sanitarias concretas.**

47. **Si bien los derechos de propiedad intelectual desempeñan la importante función de estimular la innovación, en algunos casos, al impulsar el aumento de los precios de los medicamentos, pueden obstruir el acceso a éstos. La realización del derecho a la salud exige que las empresas titulares de patentes de medicamentos que son decisivos**

⁸ Véase A/63/263, anexo.

para salvar vidas utilicen todos los mecanismos de que disponen para poner esos medicamentos al alcance de todos. Las patentes crean monopolios, limitan la competencia y permiten que sus titulares establezcan precios altos, y por consiguiente tienen efectos importantes sobre el acceso a los medicamentos. Si bien algunos países no conocen todas las posibilidades que ofrecen las flexibilidades del Acuerdo sobre los ADPIC y poseen una capacidad técnica limitada para utilizarlas, otros no han simplificado sus leyes de patentes lo suficiente como para facilitar la aplicación de esas flexibilidades. Por otra parte, la presión de los países desarrollados y las empresas farmacéuticas multinacionales ha jugado un papel destacado en la aplicación de las flexibilidades del Acuerdo sobre los ADPIC en los países en desarrollo y los países menos adelantados. Por ejemplo, algunos países en desarrollo que han tratado de aplicar las flexibilidades del Acuerdo sobre los ADPIC para resolver sus problemas sanitarios han sufrido presiones de países desarrollados y empresas farmacéuticas multinacionales.

48. Para el sector de la salud representa un nuevo desafío asegurar el acceso a los medicamentos contra enfermedades no transmisibles o crónicas. Al igual que para los demás medicamentos generalistas esenciales, debe asegurarse el acceso equitativo (que incluye una selección racional de los medicamentos, precios asequibles, financiación sostenible y sistemas sanitarios fiables), la disponibilidad, la seguridad y la calidad de los medicamentos contra enfermedades no transmisibles. Otro desafío relacionado con las enfermedades no transmisibles es la elaboración de directrices clínicas al respecto, incluidas las normas de diagnóstico y un acuerdo internacional sobre el momento en que debe iniciarse el tratamiento. La industria farmacéutica internacional tiene un fuerte interés en las enfermedades no transmisibles, dado el potencial de mercado a largo plazo de los tratamientos crónicos. Por esa razón, deben identificarse y gestionarse con gran prudencia los conflictos de intereses que pudieran surgir entre la industria, las organizaciones de pacientes, las asociaciones profesionales, las entidades de seguro médico y los organismos del sector público. Lo anterior es aplicable también a los países de baja y media renta, donde se comercializan agresivamente muchos medicamentos genéricos de producción y marca locales.

49. Sobre la base de las disertaciones presentadas y del debate, el Relator Especial considera que la consulta de expertos propone que los Estados:

- a) Establezcan un marco jurídico adecuado para la realización del derecho de acceso a los medicamentos;
- b) Velen por que las prioridades sanitarias relacionadas con los medicamentos no se menoscaben en beneficio de prioridades de inversión o industriales;
- c) Adopten medidas para asegurar la igualdad de todas las personas y grupos, como las minorías desfavorecidas;
- d) Se aseguren de que, en la formulación de las políticas y los programas nacionales sanitarios y en materia de medicamentos, participen de manera activa, y provistas de la información necesaria, todas las partes interesadas, como las comunidades rurales, las organizaciones de la sociedad civil y las asociaciones de pacientes y consumidores, y no sólo las organizaciones profesionales y las universidades;
- e) Establezcan un sistema de reglamentación para garantizar la seguridad y calidad de los medicamentos;
- f) Creen un sistema nacional de suministro de medicamentos que incluya programas especialmente destinados a las poblaciones vulnerables y desfavorecidas;

- g) Introduzcan un mecanismo de vigilancia y rendición de cuentas en relación con el acceso a los medicamentos;**
- h) Aseguren el control de los precios, la calidad y la eficacia de los medicamentos, y establezcan normas de dosificación;**
- i) Velen por que las prácticas y los procedimientos en materia de adquisición sean transparentes, justos y competitivos;**
- j) Establezcan mecanismos para limitar los efectos de los derechos de propiedad intelectual y proteger el acceso sin trabas a los medicamentos;**
- k) Aseguren que los países puedan aprovechar todas las ventajas de las flexibilidades del Acuerdo sobre los ADPIC y cumplir lo que en ellas se establece;**
- l) Mejoren la transferencia de tecnologías y las inversiones en investigación y desarrollo hacia los países en desarrollo;**
- m) Aumenten la eficacia de las medidas nacionales e internacionales encaminadas a asegurar el acceso de todas las personas a los medicamentos.**

Anexo

Participantes y ponentes

Participaron en la consulta de expertos los representantes de aproximadamente 60 gobiernos y diversas organizaciones regionales e internacionales, así como varias organizaciones de la sociedad civil.

Fueron invitados a exponer sus investigaciones y opiniones los expertos siguientes:

- Sra. Mara Bustelo, Jefa de Sección de la Subdivisión de Procedimientos Especiales, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, Ginebra;
- Sr. Chandrashekhar Dasgupta, miembro del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales;
- Sr. Anand Grover, Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental;
- Sra. Leah Hoctor, asesora jurídica, Comisión Internacional de Juristas, Ginebra;
- Dr. Hans Hogerzeil, Director de la Sección de Medicamentos Esenciales y Políticas Farmacéuticas, Organización Mundial de la Salud, Ginebra;
- Sra. Thuy Huong Ha, Directora del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, Ginebra;
- Sr. Richard Laing, coordinador, Información farmacéutica y pruebas científicas para la formulación de políticas, Medicamentos esenciales, Organización Mundial de la Salud, Ginebra;
- Dr. Stephen Marks, Profesor, Harvard School of Public Health, Boston (Estados Unidos de América);
- Dr. Zafar Mirza, coordinador, Departamento de Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual, Organización Mundial de la Salud, Ginebra;
- Sr. Craig Mokhiber, Oficial Encargado de la Subdivisión de Desarrollo y Cuestiones Económicas y Sociales, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, Ginebra;
- Sr. Oscar Parra Vera, abogado de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, San José (Costa Rica);
- Sr. Abu Saleh, Dependencia encargada de la gestión farmacéutica, Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, Ginebra;
- Sr. Emmanuel Tronc, Coordinador de políticas y promoción de Médicos Sin Fronteras, Ginebra;
- Dr. Annemiek van Bolhuis, Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Organización Mundial de la Salud, Ginebra;
- Sr. Tido von Schoen-Angerer, Director General de la Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales, Médicos Sin Fronteras, Ginebra.