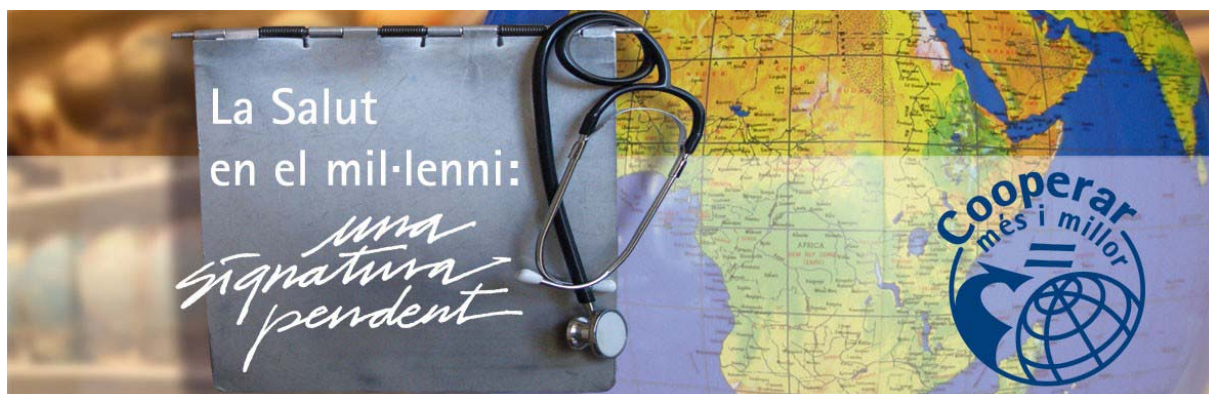




ANNEXES

**Compareixença davant la Subcomissió de Mundialització
de la Comissió de Cooperació del Parlament de Catalunya
Barcelona, 31 de gener de 2008**

Campanya organitzada per:

Amb el suport de:



**Agència Catalana
de Cooperació
al Desenvolupament**



**Diputació
Barcelona**
xarxa de municipis

Amb la col·laboració de

**Generalitat de Catalunya
Institut Català de les Dones**



RELACIÓ D'ANNEXES

Annex 1. Dossier de continguts de la campanya

Annex 2. Manifest i llistat d'entitats adherides

Annex 3. Moció i llistat d'ajuntaments que l'han aprovat

Annex 4. Conclusions Jornades "La Salut en el Mil·lenni. Maig 2006

Annex 5. Pla director cooperació catalana 2007-2010

Annex 6. Declaració de Doha

Annex 7. Reglament Núm. 816/2006 del Parlament Europeu i el Consell

Annex 8. Informe de Knowledge Ecology International sobre el IGWG-II

Annex 9. Observacions del Ministeri de Sanitat i Consum d'Espanya al IGWG

Annex 10. Sistema de premis proposat per James Love

www.lasalutenelmilenni.org

Organitzat per:



Amb el suport de:



La Salut en el mil·lenni:

*una
signatura
pendent*

Dossier de
continguts



Índex

Continguts del dossier

1	Presentació	1
2	Què són els Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni?	2
3	Els Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni en matèria de salut	3
	Objectiu 4: Reduir la mortalitat infantil	5
	Objectiu 5: Millorar la salut materna	7
	Objectiu 6: Combatre el VIH/SIDA, la malària i altres malalties	10
	Objectiu 8: Fomentar una associació mundial per al desenvolupament	17
4	I tu, què hi pots fer?	20
	Manifest de la Campanya	21
5	Contacte	22



"La salut en el mil·lenni: una signatura pendent"

Introducció

1

3

Farmacèutics Mundi i Medicus Mundi Catalunya, amb el suport de l'Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament, presenten la campanya de sensibilització

"La Salut en el Mil·lenni: una signatura pendent".

Farmacèutics Mundi i Medicus Mundi Catalunya, amb el suport de l'Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament, l'Institut Català de les Dones, la Diputació de Barcelona i l'Ajuntament de Barcelona, estan duent a terme la campanya de sensibilització **"La Salut en el Mil·lenni: una signatura pendent"**, que pretén implicar activament la societat catalana en la consecució dels Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni (ODM) en matèria de salut.

La campanya té una durada de dos anys. Durant la **primera fase** (novembre 2005-novembre 2006) es van donar a conèixer les problemàtiques de salut dels països en vies de desenvolupament, posant l'èmfasi en l'eradicació de les morts evitables. Durant aquest període, la campanya es va dirigir a professionals sanitaris, a personal de l'administració pública, a personal d'ONGD, a mitjans de comunicació i a estudiants de postgraus i màsters relacionats amb la salut pública, les polítiques públiques, els estudis internacionals i la cooperació.

Al llarg de la **segona fase** (desembre 2006- desembre 2007) s'està arribant als espais de debat propis de la societat civil organitzada per obrir un diàleg sobre el rol de l'ajuda catalana en l'acompliment dels ODM en matèria de salut i, d'aquesta manera, elaborar un seguit de recomanacions, suggeriments i propostes que seran lliurades als organismes públics responsables de l'assoliment dels ODM a Catalunya.

Per tal d'arribar a la ciutadania i tenint en compte el fort teixit associatiu que existeix a Catalunya, ens estem dirigint a les entitats de joves, dones, gent gran i col·lectius d'immigrants a través del Consell Nacional de la Gent Gran, del Consell Nacional de les Dones de Catalunya i del Consell Nacional de Joventut de Catalunya, entre d'altres.

Des de Farmacèutics Mundi i Medicus Mundi Catalunya tenim el convenciment que la societat civil pot contribuir a construir un món més just i saludable impulsant l'acompliment dels ODM en matèria de salut, ja que entenem que la millora de la salut no passa exclusivament per l'assistència sanitària, sinó per una millor distribució de recursos i la voluntat política de canviar la situació.

Què són els objectius de desenvolupament del Mil·lenni?

2

4

Hi ha zones del planeta on la salut encara no és un dret a l'abast de tothom, com mostren les estadístiques a les que, desgraciadament, ens estem acostumant.

- Cada any moren més d'11 milions de nens i nenes menors de 5 anys per malalties que es poden prevenir. Més de la meitat d'aquestes morts estan relacionades amb casos de malnutrició.
- Cada any moren mig milió de dones durant l'embaràs i el part.
- L'any 2004 es van infectar 5 milions de persones pel VIH/SIDA i 3 milions van morir a causa d'aquesta malaltia.
- 2.000 milions de persones continuen sense tenir accés als medicaments essencials.

Durant el segle XX, els progressos tecnològics han permès fer un pas endavant en la detecció, el diagnòstic i el tractament d'algunes malalties. Gràcies a aquests avenços, als països del Nord pràcticament s'ha aconseguit eradicar algunes malalties com la verola o reduir la incidència d'altres com el xarampió o la poliomelitis. En conjunt, avui dia les persones tenim una esperança de vida quasi 20 anys superior a la que es tenia l'any 1950.

Però, tot i els èxits assolits, no tothom pot gaudir-ne per igual. Grans zones del planeta i milions de persones d'arreu del món queden excloses. La salut, declarada pels organismes internacionals com un dret universal, és per a moltes persones un privilegi difícil d'aconseguir¹.

Han estat moltes les iniciatives engegades des dels organismes internacionals, les ONGD i altres institucions per avançar en la lluita contra les desigualtats. La darrera, i probablement la més ambiciosa, s'emmarca dins els vuit Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni, una iniciativa que va néixer l'any 2000 de la mà de 191 països per combatre la pobresa, la fam i la malaltia en un termini de 15 anys.

Cada objectiu té unes fites concretes i uns indicadors que permeten valorar fins a quin punt s'està avançant en la seva consecució.

¹ Informe de 2005. Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni. http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/pdf/MDG%20BOOK_SP_new.pdf

Objectiu 1: Eradicar la pobresa extrema i la fam

- Fita 1: Reduir a la meitat el percentatge de persones amb ingressos inferiors a un dòlar al dia.
Fita 2: Reduir a la meitat el percentatge de persones que pateixen fam.

Objectiu 2: Aconseguir l'ensenyament primari universal

- Fita 3: Vetllar perquè tots els nens i nenes puguin acabar el cicle complet d'ensenyament primari.

Objectiu 3: Promoure la igualtat entre els gèneres i l'autonomia de les dones

- Fita 4: Eliminar les desigualtats entre els gèneres en l'ensenyament primari i secundari, preferiblement per a l'any 2005, i a tots els àmbits de l'ensenyament per a l'any 2015.

Objectiu 4: Reduir la mortalitat infantil

- Fita 5: Reduir en dues terceres parts, entre el 1990 i el 2015, la mortalitat dels nens i nenes menors de cinc anys.

Objectiu 5: Millorar la salut materna

- Fita 6: Reduir en tres quartes parts, entre el 1990 i el 2015, la mortalitat materna.

Objectiu 6: Combatre el VIH/SIDA, la malària i altres malalties

- Fita 7: Aturar i començar a reduir, l'any 2015, la propagació del VIH/SIDA.
Fita 8: Aturar i començar a reduir, l'any 2015, la incidència de la malària i altres malalties greus.

Objectiu 7: Garantir la sostenibilitat del medi ambient

- Fita 9: Incorporar els principis de desenvolupament sostenible en les polítiques i els programes nacionals i invertir la pèrdua de recursos del medi ambient.
Fita 10: Reduir a la meitat el percentatge de persones que no tenen accés a l'aigua potable.
Fita 11: Millorar considerablement, per l'any 2020, la vida de 100 milions d'habitants de barris marginals, com a mínim.

Objectiu 8: Fomentar una associació mundial per al desenvolupament

- Fita 12: Desenvolupar encara més un sistema comercial i financer obert, basat en normes, previsible i no discriminatori. Això inclou el compromís d'aconseguir una bona gestió dels assumptes públics, el desenvolupament i la reducció de la pobresa a cada país i en l'àmbit internacional.
Fita 13: Atendre les necessitats especials dels països menys avançats.
Fita 14: Atendre les necessitats especials dels països en vies de desenvolupament sense litoral i dels petits estats insulars en desenvolupament.
Fita 15: Afrontar de manera general els problemes del deute dels països en vies de desenvolupament amb mesures nacionals i internacionals per tal que el deute sigui sostenible a llarg termini.
Fita 16: En cooperació amb els països en desenvolupament, elaborar i aplicar estratègies que proporcionin als joves un treball digne i productiu.
Fita 17: En cooperació amb les empreses farmacèutiques, proporcionar accés als medicaments essencials en els països en desenvolupament.
Fita 18: En col·laboració amb el sector privat, vetllar perquè es puguin aprofitar els beneficis de les noves tecnologies, en particular, els de les tecnologies de la informació i de les comunicacions.

Els objectius de desenvolupament del mil·lenni en matèria de salut

6

Abordar els problemes de salut dels països en vies de desenvolupament és força complex, ja que no és tan sols una qüestió de mobilitzar quantitats importants de recursos, sinó també d'aportar capacitats i experiències del sector públic i del sector privat.

Per resoldre aquest repte és necessari crear aliances globals per al desenvolupament, tal i com apunta el vuitè objectiu dels ODM.

Presentem una anàlisi del punt en què es troba cadascun dels objectius, tenint en compte les seves fites i algunes de les iniciatives que estan duent a terme els governs del sud i del nord, els organismes internacionals, el sector privat i les ONGD.

3. Objectius del Mil·lenni

Situació actual dels Objectius del Mil·lenni en matèria de salut

Objectiu 4. Reduir la mortalitat infantil

Fita 5

Reduir en dues terceres parts, entre el 1990 i el 2015, la mortalitat dels nens i nenes menors de 5 anys.

11 milions de nens i nenes menors de 5 anys moren cada any a causa de malalties que es podrien prevenir, com ara problemes neonatals, infeccions respiratòries, diarrea i malària, entre d'altres. Més de la meitat estan relacionades amb casos de malnutrició.

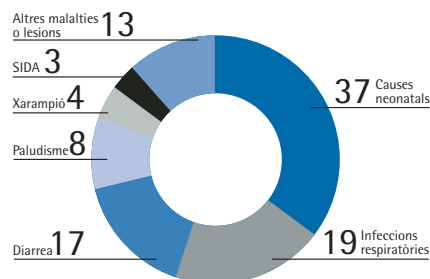
Progressos

- Entre el 1960 i el 1990 es va reduir la taxa de mortalitat infantil a la meitat i durant la dècada dels 90 només algunes regions com Amèrica Llatina, el Carib i l'Àsia sud-oriental van progressar gràcies al creixement econòmic, a l'accés a l'atenció mèdica i a la millora de la nutrició.
- L'any 1960, 2 de cada 10 nens i nenes de les regions en vies de desenvolupament moria abans de complir els 5 anys. El 1990, aquesta taxa es va reduir a 1 de cada 10.

Dificultats

- La regió que menys progressos ha experimentat ha estat l'Àfrica subsahariana. Gairebé la meitat de les morts infantils es donen en aquesta regió a causa dels sistemes sanitaris deficients, de l'epidèmia de la SIDA –que provoca augments sobtats de la taxa de mortalitat infantil– i dels conflictes armats. En aquest sentit, països com l'Iraq o Cambotja, que han patit guerres recentment, han vist com la taxa de mortalitat infantil es disparava.

Causas mortalitat infantil en el període 2000-2003 (percentatge)



La meitat estan relacionades amb malnutrició.

Font: Nacions Unides

Proporció de nens i nenes de 12 a 23 mesos d'edat immunitzats contra el xarampió (percentatge)

- Cinc malalties són responsables de la meitat de les morts infantils: pneumònia, diarrea, malària, SIDA i xarampió. La majoria es podrien prevenir amb mesures adequades, com ara tractaments amb antibiòtics, rehidratació oral per combatre la diarrea, ús de mosquiteres impregnades, medicaments antimalàrics i immunització.
- Malgrat que existeix una vacuna segura, eficaç i relativament econòmica (menys d'un euro) per al xarampió des de fa més de 40 anys, cada any segueixen contraent la malaltia 30 milions de nens i nenes, dels quals mig milió moren.

Iniciatives que s'estan duent a terme

ONGD: Medicus Mundi Catalunya i Farmacèutics Mundi

Medicus Mundi Catalunya dona suport als Ministeris de Salut d'Angola i Moçambic, dos dels països més pobres de l'Àfrica subsahariana, amb elevadíssimes taxes de mortalitat infantil², en campanyes de vacunació i en la implementació d'un Sistema d'Atenció integral de Malalties de la Infància.

Per la seva banda, Farmacèutics Mundi dona suport alimentari i farmacològic a les comunitats més afectades per la crisi alimentària al Níger. A través de tallers de nutrició, s'explica a les mares com treure el màxim partit dels aliments de què disposen, alhora que se'ls transmeten coneixements sobre higiene i salut.

País: Brasil

Brasil té una Política Nacional d'Alimentació i Nutrició que promou les pràctiques alimentàries saludables i la prevenció de desordres nutricionals, sobretot en edat infantil. També edita materials per donar suport a la feina realitzada pels agents comunitaris de salut per tal de promoure bons hàbits alimentaris.

Organització Internacional: UNICEF

Al Pakistan, UNICEF col·labora amb l'Organització Mundial de la Salut i el Ministeri de Salut per vacunar contra el xarampió 800.000 nens i nenes menors de 15 anys. Aquesta va ser una prioritat detectada arran del terratrèmol que va tenir lloc el mes d'octubre de 2005.

La vacuna del xarampió és segura, eficaç i econòmica (costa menys d'un dòlar).

Aliança Nord-Sud: Aliança Global de Vacunes i Immunització (GAVI)

Aquesta aliança està formada per laboratoris farmacèutics, governs de països en vies de desenvolupament i UNICEF, entre altres organismes. Va ser creada per respondre a l'estancament de taxes globals d'immunització i al buit existent en l'accés a les vacunes, especialment dels nens i nenes.

Entre les iniciatives de la GAVI destaquem que Merck & Co. es va comprometre a donar, durant 3 anys, un milió de dosis de la vacuna contra la parotiditis, el xarampió i la rubèola a Hondures. Caldria valorar si aquestes iniciatives de vacunació tenen una continuïtat, ja que la immunització no es resol amb vacunacions puntuals, sinó fent que tota la població hagi rebut les vacunes bàsiques i marcades pels programes ampliat d'immunització.

Què caldria fer?

- Tenint en compte que més del 50% d'aquestes morts estan relacionades amb la malnutrició, és bàsic garantir una nutrició apropiada.
- Igualment, és essencial millorar l'atenció maternoinfantil abans i després del part per evitar que una tercera part de morts infantils sigui causada per problemes neonatals.
- L'atenció sanitària dels infants hauria de gaudir d'una cobertura del 100% i, sempre que es pugui, s'hauria de dur a terme a la comunitat.
- El cost de l'Atenció Primària de Salut hauria de ser assumit pel sistema sanitari de cada país, i els copagaments de la població s'haurien d'eliminar.
- A qualsevol projecte relacionat amb la salut, s'ha de prioritzar l'Atenció Primària de Salut i tenir en compte la perspectiva de gènere.

² La taxa de mortalitat infantil d'Angola és de 154 per cada 1.000 nascuts vius, de Moçambic 109 per cada 1.000 nascuts vius, mentre que a l'Estat espanyol és de 4 per cada 1.000 nascuts vius.

Situació actual dels Objectius del Mil·lenni en matèria de salut

Objectiu 5. Millorar la salut materna

Fita 6

Reduir en tres quartes parts, entre el 1990 i el 2015, la mortalitat materna

Cada any moren durant el part o l'embaràs mig milió de dones.

Per aconseguir l'objectiu el 2015, el 90% dels parts s'haurien de realitzar amb atenció mèdica i caldria garantir, quan fos necessari, l'accés als serveis d'emergència obstètrica.

Progressos

- La proporció de parts i embarassos atesos per personal qualificat arreu del món és molt diferent. Tot i així, entre el 1960 i el 2003 s'han aconseguit progressos a la majoria de les regions en desenvolupament pel que fa l'atenció dels parts per personal mèdic qualificat (Quadre 1).

8

- En el cas de Bangla Desh, Sri Lanka i Egipte, per exemple, s'ha aconseguit reduir la mortalitat materna promovent, per una banda, la presència de personal qualificat en l'atenció dels embarassos i parts per fer front a les complicacions obstètriques, i per una altra, ampliant els programes de planificació familiar.

Dificultats

- Cada any segueixen morint més de mig milió de dones durant el part o l'embaràs a causa d'hemorràgies, infeccions, parts obstruïts i avortaments insegurs, entre d'altres causes. D'aquestes morts, el 90% es produeixen a l'Àfrica subsahariana i a l'Àsia, mentre l'1% es donen en els països desenvolupats. Aquesta és la major inequitat entre regions.
- Les dones en els països en vies de desenvolupament tenen un risc molt elevat de morir durant el part o l'embaràs (Quadre 2). Un risc que hauran d'afrontar diverses vegades al llarg de la seva vida, especialment en els països on hi ha altes taxes de fecunditat com pot ser Níger, amb una taxa de 7,9 naixements per dona.
- Cal tenir en compte que en aquests països, a més de l'elevat risc de morir, moltes dones pateixen greus complicacions a causa de l'embaràs o el part, com les fístules o la incontinença. Cada any, 80.000 dones desenvolupen fístules vesico-vaginals o ano-vaginals, sobretot, degut a parts llarguíssims que acaben esquinçant els teixits de la bufeta de la mare. Actualment, hi ha 2 milions de dones que viuen amb aquesta afectació. Si no es tracten adequadament, moltes dones carregaran amb aquest patiment la resta de la seva vida.
- A més a més, moltes dones moren per avortaments insegurs, sovint realitzats a la clandestinitat amb mètodes que posen en perill la seva salut i la seva vida.
- Quant a les causes de mortalitat materna, la principal és l'hemorràgia severa (25%), sovint fruit d'una mala nutrició de les dones, que acaba produint greus anèmies, arribant al moment del part amb uns nivells índexs de ferro.

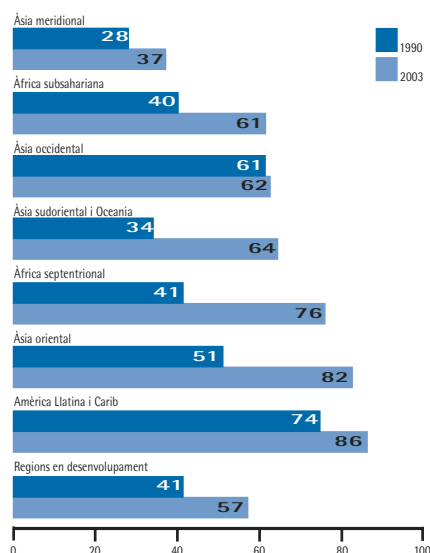
Regió	Risc de morir
Àfrica	1/16
Àsia	1/65
Llatinoamèrica i Carib	1/130
Europa	1/1400
Nord Amèrica	1/3700
Països en vies de desenvolupament	1/48
Països desenvolupats	1/1800

Quadre 1

Regió	Risc de morir
Àfrica	1/16
Àsia	1/65
Llatinoamèrica i Carib	1/130
Europa	1/1400
Nord Amèrica	1/3700
Països en vies de desenvolupament	1/48
Països desenvolupats	1/1800

Quadre 2

Proporció de parts atesos per personal sanitari qualificat (%) 1990-2003



Font: Nacions Unides

Iniciatives que s'estan duent a terme

ONGD: Medicus Mundi Catalunya

Per aconseguir la fita de reduir la mortalitat materna en tres quarts parts l'any 2015, la salut materno-infantil és una de les principals línies de treball de Medicus Mundi Catalunya, que amb els Ministeris de Salut d'Angola i Moçambic treballa per potenciar les consultes prenatales i postnatales i els parts institucionals, sensibilitzar les comunitats i formar les llevadores tradicionals i el personal sanitari.

El Colectivo de Mujeres de Matagalpa desenvolupa, des de l'any 1987, un programa integral de salut de la dona que tracta els drets sexuals i reproductius, les pràctiques sexuals, les malalties de transmissió sexual (entre elles el VIH/SIDA) i la violència familiar.

ONGD del Sud: Colectivo de Mujeres de Matagalpa. Nicaragua

Actualment, el Colectivo de Mujeres de Matagalpa duu a terme un programa de sensibilització i informació sobre les malalties de transmissió sexual i el VIH/SIDA, juntament amb Farmacèutics Mundi, als departaments d'Estelí, Jinotega i Matagalpa.

País: Sri Lanka

Sri Lanka ha aconseguit una de les reduccions de mortalitat materna més espectaculars. El sistema de salut ha anat creixent gràcies a una xarxa de centres de salut per tot el territori. Aquests centres donen serveis integrals de salut materno-infantil, posant especial atenció en la cobertura perinatal, la detecció i la ràpida referència en cas de complicacions del part. L'accés a aquests serveis primaris és lliure. Això ha fet que, a poc a poc, el número de parts atesos per personal entrenat hagi anat augmentant.

Ara bé, l'èxit d'aquestes intervencions també recau en la promoció de la salut de la dona que inclou l'educació de les nenes, la promoció dels drets de les dones i l'empoderament de les dones a través del procés electoral. L'exemple de Sri Lanka permet afirmar que, efectivament, és possible millorar la Salut Materna quan es donen un seguit de condicions.

Organització Internacional: UNIFEM (Fons de Desenvolupament de les Nacions Unides per a la Dona)

A Nigèria, UNIFEM va donar suport a l'elaboració de la política sobre el VIH/SIDA, que incorpora qüestions de gènere als serveis d'atenció de la salut. Aquesta normativa vol evitar la discriminació de les dones embarassades i assegurar la igualtat d'accés d'homes i dones als medicaments antiretrovirals.

Què caldria fer?

- Calen plans per fomentar la formació de professionals sanitaris d'acord amb les necessitats de cada país, sobretot de llevadores qualificades i professionals de grau mitjà per poder garantir l'atenció obstètrica d'emergència.
- S'ha de garantir l'accés universal a la salut sexual reproductiva, posant una atenció especial als grups vulnerables, com poden ser les adolescents.
- Els governs han de revisar lleis, regulacions i pràctiques que posin en perill la salut de les dones. Aquest seria el cas de Nicaragua que, recentment, ha creat una nova llei que tipifica l'avortament terapèutic com a delictes, de manera que les dones que pateixen complicacions durant l'embaràs o es troben en alguna situació on és recomanable l'avortament, hauran de realitzar-lo en condicions inadequades, amb el conseqüent risc de morir.
- Les dones han de tenir accés a serveis de qualitat per a la gestió de les complicacions derivades de l'avortament.
- Cal millorar l'accessibilitat als centres de salut, evitant les barreres físiques (proximitat o possibilitat de transport) i les culturals (sovint els centres sanitaris no gaudeixen de la confiança de les poblacions i no sempre és decisió de la dona traslladar-se a aquests centres), així com millorar les infraestructures sanitàries.
- És fonamental detectar els moments en què la mare corre perill, per tal d'evitar "el model de les 3 demores":
 - Demora en la presa de decisions. No és la dona qui decideix anar o no al centre de salut, sinó que depèn de l'autorització del marit o d'un familiar d'aquest.
 - Demora en el transport a la unitat sanitària. Les grans distàncies i el mal estat de les carreteres i els transports perllonguen perillosament el temps per arribar a un centre de salut.
 - Demora a la unitat sanitària. Fins i tot quan la dona ha arribat al centre de salut, la manca de recursos i personal es fan evidents, produint el tercer retard de la intervenció.

Objectiu 6. Combatre el VIH/SIDA, la malària i altres malalties

Fita 7

Aturar i començar a reduir, l'any 2015, la propagació del VIH/SIDA

L'any 2005 4,1 milions de persones es van infectar amb el VIH. Aquell mateix any en van morir 2,8 milions. La lluita contra la SIDA és possible, però la conscienciació, l'educació, el diagnòstic i el tractament són encara insuficients per assolir l'objectiu.

Progressos

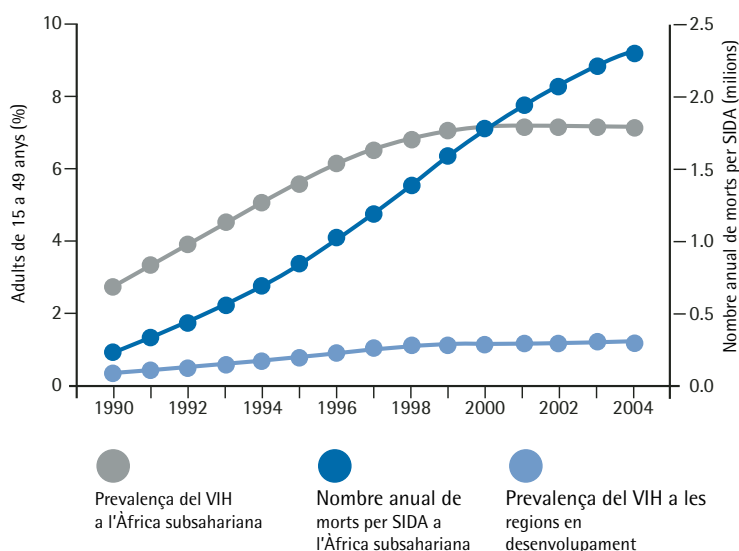
- L'accés al tractament d'antiretrovirals ha augmentat. L'any 2001, només 240.000 persones infectades rebien tractament, però a finals de l'any 2005, ja eren 1,3 milions de persones.

Dificultats

10

- La SIDA s'ha convertit en una de les epidèmies més destructives de la història, amb 40,3 milions de persones que viuen amb el VIH arreu del món, la majoria en països del Sud, 2,8 milions de persones mortes per malalties relacionades amb la SIDA i 4,1 milions de noves infeccions el 2005.
- A l'Àfrica subsahariana, 7 de cada 100 adults viuen amb el VIH. En algunes zones aquesta xifra augmenta fins a 20.
- Tot i que la prevalença sembla que s'hagi estabilitzat a la majoria de països de l'Àfrica subsahariana, no s'està controlant la malaltia, i el número de defuncions a causa de la SIDA és cada vegada més elevat i equiparable al número de noves infeccions pel VIH.
- La segona regió més afectada per la SIDA és la zona del Carib, amb una prevalença del 2,3%. També els països de l'Europa de l'Est, del Sud-est asiàtic i del Pacífic han experimentat un augment de casos.
- Aproximadament la meitat de les persones infectades amb el VIH són dones i s'ha constatat que, a mesura que es va estenent l'epidèmia, augmenta el nombre de casos. Les dones i les nenes, per causes fisiològiques i per la manca de poder de negociació en les relacions sexuals amb els homes, són més vulnerables a la infecció pel VIH.
- D'altra banda, 15 milions de nens i nenes menors de 15 anys van perdre algun dels seus pares i mares per la SIDA l'any 2003. Només a l'Àfrica subsahariana hi havia 12 milions d'orfes de pare i mare. Aquest és un fenomen social que exigeix respostes innovadores, ja que cal integrar aquests nens i nenes a la societat assegurant-los les mateixes oportunitats que els altres.

Prevalença del VIH



Iniciatives que s'estan duent a terme

ONGD: Medicus Mundi Catalunya

Dins la tasca d'Atenció Primària de Salut a Moçambic es dona suport a la lluita contra la SIDA perquè és una realitat a tots els districtes i s'ha convertit en una malaltia d'alta incidència al país. Es dona suport a la formació del personal sanitari, s'assessora a les persones malaltes, es facilita el diagnòstic i el tractament i es realitzen activitats de prevenció.

Organització internacional: Programa conjunt de les Nacions Unides sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)

ONUSIDA vol donar una resposta global eficaç a l'epidèmia de la SIDA: prevenir la transmissió del VIH, atendre les persones que ja viuen amb el virus i reduir la vulnerabilitat de les persones i les comunitats respecte el VIH i l'impacte de l'epidèmia.

Per exemple, en el cas d'Etiòpia, va donar suport al govern etiòp en la consolidació d'una xarxa de fòrums on intervinguessin el govern, les ONGD, donants financers i persones que conviuen amb la SIDA, entre d'altres, i va donar assistència tècnica i financera al govern en relació a les polítiques de coordinació nacional.

Aliança Nord-Sud: Iniciativa Internacional per una vacuna contra la SIDA (IAVI)

La IAVI és una organització científica sense ànim de lucre que treballa per accelerar la recerca d'una vacuna preventiva del VIH que sigui segura i eficaç, i a la qual puguin accedir totes les persones que la necessitin urgentment.

Fins al moment, aquesta iniciativa ha invertit més de 100 milions de dòlars en la recerca i el desenvolupament de la vacuna i ha esdevingut el segon programa més important pel que fa a la recerca de la vacuna del VIH/SIDA. Els principals donants de la IAVI són fundacions, governs, la Unió Europea i el Banc Mundial.

11

Què caldria fer?

- Les campanyes de lluita contra la SIDA han de combinar la prevenció, l'expansió de la prova del VIH i el tractament. Aquestes campanyes s'han de coordinar amb els programes de planificació familiar i salut materna.
- S'han d'ampliar els serveis de salut que vetllin per protegir més les dones del VIH i recórrer a l'educació i la prevenció per contrarestar els factors que incrementen la seva vulnerabilitat i el risc. Això s'aconseguirà gràcies a l'empoderament de les dones.
- Cal enfortir els sistemes de salut i treure el màxim profit del personal format. La participació de les comunitats és igualment important en la presa de decisions i la provisió de l'atenció necessària.
- Són necessaris programes que integrin la SIDA i la tuberculosi. La combinació d'aquestes malalties és devastadora i cal promoure'n la prevenció i el tractament.
- Cal impulsar la recerca i el desenvolupament d'antiretrovirals així com la producció de genèrics per tal de garantir-ne l'accés. Quan aquests estiguin disponibles, cal expandir la cobertura dels tractaments i, quan sigui possible, gratuïtament.
- És igualment important l'educació a les comunitats per evitar la interrupció del tractament.
- Cal evitar la discriminació de les persones malaltes de SIDA i establir polítiques d'ajuda concreta.
- Pla per a orfes. Cal augmentar els recursos i l'assistència tècnica per tal d'integrar aquests nens, nenes i adolescents a la societat; només així s'assegurarà que tinguin les mateixes oportunitats que els altres.

Objectiu 6. Combatre el VIH/SIDA, la malària i altres malalties

Fita 8

Aturar i començar a reduir, l'any 2015, la incidència de la malària i altres malalties greus

2.000 nens i nenes moren diàriament de malària a l'Àfrica subsahariana. La malària és endèmica a molts països en vies de desenvolupament i afecta entre 350 i 500 milions de persones. El 90% del milió de morts anuals per malària es produeix a l'Àfrica Subsahariana.

Progressos

- Després de la dècada dels 90, les mesures de prevenció i tractament han millorat i s'han anat estenent. Entre els mètodes de prevenció més eficaços trobem l'ús de mosquiteres tractades amb insecticides i distribuïdes gratuïtament per Nacions Unides. La distribució de mosquiteres s'ha multiplicat per deu des de l'any 2000.
- 12 ● Pel que fa al tractament, en els darrers cinc anys més de 40 països han modificat els protocols de tractament de la malària, facilitant l'accés a combinacions de medicaments basats en l'artemisina, que són més eficaços contra la malaltia, i promovent-ne l'ús.

Dificultats

- A la dècada de 1990, el nombre de casos de malària va augmentar, sobretot al continent africà.
- Les dones embarassades i els seus fetus són especialment vulnerables a la malaltia, i és causa d'anèmia materna, baix pes en néixer i mort de nens i nenes menors d'un any.
- L'any 2002 van morir 800.000 nens i nenes de 0 a 4 anys a causa de la malària a l'Àfrica subsahariana. Els que sobreviuen poden patir seqüeles, com episodis repetits de febre i anèmia, que acaben afectant el desenvolupament mental i físic.
- Només el 15% dels nens i nenes menors de cinc anys dorm sota una mosquitera i tan sols un 2% sota una mosquitera impregnada amb insecticida.
- Al menys el 50% dels nens i nenes menors de 5 anys que han patit malària han rebut tractament, però si considerem l'efectivitat d'aquests tractaments, probablement és menor atesa la baixa qualitat dels medicaments, les resistències dels paràsits al tractament, els tractaments inadequats, etc.

Iniciatives que s'estan duent a terme

ONGD: Medicus Mundi Catalunya

Ha dut a terme a Moçambic diferents campanyes de prevenció, utilització de xarxes mosquiteres impregnades i educació de la població, dirigides molt especialment a les dones embarassades i als nens i nenes menors de 5 anys. De la mateixa manera, també es col·labora amb el Ministeri de Salut per a la capacitat del personal sanitari sobre les noves teràpies antimalàriques.

Organització internacional: Aliança per aturar la malària (Roll Back Malaria)

Per lluitar d'una manera coordinada i global contra la malària es va crear l'any 1998 la Roll Back Malaria (RBM) Partnership amb l'OMS, l'UNICEF, el PNUD i el Banc Mundial.

RBM dona suport a iniciatives dels sistemes públics i privats de salut, tant en la prevenció com en el tractament.

A Zàmbia, gràcies a la suma d'esforços per part de diferents ONGD, de RBM i del Fons Mundial de la lluita contra el VIH/SIDA, la tuberculosi i la malària, es va aconseguir que el 75% de la població tingués accés a un tractament de la malària segur i eficaç.

Aliança Nord-Sud: Iniciativa per la Vacuna contra la Malària

La Iniciativa per la Vacuna contra la Malària (Malaria Vaccine Initiative, MVI) va sorgir l'any 1999 amb l'objectiu de desenvolupar una vacuna eficaç per la malària i assegurar-ne la disponibilitat i l'accés.

La MVI identifica estudis de vacunes prometedores i estableix aliances amb els científics. D'aquesta manera connecta els interessos de la indústria, dels investigadors i dels governs. Actualment MVI té deu programes de desenvolupament de la vacuna arreu del món. Dos d'ells s'estan executant a l'Àfrica (Kenya i Moçambic), on s'està estudiant la seguretat, la immunogènesi i l'eficàcia protectora de les vacunes en zones endèmiques.

Aliança Nord-Sud: Fons Mundial de la lluita contra el VIH/SIDA, la tuberculosi i la malària

Va sorgir de l'associació entre governs, la societat civil, el sector privat i les comunitats més afectades, amb la intenció d'augmentar radicalment els recursos per a la lluita contra les tres malalties més devastadores, dirigint-los a les zones més necessitades.

Entre els principals avantatges del Fons Mundial de la lluita contra el VIH/SIDA, la tuberculosi i la malària, cal destacar que actua com a instrument financer i no com a òrgan executor, de manera que es confia en les persones expertes locals, s'actua de forma equilibrada tenint en compte les diferents regions, les malalties i les intervencions, i finalment s'estableixen processos de subvenció ràpids i senzills, gestionant-los amb transparència i responsabilitat.

13

Què caldria fer?

- Els ministeris i les agències de cooperació espanyola i catalana han de col·laborar amb el Fons Global per a la lluita contra la SIDA, la Tuberculosi i la Malària de manera continuada.
- L'enfortiment institucional és clau per analitzar els problemes de salut pública, així com planificar i gestionar els recursos adequats.
- És necessari promoure la presència de recursos mèdics a les comunitats rurals, on hi ha una alta incidència de la malària i falta personal qualificat, a través de la combinació d'incentius, mesures legislatives i reformes d'organització.
- Els programes de la lluita contra la malària han d'incloure diferents accions per aconseguir disminuir les conseqüències sanitàries, socials i econòmiques de la malaltia.
- Cal incentivar els projectes de recerca i desenvolupament de vacunes i tractaments eficaços.
- Quant als medicaments emprats en el tractament de la malària, cal fomentar les intervencions dels que estiguin basats en l'artemisina i d'altres tractaments recomanats per l'OMS. Una manera de fer-ho seria promovent la plantació de l'Artemisia annua, planta de la qual s'extreu el principi actiu per fabricar aquests antimalàrics.
- Cal difondre a la població missatges de prevenció, amb la implicació de la comunitat. Així s'assegurarà que la informació arriba a la població.

Situació actual dels Objectius del Mil·lenni en matèria de salut

Objectiu 6. Combatre el VIH/SIDA, la malària i altres malalties

Fita 8

Aturar i començar a reduir, l'any 2015, la incidència de la malària i altres malalties greus

Cada any la tuberculosi causa la mort d'1,7 milions de persones, la majoria de les quals es troben en l'etapa més productiva de la seva vida.

Progressos

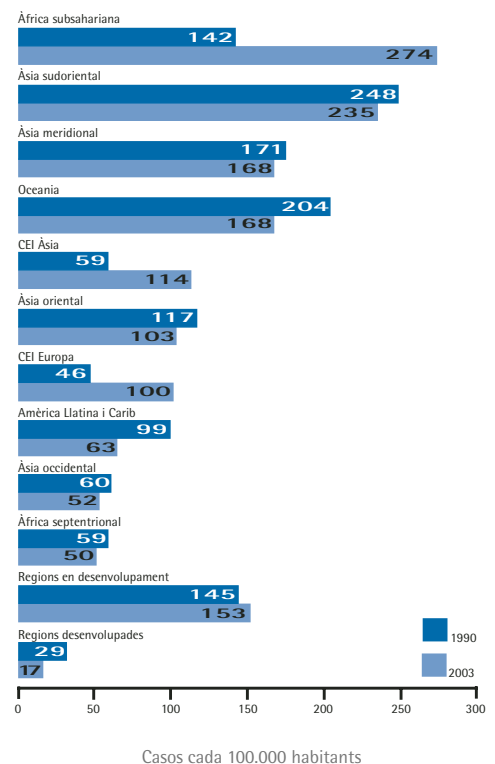
- La implementació del tractament sota observació directa (DOTS) contribueix a l'èxit del control de la tuberculosi. Aquest protocol, que està acceptat internacionalment, cura un 80% dels malalts tractats.

Dificultats

14

- El número de casos augmenta any rere any, aproximadament un 1% a l'any. Les regions que han registrat un increment més gran són l'Àfrica subsahariana i la Comunitat d'Estatos Independents d'Europa (CEI Europa inclou: Armènia, Bielorússia i Ucraïna, entre d'altres)
- L'aparició de soques del bacteri resistents als medicaments, l'augment del nombre de persones coinfectades amb el VIH (més susceptibles a la malaltia) i el nombre creixent de persones refugiades i desplaçades han contribuït a la propagació de la tuberculosi.
- Cal reforçar el mecanisme de detecció de casos, ja que actualment s'enregistren menys del 50%, i ampliar els serveis de salut, sobretot a l'Àsia i l'Àfrica.
- A les zones on hi ha gran resistència als medicaments i gran prevalença del VIH, el percentatge de curació és menor i la taxa de mortalitat, major.

Número de nous casos de tuberculosi per cada 100.000 habitants no seropositius VIH



Iniciatives que s'estan duent a terme

Aliança Nord-Sud: Stop Tb Partnership

Stop TB Partnership aglutina organitzacions internacionals, governs, donants del sector públic i privat, i organitzacions governamentals i no governamentals que lluiten per aturar la tuberculosi.

Aquesta aliança ha creat el Segon Pla Global per aturar-la (Second Global Plan to Stop TB) amb uns objectius concrets per al període 2006-2015:

- Detectar almenys el 70% dels nous casos i tractar com a mínim el 85% dels casos detectats.
- Frenar i començar a reduir la incidència de la tuberculosi l'any 2015.
- Reduir a la meitat la prevalença de la tuberculosi i les taxes de mortalitat l'any 2015 respecte les de 1990.

Què caldria fer?

- És urgent accelerar la investigació per al desenvolupament de nous diagnòstics, medicaments i vacunes, ja que la majoria ja no demostren eficàcia.
- El control de la tuberculosi és un component clau a tenir en compte en l'Atenció Primària i en els programes que es duguin a terme per reduir la pobresa.
- Aquest control ha d'integrar quatre elements: serveis de microscòpia, subministrament de medicaments, sistemes de vigilància i seguiment i ús del DOTS, així com el suport al pacient.
- Cal assegurar el diagnòstic, el tractament i l'accés a l'estratègia de tractament directament observats (DOTS), ja que és una eina estandarditzada i d'eficàcia demostrada. Aquesta consisteix a fer un seguiment dels malalts que estan rebent tractament, per comprovar que realment s'estiguin prenent els medicaments durant el llarg tractament, que pot arribar a ser de 12 mesos. És important no interrompre el tractament, per evitar les conseqüents resistències als fàrmacs.
- Els casos de tuberculosi multiresistents a diversos fàrmacs han de ser afrontats mitjançant l'estratègia DOTS- Plus, és a dir, una estratègia específica, més complexa que la DOTS i que és molt útil per realitzar el seguiment del tractament en aquests casos.
- És d'especial importància dissenyar estratègies conjuntes contra la SIDA i la tuberculosi, atès el gran nombre de persones coinfectades.

15

A més del VIH/SIDA, la malària i la tuberculosi, hi ha altres malalties tropicals que afecten la població dels països en vies de desenvolupament. Poden ser malalties parasitàries, víriques, bacterianes o cròniques, però allò realment important és que les pateixen milions de persones i que en alguns casos provoquen la mort i en altres, lesions que invaliden.

És el cas de la filariosi limfàtica, una malaltia tropical parasitària que es transmet per la picada d'un mosquit. Actualment hi ha 120 milions de persones infectades, de les quals 40 milions estan incapacitades i desfigurades a causa de les lesions derivades de la malaltia.

Un altre exemple és la malaltia de Chagas, una malaltia que es transmet majoritàriament per la picada d'una xinxa, però també per altres vies: transfusions de sang o trasplantaments d'òrgans, transmissió vertical de mares infectades als seus fetus i, menys freqüentment, per transmissió oral degut a la ingestió d'aliments contaminats amb determinades formes del paràsit. La malaltia de Chagas era, fins fa pocs anys, una malaltia desconeguda en el nostre entorn, però els fenòmens migratoris i, concretament, la immigració originària de l'Amèrica Llatina, ha possibilitat la presència de persones infectades amb el paràsit al nostre medi. El Chagas és, doncs, un exemple de la globalització en l'àmbit de la salut.

Objectiu 8. Fomentar una associació mundial per al desenvolupament

Fita 17

En cooperació amb les empreses farmacèutiques, proporcionar accés als medicaments essencials en els països en vies de desenvolupament a un cost raonable.

2.000 milions de persones no tenen accés als medicaments essencials i moltes altres moren prematurament o pateixen afeccions per a les quals ja existeixen medecines o vacunes eficaces.

Progressos

- Els medicaments genèrics són bioequivalents als medicaments de referència, és a dir, tenen idèntica eficàcia, seguretat i qualitat. El gran avantatge dels genèrics és que són entre un 50 i un 90% més econòmics que els medicaments de referència, ja que no han de costejar les despeses de Recerca i Desenvolupament (R+D). Un dels exemples més clars de com els medicaments genèrics faciliten l'accessibilitat de la població, ha estat el dels medicaments genèrics antiretrovirals per tractar la SIDA. Amb medicaments "de marca", el tractament costava 10.000 dòlars/persona/any; en canvi, amb la competència provocada per la introducció al mercat del seus genèrics, el cost va baixar aproximadament a 300 dòlars/persona/any.
- La comercialització dels medicaments ve regulada per l'Organització Mundial del Comerç (OMC). Durant la Conferència Ministerial de l'OMC a Doha, l'any 2001, es va determinar l'Acord sobre els Aspectes dels Drets de Propietat Intel·lectual relacionats amb el Comerç (ADPIC) amb les intencions d'afrontar els problemes de salut pública, de garantir l'accés als medicaments i de promoure el desenvolupament de nous medicaments.
- Per tal d'afavorir els països en vies de desenvolupament, es van establir dues salvaguardes dels ADPIC: les llicències obligatòries, que permeten que en cas de crisi de salut pública, un país produeixi el genèric del medicament, encara sota patent, i les importacions paral·leles, que permeten que un país que no té capacitat de fabricar el genèric, el pugui importar des d'un altre país.

Patents

Quan un laboratori descobreix una nova molècula, un principi actiu o un procediment per obtenir un producte, pot patentar-lo. D'aquesta manera el seu propietari, és a dir, el laboratori, gaudeix del monopoli en l'explotació industrial i comercial durant un període de temps determinat. En el cas dels medicaments, aquest període és com a mínim de 20 anys, durant els quals ningú, excepte el propietari de la patent, pot fabricar ni comercialitzar aquell producte o fer ús d'aquell procediment.

Iniciatives que s'estan duent a terme

Dificultats

- La manca d'accés als medicaments ve donada pels preus prohibitius derivats de les patents, l'escassa R+D (Recerca i Desenvolupament) per part de la indústria farmacèutica de medicaments específics per al Sud i la manca d'infraestructures sanitàries que garanteixin la distribució de medicaments essencials.
- El preu d'un medicament ve determinat pel laboratori farmacèutic que l'ha creat. Mentre un medicament està sota patent, el preu acostuma a ser elevat perquè el laboratori marca el preu i no té competència al mercat.
- L'aplicació de les flexibilitats de l'Acord ADPIC s'ha vist afectada els darrers anys per les pressions que la indústria farmacèutica ha exercit sobre alguns països. La disputa entre la farmacèutica Novartis i el govern de l'Índia ha estat l'últim i més recent episodi, però de ben segur que no serà l'últim.
- La majoria de la Recerca i Desenvolupament està actualment en mans de les grans indústries farmacèutiques que es financen, bàsicament, amb fons privats. Busquen productes rendibles destinats a un públic que es pugui permetre pagar preus elevats per nous medicaments (per exemple: tractament per a la calvície o per tractar l'acne). Això explica que tan sols l'1% dels nous productes farmacèutics comercialitzats entre el 1975 i el 1997 fossin específics per a malalties tropicals.
- No es coneix exactament quin és el cost real que suposa treure al mercat un nou fàrmac, però és evident que els beneficis extrets de la comercialització superen amb escreix el cost de recerca i innovació. Les despeses en promoció de medicaments ronden el 30% de les despeses del sector farmacèutic i les despeses de R+D, el 15%. Per tant, és obvi qüestionar-se fins a quin punt és ètic l'elevat cost dels medicaments, quan un terç de la població no hi té accés.
- Manca d'infraestructures sanitàries que garanteixin l'accés als medicaments essencials.
Sovint la manca d'accés als medicaments als països en vies de desenvolupament és la suma de diferents factors, com ara:
 - La manca de personal sanitari format per poder receptar, dispensar i aconsellar els medicaments, així com per garantir-ne el seu ús racional.
 - La manca d'infraestructures per comunicar les regions més allunyades dels centres de distribució.
 - Una gestió inadequada dels recursos financers, per una mala distribució, per manca de programació o simplement perquè no hi ha un recull de dades fiables que ajudin a concretar les necessitats.



Iniciatives que s'estan duent a terme

Objectiu 8. Fomentar una associació mundial per al desenvolupament

Fita 17

En cooperació amb les empreses farmacèutiques, proporcionar accés als medicaments essencials en els països en vies de desenvolupament a un cost raonable.

ONGD: Farmacèutics Mundi

Des de 1995 treballa a Nicaragua conjuntament amb contraparts i institucions locals, com la Facultat de Farmàcia i de Medicina i el Ministeri de Salut. L'objectiu principal és facilitar l'accés als medicaments i promoure el seu ús racional, tant entre el personal sanitari com entre la població en general. L'estratègia principal per arribar a les persones beneficiàries ha estat la implementació de vendes socials de medicaments, que dispensen medicaments a preus assequibles, mitjançant la negociació i compra a laboratoris locals.

Organització internacional: Aliança per aturar la malària (Roll Back Malaria)

Farmacèutics Mundi també ha creat vendes socials de medicaments a El Salvador i Guatemala, on es recupera la medicina maia i es produeixen fitofàrmacs. Per altra banda, l'Àrea Logística Humanitària de Farmamundi negocia amb laboratoris espanyols i internacionals la compra de medicaments essencials a preu de cost per a l'ajut humanitari. Aquests medicaments també els posa a disposició d'altres ONGD per enviar-los als seus projectes.

ONGD: Campanya de sensibilització "Medicaments que no curen"

L'any 2003, Farmacèutics Mundi i Medicus Mundi Catalunya van engegar la campanya "Medicaments que no curen" per tal de sensibilitzar la població catalana sobre la problemàtica de l'accés als medicaments i de les donacions inadequades de medicaments. La Campanya es va estendre a tot l'Estat Espanyol a partir de 2004.

Les dues ONGD manifesten que és important comprendre que les donacions de medicaments, sovint inadequades, no poden ser una solució viable i sostenible a la manca d'accés, i que cal revisar els nostres hàbits de consum per fer un ús racional dels medicaments.

ONGD: Acción Internacional para la Salud (AIS)

És una xarxa internacional que treballa per incrementar l'accés als medicaments i millorar-ne l'ús racional. A Nicaragua, AIS promou l'ús de medicaments essencials realitzant sessions de treball amb els responsables de subministraments mèdics dels centres de salut i publicant materials divulgatius amb la finalitat de millorar l'ús racional del medicament.

AIS-Nicaragua forma part de la Coordinación Interinstitucional de Medicamentos Esenciales (COIME), que aglutina tant entitats locals com ONG estrangeres que vetllen per garantir l'accés als medicaments.

Organització internacional: Organització Mundial de la Salut (OMS)

L'OMS dona suport als esforços realitzats per cada país o entre països o regions per desenvolupar, implementar i monitoritzar l'efectivitat de les polítiques nacionals de medicaments i de les estratègies i plans per assegurar la disponibilitat, l'assequibilitat i l'ús racional tant dels medicaments essencials tradicionals com dels de la medicina alternativa, de manera que siguin segurs, efectius i de bona qualitat.

Aliança Nord-Sud: Iniciativa de medicaments per les malalties oblidades (DNDI)

El 2003 es va posar en funcionament la DNDI, una iniciativa d'ONGD, ministeris de salut, organitzacions internacionals i instituts de recerca que desenvolupa medicaments per a malalties oblidades com la malaltia de la son, la malaltia de Chagas o la leishmaniasis visceral. L'objectiu és assegurar medicaments adequats i accessibles per a la població més empobrida.

Què caldria fer?

- És vital que els estats i els organismes multilaterals incentivin la recerca pública tant en els països desenvolupats com en els països en vies de desenvolupament, de manera que es dediquin més recursos i esforços a les malalties oblidades. Actualment ja existeixen algunes iniciatives, però són insuficients.
- Cal revisar el sistema de patents i els acords presos en el marc de les Conferències Ministerials de l'Organització Mundial del Comerç per tal d'afavorir l'accés als medicaments als països en vies de desenvolupament.
- Per promoure la seguretat dels medicaments, l'ajuda al desenvolupament ha d'enfortir els sistemes de vigilància per detectar i evitar la comercialització de medicaments que siguin de baixa qualitat o falsificats.
- Per les característiques demogràfiques dels països del Sud, cal facilitar la disponibilitat de fàrmacs en dosis pediàtriques adequades a la població infantil. Per exemple, en el cas de la malaltia de Chagas, per tractar els nens i les nenes, cal donar-los una petita part d'un comprimit i dissoldre-la. Amb aquesta manipulació es perd part del medicament i és difícil de dir quina quantitat de medicament s'està administrant.
- Donar suport als governs per a què implementin polítiques que facilitin l'accés, com és l'establiment de les flexibilitats de la Declaració de Doha (les importacions paral·leles o les llicències obligatòries), la producció local dels medicaments i la competència de genèrics. D'aquesta manera, podran brindar a la seva població l'accés a medicaments de preus assequibles.
- Cal establir estratègies per garantir l'accés als medicaments essencials, que són aquells que serveixen per cobrir les necessitats de salut de la major part de la població a preus que la comunitat i els individus poden pagar. Són un llistat de 300 medicaments, i cada 2 anys un comitè d'experts de l'Organització Mundial de la Salut els revisa, per si cal incloure'n o substituir-ne algun.
- Les donacions de medicaments, tot i no ser la solució al problema, poden ajudar. Ara bé, s'han de fer tenint en compte les necessitats del país, en les condicions adequades (temperatura i embalatge adequats, en format d'envasos clínics, etc) i seguint les directrius elaborades per l'OMS l'any 1999.
- Per fomentar l'ús racional del medicament, cal educar tant els professionals sanitaris com la població. La prescripció dels medicaments s'ha de fer sempre que es pugui en nom genèric i tenint en compte les llistes dels medicaments essencials de cada país.

I tu, què hi pots fer?

Per què t'hi has d'implicar?

Manifest

La campanya "La salut en el Mil·lenni: una signatura pendent" és una oportunitat per donar a conèixer els Objectius del Mil·lenni i generar un canvi en les polítiques públiques per al compliment d'aquests.

En menor o major grau, tots contribuïm indirectament a la perpetuació de les desigualtats globals amb els nostres estils de vida, quan preferim la indiferència i optem pel silenci en lloc d'exigir als nostres representants polítics el compliment dels seus compromisos.

La societat catalana pot ser un exemple per a l'Estat espanyol. La seva implicació és essencial per fer possible que es cooperi més i millor.

Per què t'hi has d'implicar?

- Tots som corresponsables de les desigualtats internacionals.
- La salut és un dret humà i no un privilegi.
- 1 vida al Sud = 1 vida al Nord. No hi ha vides que valguin més que d'altres.
- Per acabar amb la idea que "una mort és una tragèdia, un milió de morts són una estadística".

I tu, què hi pots fer?

- Visita el web de la campanya www.lasalutenelmilleni.org.
- Adhereix-te a la campanya "La Salut en el Mil·lenni: una signatura pendent" i signa el manifest que trobaràs on-line.
- Participa a les activitats organitzades en el marc de la campanya.
- Participa als actes i a les mobilitzacions relacionats amb els Objectius del Mil·lenni.
- Difon el missatge de la campanya en el teu entorn.
- Penja un ban de la campanya, si tens una pàgina web.

Manifest

Farmacèutics Mundi i Medicus Mundi Catalunya presenten la campanya de sensibilització "La Salut en el Mil·lenni: una signatura pendent", la qual

MANIFESTA:

- Que, malgrat els progressos mèdics dels últims anys, hi ha zones del planeta on la salut encara no és un dret a l'abast de tothom.
 - Cada any moren més d'11 milions de nens i nenes menors de 5 anys per malalties que es podrien prevenir. Més de la meitat estan relacionades amb casos de malnutrició.
 - Cada any moren mig milió de dones per complicacions relacionades amb l'embaràs i el part.
 - L'any 2005 es van infectar 5 milions de persones pel VIH/SIDA i 3 milions van morir a causa d'aquesta malaltia.
 - 2.000 milions de persones continuen sense tenir accés als medicaments essencials.
- Que la implementació de projectes i iniciatives per part d'ONGD, fundacions i altres institucions ha estat important per avançar en el dret a la salut, però no suficient.
- Que els vuit Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni (ODM) establerts en el marc de la Cimera del Mil·lenni l'any 2000 són fruit d'una resposta global davant les injustícies globals.
- Que, per assolir l'any 2015 els ODM, cal la implicació de la societat civil, de les administracions i del sector privat, com a actors principals i indispensables en la contribució de l'assoliment dels ODM.
- Que, mentre els països empobrits dediquen esforços a acomplir els set primers objectius, els països més avançats econòmicament han de treballar per assolir el vuitè, fomentant una associació mundial per al desenvolupament.

21

PER TOT AIXÒ, EXIGIM:

1. Que els nostres governants compleixin els acords a què es van comprometre en la Cimera del Mil·lenni i que aquests no siguin merament una declaració de bones intencions.
2. Que, tant el Govern de l'Estat espanyol com el Govern català, destinin el 0,7% del PIB a l'Ajuda Oficial al Desenvolupament, i que aquesta ajuda es gestioni de manera transparent i sense que sigui reemborsable.
3. Que es condoni el deute extern i que es destinin aquests recursos a l'assoliment dels ODM.
4. Que les polítiques d'ajuda de cooperació al desenvolupament vagin en consonància amb les línies de treball establertes pels Grups de Treball de les Nacions Unides i que tinguin en compte les regions i els països prioritaris.
5. Que l'ajuda en salut no quedi tan lluny del 21-23% establert pels experts i que s'empri com a estratègia eficaç per millorar l'Atenció Primària de Salut als països en vies de desenvolupament.
6. Que s'incrementi l'ajuda al desenvolupament que promoció l'accés als serveis de salut sexual i reproductiva.
7. Que el Govern pressioni l'Organització Mundial del Comerç perquè afronti els compromisos presos a Doha, de manera que les mesures comercials internacionals s'encaminin a abordar els problemes de salut pública, es promogui el desenvolupament de nous medicaments i es garanteixi l'accés als medicaments essencials.

On ens pots trobar



Campanya "La Salut en el Mil·lenni: una signatura pendent"

Tel: +34 679 46 48 12

e-mail: info@lasalutenelmillenni.org

web: www.lasalutenelmillenni.org



Farmacèutics Mundi Catalunya

c/ Girona, 64-66

08009 Barcelona

Tel: +34 93 244 44 55

Fax: +34 93 244 44 56

e-mail: catalunya@farmamundi.org

web: www.farmamundi.org



Medicus Mundi Catalunya

c/ Elisa, 14 baixos

08023 Barcelona

Tel: +34 93 418 47 62

Fax: +34 93 418 48 66

e-mail: catalunya@medicusmundi.es

web: www.medicusmundi.es/catalunya





Farmacèutics Mundi i Medicus Mundi Catalunya presenten la campanya de sensibilització **“La Salut en el Mil·lenni: una signatura pendent”**, la qual

MANIFESTA:

- 0 Que, malgrat els progressos mèdics dels últims anys, hi ha zones del planeta on la salut encara no és un dret a l'abast de tothom.
 - Cada any moren més d'11 milions de nens i nenes menors de 5 anys per malalties que es podrien prevenir. Més de la meitat estan relacionades amb casos de malnutrició.
 - Cada any moren mig milió de dones per complicacions relacionades amb l'embaràs i el part.
 - L'any 2005 es van infectar 5 milions de persones pel VIH/SIDA i 3 milions van morir a causa d'aquesta malaltia.
 - 2.000 milions de persones continuen sense tenir accés als medicaments essencials.
- 0 Que la implementació de projectes i iniciatives per part d'ONGD, fundacions i altres institucions ha estat important per avançar en el dret a la salut, però no suficient.
- 0 Que els vuit Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni (ODM) establerts en el marc de la Cimera del Mil·lenni l'any 2000 són fruit d'una resposta global davant les injustícies globals.
- 0 Que, per assolir l'any 2015 els ODM, cal la implicació de la societat civil, de les administracions i del sector privat, com a actors principals i indispensables en la contribució de l'assoliment dels ODM.
- 0 Que, mentre els països empobrits dediquen esforços a acomplir els set primers objectius, els països més avançats econòmicament han de treballar per assolir el vuitè, fomentant una associació mundial per al desenvolupament.

PER TOT AIXÒ, EXIGIM:

1. Que els nostres governants compleixin els acords a què es van comprometre en la Cimera del Mil·lenni i que aquests no siguin merament una declaració de bones intencions.
2. Que, tant el Govern de l'Estat espanyol com el Govern català, destinin el 0,7% del PIB a l'Ajuda Oficial al Desenvolupament, i que aquesta ajuda es gestioni de manera transparent i sense que sigui reemborsable.
3. Que es condoni el deute extern i que es destinin aquests recursos a l'assoliment dels ODM.
4. Que les polítiques d'ajuda de cooperació al desenvolupament vagin en consonància amb les línies de treball establertes pels Grups de Treball de les Nacions Unides i que tinguin en compte les regions i els països prioritaris.
5. Que l'ajuda en salut no quedi tan lluny del 21-23% establert pels experts i que s'empri com a estratègia eficaç per millorar l'Atenció Primària de Salut als països en vies de desenvolupament.
6. Que s'incrementi l'ajuda al desenvolupament que promoció l'accés als serveis de salut sexual i reproductiva.
7. Que el Govern pressioni l'Organització Mundial del Comerç perquè afronti els compromisos presos a Doha, de manera que les mesures comercials internacionals s'encaminin a afrontar els problemes de salut pública, es promogui el desenvolupament de nous medicaments i es garanteixi l'accés als medicaments essencials.

1	Associació de Dones Atenea
2	Acad.Ciències Mèdiques i de la Salut Catalunya i B
3	Afammer Barcelona
4	ALMA SOCIAL
5	ARTIXOC
6	Ass de Dones Elisenda de Montcada
7	ASSOCIACIO CIUTADANA ANTI SIDA DE CATALUNYA
8	Associació Ciutadana Anti-sida de Catalunya
9	Associació Cultural L'ateneu.org
10	Associació de dones Boixerola
11	Associació de Veïns i Comercians Racó de Les Corts
12	ASSOCIACIO ESTUDIANTS FARMACIA UB
13	Associació Planificació Familiar Catalunya
14	CAP Larrard
15	CAPS(Centre d'Anlisi i Programes Sanitaris)
16	Càtedra UNESCO de Desenvolupament Humà Sostenible
17	Centre de Cooperació per al Desenvolupament UPC
18	CIEMEN
19	Col·legi de Farmacèutics de Barcelona
20	Col·legi Oficial de Diplomats en Infermeria de Lleida
21	Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
22	Col·legi Oficial de Metges de Lleida
23	Col·lectiu per la Igualtat en la Diversitat
24	Col·legi Oficial Farmacèutics Tarragona
25	Col·legi Oficial de Metges de Tarragona
26	Col·legi Oficial de Metges de Girona
27	Compromesos amb el Món
28	Consell de la Gent Gran de Catalunya
29	Consell de la Joventut de Barcelona
30	Consell Nacional de Dones de Catalunya
31	Consell Nacional de la Joventut de Catalunya CNJC
32	El lloc de la dona - HH Oblatas
33	Elvira Mendez
34	Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelon
35	Farmacèutics Mundi
36	Federació Catalana de Drogodependències
37	Federació ECOM
38	FIDEM
39	FRONT DE SOLIDARITAT AMB ELS DISMINUITS FÍSICS
40	Fundaci Pere Ardiaca
41	Fundació Akwaba
42	Fundació Autònoma Solidària
43	Fundació Equilibri
44	Fundació Institut Català de Farmacologia
45	Fundació Món 3
46	Grup Àgata Associació catalana de dones amb càncer
47	grup parlamentari ICV-EUIA
48	Hospital Clínic. Servei d'Hemostasia-Hemoteràpia
49	InteRed Catalunya
50	Lliga dels Drets dels Pobles
51	marxa mundial de les dones
52	Medicus Mundi Catalunya
53	Pobles Germans
54	VIH-DA Associació
55	vocalia dones esquerra eixample

MOCIÓ CONJUNTA DE SUPORT A LA CAMPANYA " LA SALUT EN EL MIL·LENNI: UNA SIGNATURA PENDENT"

EXPOSICIÓ DE MOTIUS:

L'any 2000, en el marc de la Cimera del Mil·lenni i com a resposta global davant de les injustícies globals es van establir 8 Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni que haurien d'estar assolits l'any 2015.

A través de la campanya "La salut en el mil·lenni: una signatura pendent", s'ha ofert una visió crítica i s'ha reflexionat sobre l'estat actual de la salut dels països empobrits.

Per això, tots i totes els que treballem, en la recerca d'un món millor, més just, més solidari i més sostenible, manifestem:

Que, malgrat els progressos mèdics dels últims anys, hi ha zones del planeta on la salut encara no és un dret a l'abast de tothom.

- Cada any moren més d'11 milions de nens i nenes menors de 5 anys per malalties que es podrien prevenir. Més de la meitat estan relacionades amb casos de malnutrició.
- Cada any moren mig milió de dones per complicacions relacionades amb l'embaràs i el part.
- L'any 2006 es van infectar 4,3 milions de persones pel VIH/SIDA i 2,9 milions van morir a causa d'aquesta malaltia.
- 2.000 milions de persones continuen sense tenir accés als medicaments essencials.

Que, la implementació de projectes i iniciatives per part d'ONGD, fundacions i altres institucions ha estat important per avançar en el dret a la salut, però insuficient.

Que, per assolir l'any 2015 els Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni, cal la implicació de la societat civil, de les administracions i del sector privat, com a actors principals i indispensables per a poder aconseguir aquests objectius.

Que, mentre els països empobrits econòmica i socialment dediquen esforços a complir els set primers objectius, els països més avançats econòmicament han de treballar per assolir el vuitè, fomentant una associació mundial per al desenvolupament.

L'Ajuntament de..... té el convenciment que la societat civil pot contribuir a construir un món més just i saludable impulsant l'acompliment dels Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni en matèria de salut, ja que entenem que la millora de la salut no passa exclusivament per l'assistència sanitària sinó per una millor distribució dels recursos i la voluntat política de canviar la situació.

ACORDS:

1. Continuar treballant des del nostre entorn per assolir una transformació de la nostra societat en la recerca de l'altre món possible; unint esforços i assumint la part de responsabilitat col·lectiva dels actors que pensem, treballem i actuem per la construcció d'una societat global més justa.
2. Expressar públicament el nostre recolzament a la campanya de sensibilització "La salut en el mil·lenni: una signatura pendent" duta a terme per Medicus Mundi Catalunya i Farmacèutics Mundi.
3. Instar als nostres governants a que acompleixin els acords a què es van comprometre en la Cimera del Mil·lenni l'any 2000 i que aquests no siguin merament una declaració de bones intencions.
4. Instar al Govern de l'Estat espanyol i al Govern català, per a:
 - a. Que es destini el 0,7% del PIB a l'Ajuda Oficial al Desenvolupament, i que aquesta ajuda es gestioni de manera transparent i sense que sigui reemborsable.
 - b. Que es condoni el deute extern i es destinin aquests recursos a l'assoliment dels Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni.
 - c. Que les polítiques d'ajuda a la cooperació al desenvolupament vagin en consonància amb les línies de treball establertes pels grups de treball de les Nacions Unides i que tinguin en compte les regions i els països prioritaris i que l'ajuda en salut no quedi tan lluny del 21-23% establert pels experts. Que l'ajuda en salut s'empri com a estratègia eficaç per millorar l'Atenció Primària de Salut i per a promocionar l'accés als serveis de salut sexual i reproductiva als països empobrits econòmicament i socialment.
 - d. Que en l'àmbit de l'accés als medicaments essencials, es prenguin les mesures adients per augmentar l'accés a aquests als països empobrits, incentivant les empreses farmacèutiques catalanes/espanyoles, perquè proveeixin medicaments sota llicència obligatòria als països sense capacitat productiva pròpia, o bé, incentivant que la recerca finançada amb fons públics o altruistes es posi a disposició dels beneficiaris sense drets d'exclusivitat, facilitant les condicions d'accés i costos més assequibles entre d'altres.
5. Instar a l'Organització Mundial del Comerç de manera que, adopti mesures comercials internacionals encaminades a afrontar els problemes de salut pública promovent el desenvolupament de nous medicaments i garantint l'accés als medicaments essencials.
6. Traslladar aquest acord als diferents estaments abans esmentats.

1	Ajuntament de Castellar del Vallès
2	Ajuntament de Cardedeu
3	Ajuntament de Lleida

CONCLUSIONS DE LES JORNADES “LA SALUT EN EL MIL·LENNI”



FARMA MUNDI
FARMACÈUTICS MUNDI

medicusmundi
catalunya

JORNADES
La Salut en
el Mil·lenni:

Barcelona
26 i 27 de maig
Lloc de les jornades:
Col·legi Oficial de Farmacèutics de Barcelona
C/Girona, 64-66
08009 Barcelona

Cooperar
mes i millor

Amb el suport de:

Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament

Generalitat de Catalunya Institut Català de les Dones

Diputació Barcelona xarxa de municipis

Fons Català de Cooperació al Desenvolupament

CAMPAÑA DEL MILENIO

www.lasalutenelmillenni.org

Els passats dies 26 i 27 de maig, Farmacèutics Mundi i Medicus Mundi Catalunya vam celebrar al Col·legi Oficial de Farmacèutics de Barcelona les **Jornades “La Salut en el Mil·lenni”**, per avaluar la situació dels Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni en matèria de salut i conèixer les iniciatives que s'estan duent a terme per assolir-los.

De les conclusions extretes durant les jornades, destaquem principalment que per aconseguir els Objectius del Mil·lenni en salut cal:

- Seguir, en la mesura del possible, els programes nacionals que ja existeixen als països del Sud per lluitar contra els problemes de salut i, en cas de que no existeixin, crear iniciatives paral·leles que amb el temps siguin assumides pel ministeri de salut corresponent
- Fomentar la formació d'agents de salut comunitaris i crear protocols d'actuació davant de qualsevol malaltia, mitjançant mecanismes senzills i barats que ja estan a l'abast dels ministeris de salut, centres de salut i *puestos de salud*
- Potenciar el paper dels agents comunitaris en la lluita contra les malalties
- Tenir en compte la participació ciutadana per conèixer els problemes prioritaris de la comunitat en matèria de salut

Al llarg de les Jornades van sorgir també les següents recomanacions que us presentem classificades per Objectius.

Objectiu 4 i 5: Reduir la Mortalitat Infantil i Millorar la Salut Materna

La situació de la salut materna i infantil ha millorat globalment en els últims anys, ja que han millorat les condicions sanitàries, s'ha reduït la mortalitat en els parts, han augmentat els controls prenatals i les campanyes de vacunacions han eradicat i/o controlat moltes malalties infantils. No obstant, cal mantenir o instaurar les mesures adients.

Per **millorar la Salut Materna**, existeixen una sèrie d'intervencions bàsiques relativament fàcils d'aplicar:

- Ampliar l'assistència a les dones embarassades per part de personal entrenat, que registri i controli l'embaràs amb mitjans senzills i barats, com ara el partograma. Per tant, cal la formació de metges i d'infermeres, i també, de les parteres tradicionals i els agents comunitaris de salut
- Organitzar una assistència sanitària assequible per a tothom i a tot arreu
- Millorar la capacitat i el nivell dels hospitals
- Prevenir i tractar les hemorràgies postpart, les eclàmpsies, les infeccions, el paludisme, etc.
- Aconseguir la universalitat dels mitjans de contracepció
- Retardar l'edat del primer embaràs
- Evitar avortaments en males condicions
- Crear comitès d'estudi per a cada problemàtica (mortalitat materna, contracepció, etc.)
- Millorar la situació de la dona a la societat

Des de la perspectiva de **Gènere** cal:

- Entendre la salut com una *concepció integral, que inclou de manera interrelacional els aspectes somàtics, la funció social, la identitat sexual, les vivències internes i emocions i les condicions materials i ambientals de l'entorn*. Per tant, és fonamental considerar la salut de les dones de manera integral i no reduir-la a la seva funció reproductiva
- Reconèixer l'individu. Cada persona ha de ser reconeguda com a nascuda lliure i amb els drets bàsics garantits
- Constituir xarxes per donar major força i coherència a les demandes dels més necessitats
- Exigir voluntat política per aconseguir canvis adaptats a cada cas i sostenibles en el temps. És important no traspasar un model únic, sovint inadequat, a la comunitat objecte de la nostra "intervenció", així com acceptar el temps que cada societat precisa per a dur a terme la seva transformació
- Involucrar a totes i tots els components de la societat en una lluita pel coneixement i en la demanda dels drets més bàsics

Íntimament unida a la salut materna hi ha la **Salut infantil**. Tot i que durant els últims anys s'ha avançat força, molts nens i nenes segueixen morint per causes, sovint, previsibles: diarrees, problemes perinatals, SIDA, malària i infeccions respiratòries agudes, entre d'altres.

Per tant, és imprescindible:

- Actualitzar i difondre els protocols d'actuació davant les malalties
- Involucrar als pares i mares en la salut dels seus fills
- Millorar paral·lelament les condicions polítiques i socioeconòmiques que perpetuen aquestes situacions i les desigualtats entre diferents regions del planeta
- Adaptar les intervencions a cada moment i a cada comunitat

Objectiu 6: Combatre el VIH/SIDA, la malària i altres malalties

Les mesures per aturar i reduir la incidència de la **malària** que van sorgir durant les ponències són:

- Augmentar els recursos econòmics i la implicació dels governs per a la implementació de les mesures de control de la malaltia
- Potenciar les coalicions públiques-privades per al finançament de projectes d'investigació de cara al desenvolupament de nous fàrmacs per tractar les malalties que afecten els països amb pocs recursos
- Desenvolupar projectes de cooperació al Sud en col·laboració amb països del Nord pot ser eficaç, sempre i quan es tinguin en compte les estructures sanitàries i les necessitats del país on s'apliquen i es facin d'una forma integrada, estructurada i dirigida des dels Ministeris de Salut del país receptor

VIH/SIDA

Durant el Taller i la Taula Rodona, es va tractar la problemàtica del VIH/SIDA des de l'experiència en el terreny. D'aquí se n'han després algunes accions que es poden dur a terme:

- Executar activitats de sensibilització i formació a la població, ja que poden ajudar a crear associacions de persones afectades pel VIH
- Tenir en compte els factors culturals i religiosos que dificulten que es parli del VIH/SIDA en l'entorn familiar
- Estendre accions de prevenció, bàsiques en la lluita contra l'epidèmia
- Crear un centre d'atenció integral al malalt que permeti acollir persones sense recursos o que han estat víctimes de l'estigma i la discriminació associades al VIH/ SIDA
- Augmentar els recursos financers i el personal sanitari especialitzat per sostenir el projecte
- Millorar la coordinació entre els governs i les ONGD

Tuberculosi

- Reforçar el compromís polític de manera que els indicadors dels Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni en relació a la tuberculosi (prevalença, taxa de mortalitat i proporció de casos detectats i curats via estratègia DOTS) siguin assolibles
- Reforçar i ampliar l'estratègia DOTS mitjançant plans nacionals per tal d'apropar la DOTS a les comunitats
- Dotar els laboratoris amb els mitjans adients, sovint ja assequibles i barats, i millorar l'accés als fàrmacs
- Actuar conjuntament contra la tuberculosi i el VIH/SIDA. La prevenció, el diagnòstic i el tractament són les línies bàsiques d'actuació contra ambdues malalties
- No oblidar altres estratègies com la implicació del personal sanitari, de les comunitats i dels malalts, i la promoció de la recerca bàsica per obtenir noves eines diagnòstiques, medicaments i vacunes

Objectiu 8: Fomentar una associació Mundial per al Desenvolupament

Per garantir l'accés als medicaments, un dret humà bàsic, cal dur a terme accions a tots els nivells.

Al terreny cal continuar amb les intervencions per millorar l'accés als medicaments, que fins ara han donat bons resultats.

A un nivell superior, polític i supranacional, cal seguir amb els acords sobre Aspectes dels Drets de la Propietat Intel·lectual relacionats amb el Comerç (ADPIC) i amb l'Organització Mundial del Comerç.

Al terreny, les principals dificultats d'accés als medicaments són:

- **Preu.** La implementació de ventes socials de medicaments i de farmàcies comunitàries, pot fer baixar fins a 8 vegades el preu dels medicaments. Aquest fet suposa un gran canvi per a la població rural
- **Geografia.** La instal·lació de farmàcies privades a zones remotes sovint no és rendible. Gràcies a les farmàcies comunitàries, això es pot solucionar
- **Cultura.** Cal adequar les nostres actuacions a cada context cultural concret
- **Dificultats polítiques i financeres.** Caldria que les legislacions i les polítiques financeres nacionals afavorissin la implementació de farmàcies comunitàries i que es pogués garantir la continuïtat del personal que n'està al capdavant
- **Manca de voluntat política.** La major part de les malalties que provoquen índexs elevats de mortalitat en les persones ja tenen tractament. Per tant, és bàsic garantir la disponibilitat d'aquests medicaments arreu

Des d'un punt de vista més global els eixos principals de la problemàtica de l'Accés als Medicaments que van sorgir al llarg de les jornades són:

- **La investigació.** És un punt crucial per desenvolupar nous medicaments útils per als països en vies de desenvolupament. Laboratoris de genèrics i laboratoris innovadors no comparteixen interessos, ja que els laboratoris innovadors justifiquen els elevats preus per fer front a la despesa d'innovació que la indústria de genèrics no ha de suportar. Cal voluntat de les administracions públiques per incentivar aquest tipus d'investigació. Una estratègia podrien ser les aliances público-privades.
- **Medicaments.** Tot i que una bona part de les malalties dels països del Sud es poden tractar amb medicaments existents, no hem d'oblidar que molts dels antiretrovirals es poden millorar, que no hi ha formulacions pediàtriques, que alguns medicaments necessiten cadena de fred i que els reactius estan sota patents.
- **Patents.** Es va parlar dels antecedents històrics dels acords ADPIC, des de l'aparició de l'OMC el 1994, i de les regles de comerç internacional que forcen als països a ser-ne membres i a acatar les normes. N'és un exemple, la normativa que regula les patents, ja que permet el monopoli, posant uns preus concrets i per tant, dificultant l'accés als medicaments.
- **Donacions "puntuals".** Algunes indústries han fet donacions de medicaments per tractar malalties del Sud o bé per realitzar campanyes de vacunacions. En part, això ha estat ocasionat per la pressió de l'opinió pública.
- **Transferència de recursos** per a que fabriquin els propis països, i així sigui més rendible. Això pot comportar dificultats, ja que manquen recursos humans formats als països i, a més a més, les patents també dificulten l'elaboració de medicaments.

Prèviament a les jornades, un grup d'experts va elaborar unes **propostes per tal d'intentar resoldre la problemàtica de l'accés als medicaments**.

Aquestes quatre propostes es van presentar durant el taller i la taula rodona de les jornades i marquen unes pautes que el govern espanyol i el govern català podrien adoptar:

1. Promoure una **major transparència** en el mercat farmacèutic que inclogui accés a la informació sobre:
 - assajos clínics (registre previ obligatori)
 - ventes al Sistema Nacional de Salut per productes, empreses i prescriptors
 - decisions de fixació de preu i finançament públic
 - negociacions de tractats comercials, etc.
2. Establir **mecanismes per incentivar la innovació terapèutica real** en àrees considerades essencials o prioritàries, mitjançant sistemes de fixació de preus i finançament públic que tinguin en compte l'efectivitat i el cost dels nous tractaments respecte els ja existents, tal i com s'està establint des de ja fa un temps a Austràlia i el Regne Unit.

D'aquesta manera s'evitarien els anomenats *me-toos*, medicaments que no aporten cap valor terapèutic respecte els medicaments que ja existeixen, i s'incentivaria la Recerca i el Desenvolupament R+D de medicaments per a malalties del sud.

3. Promoure una **indústria de genèrics** que pugui potenciar el mercat intern de genèrics i alhora competir en els mercats internacionals i satisfer les demandes dels països en desenvolupament sense capacitat productiva, gràcies a una llicència obligatòria (flexibilitat dels ADPIC).
4. Recolzar la **proposta de Brasil i Kenya**, presentada a l'Assemblea Mundial de la Salut, en favor de l'establiment d'un marc global per la Recerca i el Desenvolupament (R+D) en salut. Aquesta iniciativa implica desenvolupar una via complementària als Drets de la Propietat Intel·lectual per promoure la R+D en àrees socialment prioritàries, i no només en funció de la demanda solvent, tenint en compte criteris de solidaritat i equitat internacional. De manera que els diferents països farien aportacions en funció d'algun indicador econòmic com ara el PIB.

Aquesta proposta asseguraria per altra banda, que els tractats bilaterals del comerç no limitessin les flexibilitats i salvaguardes dels ADPIC que alguns països en vies de desenvolupament voldrien adoptar.

Val a dir que durant les negociacions de l'Assemblea Mundial de la Salut del passat mes de maig es va discutir aquesta proposta, i sembla ser que s'han fet passos endavant, ja que es va crear un Grup de Treball que estudiarà i desenvoluparà una estratègia i un marc de treball per aquesta proposta.



Generalitat de Catalunya
Departament de la Vicepresidència
**Direcció General de Cooperació
al Desenvolupament i Acció Humanitària**

Pla director de cooperació al desenvolupament 2007-2010

5 de juliol de 2007

ÍNDIX

<u>RESUM EXECUTIU</u>	3
1. MARC DE REFERÈNCIA.....	8
2. MISSIÓ, PRINCIPIS I VALORS	9
3. PRIORITATS SECTORIALS	13
4. PRIORITATS GEOGRÀFIQUES.....	40
5. MODALITATS D'ACTUACIÓ.....	42
6. INSTRUMENTS	45
7. ELS ACTORS DE LA COOPERACIÓ CATALANA	49
8. CAPACITATS DE LA GENERALITAT.....	53
9. LÍNIES DE TREBALL RELATIVES AL PRINCIPIS D'INFORMACIÓ, PARTICIPACIÓ, COHERÈNCIA, COORDINACIÓ I COMPLEMENTARIETAT	55
10. PLANIFICACIÓ, SEGUIMENT I AVALUACIÓ.....	60
11. ESCENARI ECONÒMIC	63
ACRÒNIMS	64

RESUM EXECUTIU

El present Pla director de cooperació al desenvolupament constitueix l'instrument principal de planificació estratègica de la política de cooperació per al desenvolupament de la Generalitat de Catalunya en el període 2007-2010. El Pla fixa, d'acord amb la Llei de cooperació al desenvolupament, el marc de referència i les prioritats d'actuació sectorials i geogràfiques, fa referència a les modalitats, els instruments i els actors, determina les capacitats i els recursos necessaris i, finalment, estableix les línies directrius per al desplegament dels principis ordenadors i de bona gestió de la política de cooperació per al desenvolupament.

Missió, principis i valors

El Pla director parteix d'una concepció de la cooperació per al desenvolupament, que és part de l'acció exterior catalana, transformadora i multiplicadora dels esforços del sud, que té com a **missió i finalitat últimes** la promoció del **desenvolupament humà sostenible**, l'**eradicació de la pobresa** i la **lluita contra les desigualtats**.

D'acord amb aquesta missió, i seguint el que estableix la Llei de cooperació, el Pla recull un seguit de **valors i principis ordenadors** de la política de cooperació per al desenvolupament. Els valors fan referència a les raons últimes fonamentadores de les actuacions de desenvolupament, mentre que els principis s'associen als requeriments de la bona gestió pública, a la qualitat de l'ajut i al paper de la Generalitat com a òrgan regulador de la política de cooperació per al desenvolupament.

Addicionalment, el Pla es fa ressò i subscriu els principis adoptats en el marc de la **Declaració de París** sobre eficàcia de l'ajut i en relleva tres: el principi d'apropiació de les polítiques de cooperació per al desenvolupament per part dels països socis del sud, el principi d'alineació dels països i organismes donants amb les estratègies de desenvolupament del sud i el principi d'harmonització de les actuacions dels diferents donants.

Prioritats sectorials

El Pla director estableix dos nivells diferenciats de priorització sectorial, els objectius transversals i les línies estratègiques.

Els **objectius transversals** es fonamenten en les condicions mínimes que s'han de donar en una determinada realitat per a que s'hi puguin produir processos de desenvolupament reeixits. En coherència, els objectius transversals han d'impregnar totes les fases de la política de cooperació per al desenvolupament i totes i cadascuna de les actuacions previstes. Aquests objectiu són:

1. Promoure el respecte integral i la consolidació dels drets humans, la governança i l'enfortiment del teixit social.
2. Promoure l'equitat entre les dones i els homes mitjançant l'aplicació de la perspectiva de gènere.
3. Promoure la sostenibilitat del desenvolupament en la seva triple dimensió: social (que inclou cultural i política), econòmica i ambiental.

Les **línies estratègiques**, al seu torn, estructuraren les prioritats d'intervenció sectorial de la cooperació catalana. Dues línies fan referència a les actuacions al sud (desenvolupament i acció humanitària) i una tercera al treball al nord (educació i capacitats).

La **línia estratègia de desenvolupament** és la que concentra el volum més important d'actuacions i recursos, entre un 75 i un 78% del total. El gruix d'aquests recursos, el 80%, es destinarà a set objectius estratègics de desenvolupament, dos dels quals fan referència als drets socials bàsics -dret a la salut i a l'aigua i dret a l'educació; el tercer a les capacitats productives, l'ocupació i els drets laborals; tres objectius derivats dels objectius transversals -drets humans, governança democràtica i enfortiment del teixit social; apoderament de les dones i sostenibilitat mediambiental; i un darrer objectiu referit a la construcció de pau.

L'assignació mínima prevista per a cada objectiu és del 7% dels recursos de la línia de desenvolupament. A més, com a expressió de la voluntat de donar un impuls definitiu a les actuacions promotores dels drets humans, la governança democràtica i l'enfortiment del teixit social, i l'apoderament de les dones, el pla estableix una assignació de recursos a l'alça per a aquests dos objectius, amb l'establiment d'un mínim del 15% per al final de mandat del Pla.

Finalment, el Pla estableix que el 20% restant de la línia de desenvolupament s'haurà de destinar a altres objectius de desenvolupament àmpliament consensuats entre els actors del nord i del sud i alineats amb l'agenda internacional de desenvolupament i que contemplin, entre d'altres, la cooperació cultural, la cooperació amb els pobles indígenes, el suport als processos de normalització lingüística en països amb llengües minoritzades, el foment del teixit associatiu, així com un tractament especial al suport a l'autonomia i els drets de les persones amb discapacitats dels països del sud.

De manera complementària, i en aplicació dels compromisos assolits a la Cimera de Copenhaguen del 1995, un 20% dels recursos de la línia es destinaran als drets i serveis socials bàsics.

Pel que fa a la **línia estratègica d'acció humanitària**, el Pla preveu destinar-hi entre el 7 i el 10% del total de recursos, amb dos àmbits d'actuació diferenciats. D'una banda, satisfer les necessitats immediates de les poblacions afectades per catàstrofes d'origen natural o humà (35% dels recursos de la línia) i, de l'altra, pal·liar el sofriment de les poblacions afectades per crisis de llarga durada i ajudar a reduir la vulnerabilitat futura de les poblacions que han patit desastres naturals (65% dels recursos).

Aquestes dues línies estratègiques d'actuació al sud seran complementades i multiplicades per una tercera, orientada a la ciutadania catalana. La **línia d'educació i capacitats**, a la qual es destinaran entre el 13 i el 17% dels recursos, contempla dos objectius estratègics. El primer objectiu (que concentrarà dues terceres parts dels recursos) pretén impulsar l'educació per al desenvolupament i la sensibilització a Catalunya, en el convenciment que l'assoliment del desenvolupament humà sostenible exigeix, en paral·lel, l'educació i la conscienciació de la ciutadania dels països del nord. El segon objectiu estratègic es centra en millorar les capacitats dels agents catalans de la cooperació per al desenvolupament, incidint així en la millora de la qualitat de l'ajut.

Prioritats geogràfiques

La Llei considera geogràficament prioritaris els països i els pobles de la Mediterrània, especialment els del Magrib, els d'Amèrica Llatina i els de l'Àfrica subsahariana. Amb l'objectiu de millorar l'eficàcia i l'impacte de la cooperació per al desenvolupament de la Generalitat, aquest Pla director defineix **11 països i territoris prioritaris** (Marroc, Palestina, Sàhara Occidental, Moçambic, Senegal, Guatemala, Nicaragua, el Salvador, Bolívia, Colòmbia i Equador) i **7 països i territoris preferents** (Algèria, , Líban, , Gàmbia, Camerun, Etiòpia, Brasil i Perú), que el 2010 hauran de concentrar, respectivament, el 60 i el 20% dels recursos de la línia estratègica de desenvolupament.

El 20% de recursos restant es destinarà a altres països susceptibles de rebre Ajut Oficial per al Desenvolupament, d'acord amb el Comitè d'Ajut al Desenvolupament de l'Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (OCDE).

De manera complementària, i amb l'objectiu d'avançar en l'assoliment dels compromisos internacionals, el 20% com a mínim dels recursos de la línia estratègica de desenvolupament s'adreçarà als països considerats per les Nacions Unides com a "països menys desenvolupats".

El Pla tindrà en compte la trajectòria catalana de solidaritat internacional en els països o les zones en postconflicte bèl·lic (Balcans, Afganistan, Timor Oriental), sotmeses a bloqueig (Cuba), amb situacions de vulneració dels drets humans, en procés de construcció (Bòsnia Hercegovina, Kosovo i Eritrea) i les nacions sense estat (Kurdistan, Txetxènia, etc). Per aquesta raó, en els plans anuals es definirà, si s'escau, les prioritats d'actuació en aquests països, ja sigui en l'àmbit del desenvolupament o l'acció humanitària".

Modalitats, instruments i actors

El Pla director preveu que el Govern de Catalunya canalitzi el seu ajut per mitjà de quatre **modalitats d'actuació**. Les tres primeres modalitats despleguen les diferents opcions de cooperació bilateral, mentre que la quarta es refereix a la cooperació multilateral:

- La cooperació bilateral d'iniciativa directa, referida a aquelles actuacions que assumeix directament l'Administració de la Generalitat
- La cooperació bilateral en concertació amb d'altres agents de la cooperació per al desenvolupament, referida a aquelles actuacions que l'Administració de la Generalitat realitza (en alguna de les seves fases) de manera concertada amb d'altres actors. A aquesta modalitat es destinarà entre el 10 i el 25% del total de recursos.
- La cooperació bilateral a iniciativa d'altres actors, referida a aquelles actuacions que lideren en totes les fases del cicle del projecte o programa d'altres actors. Aquesta modalitat concentrarà almenys el 55% del total de recursos.
- La cooperació a través d'organitzacions multilaterals, relativa a la participació i la contribució de la Generalitat de Catalunya a les actuacions dels organismes públics multilaterals. A aquesta modalitat, juntament amb la modalitat de cooperació bilateral d'iniciativa directa de la Generalitat de Catalunya es destinarà entre el 20 i el 35% dels recursos.

El Pla també dedica una secció als principals **instruments** de la cooperació per al desenvolupament, amb la voluntat de guiar-ne l'ús racional i, alhora, fer-se ressò de les recomanacions més recents sobre eficàcia de l'ajut vinculades als instruments de la cooperació per al desenvolupament.

Pel que fa la cooperació tècnica, el Pla manifesta la voluntat de transitar progressivament dels projectes puntuals cap a programes pluriennals i amb una major implicació dels països socis, recull els principals criteris per a que l'assistència tècnica no entri en contradicció amb els principis d'apropiació i d'alineació de l'ajut i contempla l'impuls d'una cooperació triangular no intrusiva i sensible a les particularitats.

En relació amb la cooperació econòmica i financera s'afirma la importància dels nous instruments d'ajut econòmic com el suport pressupostari i els fons globals i s'aposta per la cooperació financera amb les Nacions Unides i pels programes de microcrèdit.

Finalment, el pla destaca la importància del codesenvolupament com a instrument que permet gestionar de forma positiva la relació entre desenvolupament i migració i el seu potencial per a la cooperació per al desenvolupament catalana.

Pel que fa als **actors de la cooperació catalana**, el Pla es fa ressò de la riquesa i la pluralitat de les iniciatives i els actors involucrats en la cooperació per al desenvolupament a Catalunya i destaca el valor afegit de les Organitzacions no Governamentals, els ens locals, les organitzacions sindicals, les organitzacions empresarials i les universitats.

Capacitats de la Generalitat

D'acord amb la Llei de cooperació, el Pla director determina quins són els recursos humans, materials, econòmics i de gestió necessaris per al seu desplegament.

Pel que fa als **recursos econòmics**, el Pla proposa un escenari de fort creixement de l'Ajut Oficial per al Desenvolupament en termes absoluts i relatius, amb l'objectiu d'assolir, el 2010, la xifra de 130 milions d'euros, el que representaria el 0,059% de PIB de Catalunya.

En coherència amb aquest creixement i amb l'objectiu de garantir el compliment de les directrius marcades, el Pla preveu reforçar l'**estructura organitzativa** i els **equips humans** de la Direcció General de Cooperació al Desenvolupament i Acció Humanitària (DGCDAH) i de l'Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament (ACCD). Aquest reforç podrà incloure, quan s'estimi oportú i sigui possible, l'establiment de mecanismes estables de representació i d'interlocució de la cooperació per al desenvolupament de la Generalitat de Catalunya als països socis del sud.

D'altra banda, amb l'objectiu de consolidar l'assistència especialitzada procedent dels diferents departaments i dels organismes de la Generalitat, de les universitats, dels centres de recerca i d'altres persones professionals, es preveu impulsar intercanvis i espais de treball conjunt entre aquests i el personal tècnic de l'ACCD i de la DGCDAH.

Desplegament dels principis ordenadors

Per la seva importància, el Pla director defineix les principals línies d'actuació i mecanismes per a garantir un desplegament efectiu dels principis ordenadors d'informació i transparència, participació, coherència, coordinació i complementarietat.

Pel que fa al principi d'**informació i transparència**, l'objectiu és garantir la producció i la difusió d'informació regular, oportuna, comprensible i precisa sobre la política de cooperació per al desenvolupament. Una de les principals fites en aquest sentit és la posada en marxa d'un portal sobre Ajut Oficial per al Desenvolupament a Catalunya.

En relació amb el principi de **participació**, la Generalitat prestarà tot el suport tècnic i administratiu necessari al Consell de Cooperació al Desenvolupament i a les seves comissions, en tant que òrgan principal de participació del conjunt d'agents en la política de cooperació per al desenvolupament.

Per a garantir i reforçar la **coherència** de l'actuació de l'Administració de la Generalitat en matèria de cooperació per al desenvolupament es vol impulsar el treball de la Comissió Interdepartamental de Cooperació al Desenvolupament, reforçar els mecanismes d'informació i intercanvi mitjançant una comunitat d'interès en aquest àmbit i potenciar la col·laboració i les sinèrgies entre la DGCDAH i l'ACCD i els departaments i organismes de la Generalitat.

Finalment, en relació amb el principi de **coordinació** i **complementarietat** es planteja millorar l'agilitat i la representativitat de la Comissió de Coordinació amb els Ens locals i impulsar mecanismes de col·laboració amb les administracions locals i supralocals, les cooperacions espanyola i autonòmiques i la comunitat internacional de donants.

Planificació, seguiment i avaluació

El reforç de la planificació, el seguiment i l'avaluació està íntimament lligat al principi de la bona gestió de les polítiques públiques i a l'eficàcia i la qualitat de l'ajut. És per això que el Pla dedica una atenció especial a aquest objectiu.

En l'àmbit de la **planificació**, el Pla preveu enfortir la identificació de necessitats i prioritats i la formulació d'estratègies, plans i programes a través, entre altres, de l'elaboració de directrius de bones pràctiques i manuals d'usos, i d'estratègies sectorials i geogràfiques pluriennals.

En l'àmbit del **seguiment** de polítiques i programes es pretén reforçar les capacitats de recopilació i anàlisi de dades, millorar el seguiment de les actuacions sobre el terreny, i incorporar de manera efectiva els resultats del seguiment a la planificació i l'execució.

Finalment, el Pla pretén consolidar l'**avaluació** com un instrument que permeti extreure lliçons i incorporar-les al procés de presa de decisions a través de, entre altres, la definició d'una estratègia d'avaluació de la política pública de cooperació per al desenvolupament, la planificació anual de les avaluacions, la promoció de la cultura de l'avaluació entre els actors de la cooperació catalana i la realització d'avaluacions conjuntes amb altres administracions i organismes donants.

1. MARC DE REFERÈNCIA

El present Pla director de cooperació al desenvolupament 2007-2010 deriva del previst a la Llei 26/2001, de cooperació al desenvolupament, aprovada per unanimitat pel Parlament de Catalunya. Concretament, a l'exposició de motius s'afirma que "avui no es pot construir un projecte nacional creïble ni una societat democràtica avançada sense participar activament i decididament en la construcció d'un ordre internacional més just i solidari". Cal entendre doncs aquest Pla Director com un nou pas en el compromís del Govern de Catalunya de construcció progressiva d'una autèntica política pública de cooperació que reculli i potenciï els actius de la societat catalana en aquest àmbit.

Cinc anys després de l'aprovació de la Llei, i malgrat alguns canvis en positiu en el marc de la cooperació internacional per al desenvolupament, l'afirmació és encara tant o més vàlida, donada la persistent vigència d'importants desequilibris en les relacions nord-sud i la situació de pobresa i exclusió a la que viu sotmesa la majoria de la població mundial.

Al balanç positiu internacional cal situar-hi almenys quatre elements, directament relacionats amb el desenvolupament i la cooperació per al desenvolupament.

Primer, l'assoliment d'un consens generalitzat sobre la concepció del desenvolupament com un procés multidimensional, orientat bàsicament a millorar capacitats i a fer possibles polítiques socials justes i eficaces, és a dir, polítiques que s'adrecin a enfortir la cohesió social, lluitant contra les desigualtats i a eliminar la desigualtat i la pobresa, polítiques que, segons estableix la declaració del dret al desenvolupament de les Nacions Unides, han de respectar els diversos models culturals i les capacitats decisòries dels països del sud.

Segon, l'establiment d'una doble agenda internacional de desenvolupament, consensuada pels actors del nord i del sud: una de mínims i en absolut exhaustiva, continguda en la Declaració dels Objectius del Mil·lenni; i una ampliada, producte de la suma dels diversos compromisos i acords de les conferències mundials sectorials celebrades des dels anys vuitanta fins a l'actualitat.

Tercer, l'elaboració d'un programa pluriennal, consensuat també entre actors del sud i del nord, relatiu a la millora de la cooperació i l'ajut per al desenvolupament i articulat entorn de la Declaració de París i els principis d'apropiació, responsabilitat mútua, alineació, harmonització i gestió orientada a resultats.

Quart, l'articulació arreu del món d'espais, moviments i xarxes portadores d'agendes innovadores que proposen alternatives als discursos dominats en l'arquitectura financera internacional. Aquests espais, moviments i xarxes s'han visibilitzat als fòrums i trobades altermundistes mundials, europeus o regionals i, a més, han tingut una nodrida presència de la societat civil i també de les administracions públiques catalanes.

Per contra, altres dinàmiques del període mereixen una valoració negativa. Primer, la persistència i a voltes increment de la desigualtat, l'exclusió social i la inequitat a moltes zones del planeta. Malgrat la millora d'alguns dels components de l'Índex de Desenvolupament Humà, com l'expectativa de vida en néixer, i els resultats

globalment positius del creixement econòmic, es constata que sense redistribució no és possible el desenvolupament. Una conseqüència negativa d'aquest fet és l'horitzó poc positiu d'assoliment de la totalitat o bona part dels Objectius del Mil·lenni, per a l'any 2015.

Segon, la persistència d'unes regles internacionals, en especial les que afecten les relacions nord-sud, encara injustes i poc solidàries, imposades pel nord, i, en especial, la rèmora que suposa el deute extern, les transaccions econòmiques especulatives, el manteniment dels paradisos fiscals, i els subsidis i normes de comerç injustos per al desenvolupament de les societats del sud.

Aquest fet s'ha vist agreujat per la tendència a la militarització i la *securització* derivada de l'impacte dels atemptats de l'11 de setembre del 2001, tendència que fins i tot ha començat a afectar l'ajut i la cooperació d'alguns països i actors.

Tercer, la presència de força conflictes armats i d'esclats de violència, en especial a l'Àfrica, Orient Mitjà i Àsia, conflictes sovint vinculats a situacions d'injustícia i d'asimetria social perllongades.

Pel que fa al marc català, també s'han produït alguns canvis importants. Primer, Catalunya ha aprovat un nou Estatut d'autonomia que inclou, entre els principis rectors, la cooperació per al foment de la pau i la cooperació per al desenvolupament, ambdues interrelacionades i vinculades justament a la construcció d'un ordre social més just i solidari. Això reforça el paper, missió i objectius de la cooperació catalana per al desenvolupament.

Segon, partint de la consideració del desenvolupament com un bé públic global prevista a la Llei, durant els darrers cinc anys s'ha bastit el nucli d'aquesta política pública de cooperació per al desenvolupament, parcialment autònoma de les altres polítiques públiques i complementària i impulsora de les iniciatives cíviques. A més, el Pla director de cooperació al desenvolupament 2003-2006, la seva revisió i els tres plans anuals aprovats i implementats durant el darrer cicle de planificació, han mostrat que era possible posar en el centre de l'activitat un conjunt de principis ordenadors, i, sobretot, els principis de la planificació i de la coordinació de tota l'activitat de cooperació per al desenvolupament de la Generalitat.

Tercer, el desplegament normatiu, institucional i organitzatiu de la cooperació catalana per al desenvolupament, junt amb les capacitats de concertació, d'assessorament i d'acompanyament dels diversos òrgans previstos a la Llei (rectors, de coordinació, assessors, etc.), tot i susceptibles de ser millorats, permeten pensar que es pot produir un salt qualitatiu i quantitatiu de la cooperació per al desenvolupament en el període 2007-2010.

En suma, el marc internacional i català demanden que aquest Pla director opti per una concepció transformadora i multiplicadora de la cooperació per al desenvolupament, que té com a missió bàsica la promoció del desenvolupament humà sostenible, l'eradicació de la pobresa i la lluita contra les desigualtats.

2. MISSIÓ, PRINCIPIS I VALORS

L'Informe de Desenvolupament Humà de les Nacions Unides de 2005 apunta que, en comparació amb la dècada dels anys noranta, la població dels països en

desenvolupament gaudeix avui d'una salut més bona, d'una educació millor i està menys empobrida, però que tanmateix no hi ha gaires motius de satisfacció. La raó és que les fortes desigualtats no permeten avançar de manera sostinguda en l'eradicació de la pobresa i la generació inclusiva de benestar entre el conjunt de la població. Les desigualtats entre els països més rics i els més pobres s'han incrementat, i, a l'interior dels països més empobrits, també les societats han esdevingut més desiguals.

Tampoc no s'ha avançat prou en la gestió i resolució d'algunes de les transformacions negatives associades a la globalització, que impliquen nous reptes i amenaces a la seguretat humana: atur i marginació, criminalitat internacional, tràfic de persones i d'armes, terrorisme, sida i noves epidèmies, escalfament de l'atmosfera, etcètera.

Les desigualtats, l'exclusió, els efectes perversos de la globalització i els reptes i amenaces a la seguretat de les persones, conformen l'agenda i els principals reptes de la cooperació per al desenvolupament. L'impuls d'una cooperació transformadora, multiplicadora dels esforços del sud i que contribueixi a neutralitzar aquests fenòmens negatius i alhora promoure el desenvolupament humà sostenible, esdevé la missió central de la cooperació catalana.

2.1.La missió i els valors de la cooperació catalana

La Llei de cooperació al desenvolupament i aquest Pla director parteixen d'una concepció integral del desenvolupament humà, segons la qual el desenvolupament humà ve definit pel conjunt d'oportunitats d'elecció, és a dir, per les llibertats de les que efectivament disposa la persona. El desenvolupament humà, per tant, esdevé la capacitat d'una persona per escollir la seva manera de viure.

A. La missió

En coherència, la missió i finalitat últimes de la cooperació per al desenvolupament de la Generalitat de Catalunya en el marc de la política exterior catalana, entesa des d'una perspectiva transformadora i multiplicadora dels esforços del sud, és la promoció del desenvolupament humà sostenible, l'eradicació de la pobresa i la lluita contra les desigualtats.

Promoure el desenvolupament humà vol dir posar l'èmfasi en les persones i maldar per millorar les seves capacitats, concebudes des d'una perspectiva integral que abasta les dimensions política, social, econòmica, cultural i ambiental.

Maldar per eradicar la pobresa, per tant, no vol dir lluitar simplement per satisfer les necessitats materials o per superar els dèficits en la distribució de la renda, sinó, bàsicament, treballar per ampliar els drets, les oportunitats i les capacitats de la població més desfavorida. En paraules d'Amartya Sen, la pobresa significa absència de capacitats, i per tant, d'opcions de les persones.

Per últim, es fa necessari combatre les causes que provoquen les desigualtats, que dificulten els esforços en pro del desenvolupament humà i l'eradicació de la pobresa. Aquest combat esdevé un requisit imprescindible, atès que la situació de pobresa i exclusió a la que estan sotmesos els sectors més desfavorits de la població al sud s'explica en bona part per una distribució desigual dels recursos ambientals, econòmics, socials, polítics i culturals. Aquesta distribució desigual no només dificulta la cohesió social sinó que a més tendeix a perpetuar-se per mitjà de les estructures de

poder. Es tracta doncs de cooperar en la creació de les condicions necessàries per afavorir el desenvolupament.

El Pla director esdevé el principal instrument tècnic del que disposa la cooperació catalana per a ampliar les oportunitats i les capacitats de la població més desfavorida en les dimensions democràtica, econòmica, cultural, social i ambiental, amb el benentès que això significarà combatre les estructures de reproducció de les desigualtats i d'exclusió al sud i contribuir a construir un ordre internacional més just.

Tanmateix, assolir aquest objectiu no serà possible sense el compromís cívic de la ciutadania i les institucions i organitzacions de Catalunya, fet que explica que la missió del Pla es concreti en actuacions al sud (línies estratègiques de desenvolupament i d'acció humanitària) i també en l'aposta ferma per l'educació pel desenvolupament al nord i l'enfortiment d'una societat civil catalana amb capacitat de transformació social i ben preparada per contribuir al desenvolupament (línia estratègica d'educació i capacitats).

B. Els valors

D'acord amb la missió de la cooperació catalana, i seguint el que estableix la Llei de cooperació al desenvolupament, els valors que orienten aquest Pla director i que han d'impregnar el conjunt d'actuacions en matèria de cooperació per al desenvolupament són:

- a) L'acceptació que les protagonistes i destinatàries últimes de la política pública de cooperació per al desenvolupament són les persones.
- b) El foment de la pau, la justícia, la igualtat i l'equitat en les relacions entre persones, pobles, cultures, nacions i estats.
- c) La promoció i la defensa dels drets humans i de les llibertats fonamentals, indivisibles i interdependents.
- d) El reconeixement del dret dels pobles a la defensa i a la promoció de la cultura, la llengua i la identitat pròpies.
- e) La defensa i la promoció de les persones i els col·lectius més desfavorits o dels que pateixen discriminacions polítiques o econòmiques per raó de gènere, ètnia, cultura o religió.

El Pla director amplia aquest valor més enllà del previst a la Llei per incorporar-hi, a més, la defensa i la promoció de les persones i els col·lectius que pateixen discriminacions per raó de la seva llengua, opció sexual o per raó de la seva discapacitat.

- f) El reconeixement dels drets econòmics, laborals i socials, del treball, l'empresa i el bon govern com a fonaments d'un desenvolupament econòmic durador, equitatiu i sostenible que incideixi també en la redistribució de la riquesa i en la justícia social.

2.2. El compromís amb la qualitat de la cooperació: principis rectors de la cooperació catalana

2.2.1 La Llei de cooperació

La Llei de cooperació al desenvolupament desplega els principis que han de guiar la política de cooperació per al desenvolupament catalana per tal que aquesta esdevingui una cooperació eficaç, de qualitat i ben gestionada.

Un primer grup de principis estan directament associats als requeriments de la bona gestió pública. Concretament, la Llei estableix que la política de cooperació per al desenvolupament s'ha de sotmetre als principis de transparència, informació i participació dels agents de cooperació en l'activitat pública en aquest àmbit. Els principis de planificació, control, seguiment i avaluació que estableix la Llei també tenen la mateixa voluntat de maldar perquè la política de cooperació per al desenvolupament esdevingui una política pública de qualitat. Les seccions nou i deu d'aquest pla s'encarreguen de desplegar aquests principis.

Un segon grup de principis són els relatius al paper de la Generalitat com a òrgan regulador de la política pública de cooperació per al desenvolupament: vetllar per la coordinació de tota l'activitat de l'Administració, garantir la coherència de les actuacions i buscar la col·laboració i la complementarietat de les polítiques i actuacions de cooperació per al desenvolupament en els diferents àmbits. A aquest grup cal afegir-hi el principi de la transversalitat, que comporta una cultura organitzativa en què les diferents àrees de les administracions coordinen i desenvolupen programes i actuacions a partir d'un marc normatiu comú i de línies estratègiques i plans consensuats. Aquests principis es despleguen abastament a la secció tercera (pel que fa al principi de transversalitat) i a la secció novena.

Finalment, la Llei de cooperació detalla i desplega un darrer grup de principis directament associats a la qualitat de l'ajut, relacionats amb l'eficàcia, l'eficiència, la responsabilització, l'apropiació i la liberalitat, principis que han estat desenvolupats i ampliat per la Declaració de París.

2.2.2 La Declaració de París

En els darrers anys, i especialment a partir de la Cimera sobre Finançament del Desenvolupament de Monterrey del 2002, la comunitat internacional del desenvolupament ha debatut amb intensitat la qüestió de l'eficàcia de l'ajut, que ha d'anar lligada necessàriament a l'increment dels fluxes d'Ajut Oficial per al Desenvolupament (AOD).

Aquest debat ha cristal·litzat en la ja esmentada Declaració de París, subscrita el 2005 pels països del nord i del sud i per diversos organismes internacionals i organitzacions de la societat civil, que estableix, entre d'altres, tres principis bàsics per millorar l'eficàcia de l'ajut: l'apropiació, l'alineació i l'harmonització. El que es busca amb l'aplicació d'aquests principis és garantir que l'ajut s'orienti a satisfer les necessitats i les prioritats definides pels mateixos beneficiaris i beneficiàries i a desplegar les capacitats del països socis del sud per a desenvolupar, implementar i retre comptes a la ciutadania de les polítiques que emprenguin. A més, maldar per l'harmonització de l'ajut busca també quotes de transparència més grans, reclamada cada cop més per una ciutadania a voltes escèptica, i sobretot més eficàcia i qualitat.

La Generalitat de Catalunya, mitjançant aquest Pla, es fa ressò i adopta aquestes recomanacions, que ja estaven contingudes en l'esperit de la Llei. Aquest Pla, per tant, estableix com a principis rectors que han de guiar la política pública de cooperació per al desenvolupament de la Generalitat de Catalunya els principis d'apropiació, alineació, i harmonització de l'ajut i de la cooperació per al desenvolupament.

Concretament, els esmentats principis rectors es defineixen de la forma següent:

- a) El principi d'apropiació estableix la corresponsabilitat dels països del sud, que ara es denominen països socis. El principi posa l'accent en el fet que són els països i els actors del sud els que han d'assumir la iniciativa en el disseny, l'elaboració i l'execució de les estratègies i les polítiques de desenvolupament.

Per a garantir l'acompliment d'aquest principi rector, la cooperació catalana maldrà per enfortir les capacitats dels països socis per a liderar les seves estratègies i polítiques de desenvolupament.

- b) El principi d'alineació estableix quina ha de ser la relació entre el donant i el país soci, deixant clar que els donants han d'afegir-se, amb el seu suport tècnic i/o econòmic, a les estratègies i polítiques *nacionals* de desenvolupament que marquin aquests països, fent ús de les institucions i procediments del país soci.

Per a garantir l'acompliment d'aquest principi, la cooperació catalana establirà una relació d'associació amb els actors dels països socis en la identificació de necessitats i l'establiment de prioritats, en el respecte dels principis i valors del Pla director, i adequarà, sempre que sigui possible, la seva estratègia d'actuació a les estratègies i polítiques *nacionals* existents en aquests països.

- c) El principi d'harmonització regula les relacions entre els donants, precisant que cal evitar la dispersió i la falta de complementarietat entre els diferents actors i les seves diverses actuacions. La simplificació de procediments, la cerca de la complementarietat, els incentius a l'acció coordinada, esdevenen tasques prioritàries per a l'acompliment d'aquest principi.

Per tant, la cooperació catalana, essent conscient que forma part de la comunitat internacional del desenvolupament, coordinarà la seva estratègia d'actuació amb la resta d'agents i administracions locals, nacionals, estatals i internacionals, bilaterals i multilaterals i maldrà per crear sinèrgies i espais de col·laboració amb aquests agents, sempre que estiguin en consonància amb els objectius d'aquest Pla director. En aquest context, el Pla director considera i és coherent amb els principis i valors fixats per la Llei de cooperació espanyola i expressa la voluntat de coordinació i col·laboració amb la cooperació estatal i les cooperacions autonòmiques i locals.

3. PRIORITATS SECTORIALS

Un Pla director pensat com instrument real per a planificar una política pública de qualitat i alhora com a instrument per al seguiment, control i rendiment de comptes ha de posar el seu màxim èmfasi en les finalitats, en allò que vol aconseguir a mitjà i llarg termini. Altrament dit, en les prioritats estratègiques en els diferents sectors d'intervenció al sud i al nord.

Aquest Pla director estableix dos nivells diferenciats de priorització sectorial, els objectius transversals i les línies estratègiques. Els objectius transversals, autèntica columna vertebral del Pla, informen totes i cadascuna de les actuacions, i deriven directament de la missió, els principis i els valors que, tot seguint la Llei de cooperació al desenvolupament i els compromisos internacionals, donen sentit i són senyal d'identitat de la cooperació catalana.

Les línies estratègiques, al seu torn, impliquen finalitats i objectius que no es poden assolir en un únic cicle de planejament de quatre anys. Això ha permès considerar la necessària continuïtat entre el primer Pla director i el present. Concretament, les línies

estratègiques, per emprar la terminologia introduïda arran de la revisió del Pla director 2003-2006 (aprovada pel Parlament l'any 2005), són tres, les mateixes que en l'anterior Pla:

1. Contribuir al desenvolupament dels països i la població del sud, d'acord amb les prioritats sectorials i estratègiques que el Pla determina (Línia estratègica de desenvolupament).
2. Fer front, mitjançant l'acció humanitària, a catàstrofes d'origen natural i humana (Línia estratègica d'acció humanitària).
3. Millorar la formació i les capacitats dels actors de la cooperació catalana, així com el coneixement, el compromís i l'empatia de la ciutadania (Línia estratègica d'educació i capacitats).

Cada línia estratègica es divideix i concreta en objectius estratègics sectorials, pensats per a realitzar-se durant els quatre anys de vigència del Pla. Els objectius estratègics, al seu torn, es concreten en objectius específics que, finalment, donen lloc a uns resultats, susceptibles de ser mesurats i avaluats mitjançant criteris de seguiment i control i indicadors, qualitatius i quantitatius.

3.1. OBJECTIUS TRANSVERSALS

El present Pla director s'ha reclamat d'una concepció del desenvolupament com a procés multidimensional i d'una consideració transformadora de la cooperació per al desenvolupament. Ambdues visions situen com a finalitat última de les seves actuacions l'eradicació de la pobresa, entesa com absència de capacitats i de titularitats i no com a simple estat de necessitat.

Existeixen una sèrie de condicions necessàries per a l'assoliment d'aquesta finalitat, prèvies als objectius sectorials. Aquest Pla director es fa ressò d'aquests requisits mínims, en reconeix la importància i els fa operatius mitjançant l'establiment de tres objectius transversals que impregnaran el conjunt de la política de cooperació per al desenvolupament de la Generalitat. Concretament, en l'àmbit social (respecte integral i consolidació dels drets humans, la governança i l'enfortiment del teixit social), en l'àmbit relacional (equitat entre les dones i els homes) i en la durada en el temps i sustentabilitat material de l'esforç (sostenibilitat social, econòmica i ambiental).

Els objectius transversals tenen en el present Pla un tractament singular i innovador, adreçat a fer-los realment aplicables, previsibles i avaluables per mitjà de regulacions, enfortiment de capacitats i actuacions concretes en cadascun dels àmbits.

Concretament, els objectius transversals, en el cicle de planificació, hauran de:

- a. Quedar reflectits en el Pla director i, sobretot, en els Plans anuals, en els resultats de totes les línies estratègiques (desenvolupament, acció humanitària i educació i capacitats).
- b. Tenir tots ells, per assegurar-ne un impacte multiplicador, un tractament concret, en forma d'objectiu estratègic sectorial, en la línia estratègica de desenvolupament.
- c. Impregnar el conjunt de les actuacions que es derivin de les línies estratègiques i dels objectius estratègics. Per fer-ho viable, es treballarà amb dos instruments:

1. Un document operatiu de directrius o manual d'ús, acordat el primer any de vigència del Pla (vegeu la secció deu, Planificació, seguiment i avaluació), que farà operatius cadascun dels objectius i permetrà mesurar el seu impacte real en les diverses actuacions i resultats. Aquest document establirà l'obligatorietat de tractar els objectius transversals i la forma de fer-ho en els quatre grans àmbits de treball de la cooperació per al desenvolupament de la Generalitat de Catalunya: interlocució i diàleg polític amb els actors del sud; planificació, seguiment i avaluació de la política de cooperació; fases del cicle del projecte o programa; i organització i institucionalització de la cooperació.

La proposta de document sorgirà d'un grup de treball conjunt entre la Generalitat i els actors de la cooperació per al desenvolupament i considerarà el document ja elaborat per la Federació Catalana d'Organitzacions no Governamentals per al Desenvolupament (FCONGD) en el marc del procés d'elaboració d'aquest Pla director. El Consell de cooperació serà l'òrgan de seguiment d'aquest grup de treball.

2. Mitjançant requisits, normes o limitacions explícites en l'execució del Pla (Plans anuals, criteris i directrius, estratègies, convocatòries, convenis...), que garanteixin que totes les actuacions contemplin els objectius transversals.

D'acord amb la dimensió i el potencial de la cooperació catalana, i per garantir que aquest enfocament sigui realment aplicable, es fixen els tres objectius transversals següents:

Objectiu transversal 1: Promoure el respecte integral i la consolidació dels drets humans, la governança i l'enfortiment del teixit social.

El desenvolupament exigeix unes condicions de partida mínimes. La generació sostinguda i equitativa de benestar requereix, en primer terme, un entorn sense conflicte armat i, en segon terme, les capacitats sociopolítiques per adreçar positivament els reptes que planteja el desenvolupament. L'enfortiment d'aquestes capacitats requerirà l'apoderament dels actors més desfavorits i haurà de redundar, entre d'altres, en l'acompliment efectiu de tots els drets humans i les llibertats fonamentals individuals i col·lectives.

El concepte de governança democràtica resumeix bé aquestes capacitats ja que fa referència al sistema d'institucions, actors i processos que determinen l'acció col·lectiva.

Per tal d'enfortir les capacitats d'acció col·lectiva conduents a quotes més grans de benestar caldrà millorar el rendiment de les institucions per a proveir béns públics de manera equitativa, caldrà enfortir les capacitats del teixit social per a garantir el control democràtic i la participació i representació inclusiva en els espais de decisió, i caldrà, en definitiva, generar ciutadania crítica, conscient dels seus drets i amb capacitats per a exigir-los. Millorar les condicions de governança democràtica, a més, suposarà enfortir els espais d'interacció entre els actors socials, econòmics i polítics.

La incorporació de la promoció del respecte i la consolidació dels drets humans com a objectiu transversal parteix d'un marc conceptual i normatiu universal que es basa en estàndards codificats en diversos instruments jurídics internacionals. Adoptar aquest objectiu transversal implica que qualsevol actuació de desenvolupament té un potencial de transformació de les relacions de poder ja que s'inscriu en un sistema de

drets i exigibilitat i es basa en una estratègia d'apoderament dels actors més desfavorits per qualsevol tipus de raó. A més, aquest enfocament ha de considerar la importància de la diversitat cultural d'acord amb la Convenció per a la protecció i la promoció de la diversitat de les expressions culturals de la UNESCO, que és el marc de referència de l'acció de govern en matèria de cooperació cultural per al desenvolupament, per a la realització plena dels drets humans i les llibertats fonamentals.

Promoure aquestes condicions de partida, de manera global o posant l'èmfasi en alguna de les seves dimensions, serà obligació de qualsevol actuació de cooperació per al desenvolupament, per garantir l'eradicació de la pobresa i, mitjançant la implementació de polítiques socials justes, el desenvolupament humà.

A més, el Pla director dóna a aquest objectiu transversal un tracte concret per a convertir-lo en l'objectiu estratègic de la línia de desenvolupament, concretament en l'objectiu de "Drets humans, governança democràtica i enfortiment del teixit social" (vegeu la secció 3.2).

Objectiu transversal 2: Promoure l'equitat entre les dones i els homes mitjançant l'aplicació de la perspectiva de gènere.

El concepte de desenvolupament humà del que parteix aquest Pla director i que col·loca la persona al centre del desenvolupament comporta un compromís amb la promoció de l'equitat entre les dones i els homes i un repte per a la política de cooperació per al desenvolupament, que ha d'assegurar les condicions per a que aquesta es faci efectiva.

Per aconseguir-ho, el Pla director planteja adoptar dues estratègies complementàries que obliguen, d'una banda, a integrar la perspectiva de gènere en totes les actuacions de cooperació i, de l'altra, a dur a terme actuacions específiques dirigides a apoderar les dones.

Aquest objectiu transversal respon a la primera estratègia. La integració de la perspectiva de gènere es farà en el marc de l'enfocament de "gènere en desenvolupament". Aquest enfocament pressuposa que cap actuació és neutral en termes de gènere, és a dir que impacta de manera diferent en els homes i en les dones. Per tant, es consideraran sempre les diferències i les desigualtats que existeixen entre les dones i els homes en una societat determinada (en els seus rols i responsabilitats, necessitats i interessos, accés i control dels recursos i del poder) amb l'objectiu d'establir mecanismes que tendixin a reduir les desigualtats en tots els àmbits i aconseguir un sistema sexe-gènere més equitatiu, just i solidari.

De manera complementària, el Pla director singularitza com a objectiu estratègic de la línia de desenvolupament l'"Apoderament de les dones", per a garantir l'increment de les seves capacitats i autonomia (vegeu la secció 3.2).

Objectiu transversal 3: Promoure la sostenibilitat del desenvolupament en la seva triple dimensió: social (que inclou cultural i política), econòmica i ambiental.

Existeix una tercera condició mínima de partida: garantir la suficient durada temporal i la sustentabilitat material, en especial ecològica, dels esforços de desenvolupament. Altrament dit, cal promoure, mitjançant la cooperació per al desenvolupament, les condicions de sostenibilitat social, econòmica i ambiental del desenvolupament.

El concepte de desenvolupament sostenible entès com el desenvolupament que, tot satisfent les necessitats presents, no compromet les capacitats de les generacions futures per satisfer les seves pròpies necessitats ha estat ampliat, a partir de les Cimeres de Rio el 1992 i de Johannesburg el 2002, incorporant la dimensió social, econòmica i ambiental al desenvolupament sostenible.

És en aquest sentit que el Pla director planteja aquest objectiu transversal i, per tant, promoure la sostenibilitat, en especial la social i l'ambiental, serà obligació de qualsevol actuació de cooperació per al desenvolupament i, en coherència, s'hauran de constatar resultats en avaluar-ne l'impacte.

Finalment, el Pla director singularitza un subcomponent de l'objectiu transversal per a convertir-lo en objectiu estratègic de la línia de desenvolupament, concretament en l'objectiu de "Sostenibilitat mediambiental" (vegeu la secció 3.2), amb dos components clars, la protecció dels recursos naturals i els ecosistemes i la sustentabilitat.

3.2. LINIES ESTRATÈGIQUES

Com ja s'ha dit, les línies estratègiques del Pla són tres, a les quals es destinarà l'assignació de recursos següent:

1. Línia estratègica de desenvolupament : 75-78% dels recursos.
2. Línia estratègica d'acció humanitària: 7-10% dels recursos.
3. Línia estratègica d'educació i capacitats: 13-17% dels recursos.

A. LINIA ESTRATÈGICA DE DESENVOLUPAMENT

La línia estratègica de desenvolupament rebrà entre un 75% i un 78% de la totalitat de recursos del Pla. Un 80% d'aquests recursos caldrà destinar-los a set objectius estratègics de desenvolupament. Els dos primers fan referència als drets socials bàsics, el tercer a les capacitats productives, l'ocupació i els drets laborals, els tres següents a la singularització dels objectius transversals i el darrer a la construcció de pau. La distribució d'aquests recursos es farà d'acord amb l'assignació següent:

Dret a la salut i a l'aigua: 7% dels recursos, com a mínim, de la línia estratègica de desenvolupament.

Dret a l'educació: 7% dels recursos, com a mínim, de la línia estratègica de desenvolupament.

Capacitats productives, ocupació i drets laborals: 7% dels recursos, com a mínim, de la línia estratègica de desenvolupament.

Drets humans, governança democràtica i enfortiment del teixit social: 7% dels recursos, com a mínim, amb l'objectiu d'assolir, el 2010, el 15% com a mínim de la línia estratègica de desenvolupament.

Apoderament de les dones: 7% dels recursos, com a mínim, amb l'objectiu d'assolir, el 2010, el 15% com a mínim de la línia estratègica de desenvolupament.

Sostenibilitat mediambiental: 7% dels recursos, com a mínim, de la línia estratègica de desenvolupament.

Construcció de pau: 7% dels recursos, com a mínim, de la línia estratègica de desenvolupament.

L'objectiu estratègic de drets humans, governança democràtica i enfortiment del teixit social, i l'objectiu estratègic d'apoderament de les dones representen àmbits d'actuació que tenen més capacitat de transformació de les estructures sociopolítiques que perpetuen les desigualtats i una distribució desigual dels recursos econòmics, socials, culturals i polítics i, per tant, s'hi associa un percentatge de despesa mínim superior a la resta d'objectius estratègics.

El 20% restant de la línia de desenvolupament s'haurà de dedicar a altres objectius de desenvolupament en els països del sud, sobre els que existeixi un ampli consens entre els diversos actors del nord i del sud, que estiguin alineats amb l'agenda internacional de desenvolupament i que contemplin, entre d'altres, la cooperació cultural, la cooperació amb els pobles indígenes, el suport als processos de normalització lingüística en països amb llengües minoritzades, el foment del teixit associatiu, així com un tractament especial al suport a l'autonomia i els drets de les persones amb discapacitats dels països del sud.

De manera complementària i d'acord amb els compromisos del Programa d'Acció de la Cimera sobre Desenvolupament Social de Copenhague del 1995, es destinarà un 20% dels recursos de la línia estratègica de desenvolupament als drets i serveis socials bàsics definits posteriorment al Consens d'Oslo del 1996: educació bàsica, atenció primària de salut, població, salut reproductiva, programes de nutrició, aigua potable i sanejament.

A.1. OBJECTIU ESTRATÈGIC DEL DRET A LA SALUT I A L'AIGUA

1. Millorar la cobertura, la qualitat i l'ús dels sistemes de salut públics o amb vocació de servei públic, especialment en l'atenció primària, afavorint l'accés dels sectors de la població amb menys oportunitats.

El dret a gaudir del nivell més alt possible de salut física, mental i social no només és un dret fonamental sinó que és una condició bàsica per poder enfortir i millorar altres capacitats estretament lligades al desenvolupament humà. Aquest Pla director comparteix els plantejaments de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) quan afirma que els sistemes de salut basats en l'Atenció Primària de Salut són els més adequats per fer front als problemes que afecten la salut mundial i més concretament la manca de cobertura i equitat.

Per contribuir a què les poblacions més desfavorides puguin fer efectiu aquest dret, assumint el compromís de la Declaració d'Alma Ata del 1978, es donarà prioritat a l'atenció primària de salut com a eix central del sistema de salut dels països del sud. La raó és la seva proximitat a les comunitats i als seus problemes de salut, especialment en els àmbits prioritzats i per afavorir l'accés als serveis de salut de les poblacions més desfavorides.

A més, en consonància amb els objectius transversals, els Objectius del Mil·lenni, els Programes d'Acció de les conferències internacionals sobre Població i Desenvolupament (El Caire el 1994) i sobre la Dona (Beijing el 1995), i amb les propostes de l'OMS recollides en els Informes del 2000 i del 2003 sobre les millores de les actuacions en els sistemes de salut i com forjar un nou futur a escala mundial, el Pla director es centra en les àrees de la salut sexual i reproductiva, la salut materna i infantil, i la lluita contra les principals malalties infeccioses greus, especialment el VIH/SIDA, la malària i la tuberculosi, però també les malalties de transmissió sexual (MTS) i les malalties oblidades. Finalment, aquest Pla director considera l'accés a

l'aigua potable i al sanejament bàsic com un component fonamental de qualsevol estratègia orientada a millorar la salut de les poblacions més desfavorides.

Catalunya, amb el seu singular sistema sanitari i la seva experiència demostrada en certs sectors sanitaris (gestió dels serveis de salut i desenvolupament de l'atenció primària, formació, Investigació i Desenvolupament (I+D) aplicada i participació dels ens locals), pot contribuir a la millora dels sistemes sanitaris dels països socis del sud, en les diferents modalitats i instruments previstos per aquest Pla director.

En totes les actuacions es prestarà una atenció especial als grups més vulnerables, així com a reduir les desigualtats de gènere sobretot pel que fa a l'exercici dels drets sexuals i reproductius i a la lluita contra les principals malalties infeccioses, impulsant uns sistemes locals de salut basats en la qualitat, l'equitat i l'eficiència

Concretament, aquest objectiu estratègic de la línia de desenvolupament s'assolirà mitjançant els objectius específics següents:

Objectiu específic 1.1. Enfortir els sistemes públics de salut, especialment l'atenció primària i els sistemes locals de salut.

Resultat 1.1.1. Haver contribuït a augmentar les capacitats locals de gestió, formació i recerca en salut, així com les prestacions de serveis de salut als usuaris i usuàries.

Resultat 1.1.2. Haver contribuït a millorar l'accés als medicaments essencials de qualitat, la seva distribució i la seva correcta utilització.

Resultat 1.1.3. Haver contribuït a enfortir les capacitats organitzatives de la comunitat sanitària en sentit ampli.

Objectiu específic 1.2. Millorar la salut sexual i reproductiva i reduir la morbidimortalitat materna i infantil, especialment de les poblacions més desfavorides.

Resultat 1.2.1. Haver potenciat l'existència, el funcionament, l'accés i l'ús dels serveis bàsics de salut sexual i reproductiva amb vocació de servei públic dirigits als homes i les dones amb una atenció especial als i les adolescents i als problemes de salut sexual que generen més mortalitat.

Resultat 1.2.2. Haver contribuït a la millora de la salut materno-infantil en totes les fases del cicle de l'embaràs, part i puerperi assegurant uns serveis de control, prevenció i atenció adequats.

Resultat 1.2.3. Haver contribuït a la millora de la salut infantil, especialment dels i les menors de cinc anys, assegurant el control i la prevenció de malalties tot seguint l'estratègia AIMPI (Atenció Integral de les Malalties Prevalents en la Infància) impulsada per l'OMS.

Resultat 1.2.4. Haver contribuït a abordar les pràctiques tradicionals i convencionals perjudicials per a la salut i la sexualitat de les dones i les menors.

Objectiu específic 1.3. Contribuir a la lluita contra les principals malalties infeccioses greus, especialment el VIH/SIDA, la malària i la tuberculosi, però també les MTS i les malalties oblidades.

Resultat 1.3.1. Haver contribuït al reforç de les capacitats de recerca, gestió i vigilància dels sistemes de salut pel que fa a l'atenció a aquestes malalties.

Resultat 1.3.2. Haver contribuït a augmentar el control, la prevenció i el tractament adequat de les malalties infeccioses greus prioritzades i de les malalties oblidades.

Objectiu específic 1.4. Contribuir a la millora en l'accés de les poblacions més desfavorides a l'aigua potable i als serveis de sanejament bàsics.

Resultat 1.4.1. Haver contribuït al reforç de les capacitats locals en matèria de gestió i millora d'aigua i sanejament.

Resultat 1.4.2. Haver contribuït a la millora en l'accés sostenible a l'aigua en quantitat i qualitat suficient i als serveis de sanejament bàsics, garantint l'equitat entre les dones i els homes.

A.2. OBJECTIU ESTRATÈGIC DEL DRET A L'EDUCACIÓ

2. Millorar la cobertura, la qualitat i les capacitats dels sistemes educatius públics o amb vocació de servei públic per satisfer les necessitats bàsiques d'aprenentatge dels sectors de la població amb menys oportunitats, tot potenciant l'educació intercultural multilingüe.

Des de meitats del segle XX, en el marc de la Declaració Universal dels Drets Humans, es reconeix i es proclama que tota persona té dret a l'educació. L'educació, en tant que dret fonamental esdevé un fi, i, alhora, una condició indispensable, que no és suficient, per al desenvolupament. Altrament dit, l'educació forma part de les necessitats socials bàsiques, un dels compromisos de la declaració de Copenhaguen i de l'agenda internacional de desenvolupament, i és alhora un element bàsic de l'enfocament de capacitats, en ser-ne un prerrequisit.

A més, la Declaració Mundial de 1990 sobre Educació per a Tothom de Jomtien reconeix i reivindica la contribució de l'educació en l'assoliment d'un món més segur, més sa, més pròsper i ambientalment més pur. Certament, la millora en els nivells educatius de la població ha demostrat tenir un impacte rellevant en la generació de benestar, per la via de: la millora de la capacitat per a prevenir malalties, l'adopció de pautes de salut sexual i reproductiva beneficioses, la protecció i conservació de l'entorn, l'increment d'oportunitats laborals i de capacitats productives i la important contribució en la construcció d'una ciutadania crítica capaç de vetllar pel bon funcionament de la democràcia.

Amb l'adopció de l'agenda dels Objectius del Mil·lenni, l'educació primària universal i l'eliminació de les desigualtats de gènere en tots els nivells educatius passen a definir el sostre mínim de la cooperació internacional en l'àmbit de l'educació. No obstant, l'agenda resultant de Jomtien, referendada pels objectius del Marc d'Acció de Dakar, és més ambiciosa en la definició de fites, atès que no oblida que l'educació superior, entesa com a nivell que assegura la formació dels i les formadors/ es i docents, té també un paper cabdal per a garantir l'adquisició de les capacitats que necessiten les persones responsables de la formació primària i secundària.

D'altra banda, s'ha anat estenent una concepció consensuada d'educació que posa l'accent en la importància d'atendre les necessitats bàsiques d'aprenentatge de cada persona (nens i nenes, persones joves i dones i homes) amb el benentès que

aquestes, i la manera de satisfer-les, varia d'acord amb les peculiaritats socioeconòmiques i culturals de cada realitat. D'acord amb la Convenció de la UNESCO sobre la protecció i la promoció de la diversitat de les expressions culturals, la diversitat lingüística és un element fonamental de la diversitat cultural, i és des d'aquest plantejament que l'adaptabilitat a la realitat intercultural, i la incorporació de les llengües territorials dins el sistema educatiu esdevenen, des d'aquest plantejament, pedres angulars de la cooperació per al desenvolupament, en especial de la cooperació catalana.

Per últim, convé esmentar que els darrers compromisos internacionals adreçats a millorar l'harmonització i l'alineament de l'ajut i de la cooperació per al desenvolupament han posat en primer pla l'enfortiment de les capacitats dels actors públics i privats dels països socis en l'assoliment d'aquestes fites educatives. Per tant, la cooperació catalana s'alineja amb aquest enfocament integral, orientat a l'apropiació i enfortiment de les capacitats del sud, per la qual cosa maldrà per enfortir els sistemes públics d'educació i les capacitats del conjunt d'actors locals en els processos de definició i execució de Plans Nacionals d'Educació i d'altres estratègies educatives orientades a garantir una educació bàsica inclusiva i de qualitat.

Concretament, aquest objectiu estratègic de la línia de desenvolupament s'assolirà mitjançant els objectius específics següents:

Objectiu específic 2.1. Enfortir els sistemes públics d'educació que garanteixin un accés equitatiu a un ensenyament primari i secundari de qualitat, amb una atenció especial a l'escolarització de les nenes i les adolescents.

Resultat 2.1.1. Haver contribuït a garantir una escolarització primària universal i inclusiva, flexible i adaptable a les dinàmiques i les especificitats locals.

Resultat 2.1.2. Haver contribuït a combatre les altes taxes d'abandonament i absentisme escolar entre la població més desfavorida, i especialment en l'ensenyament primari.

Resultat 2.1.3. Haver contribuït a suprimir les disparitats i les discriminacions de gènere en l'ensenyament primari i secundari, fent front als principals obstacles a l'accés de les nenes i les adolescents a l'educació, amb especial atenció a la protecció de les nenes contra la violència de gènere a l'escola.

Resultat 2.1.4. Haver promogut una incorporació efectiva de la perspectiva de gènere en les polítiques educatives.

Resultat 2.1.5. Haver millorat les capacitats dels i les docents i la dotació de recursos de les escoles, prestant especial atenció a la capacitat de formar formadors/es i docents d'educació superior.

Resultat 2.1.6 Haver contribuït a millorar les capacitats organitzatives de la comunitat educativa.

Objectiu específic 2.2. Satisfer les necessitats bàsiques d'aprenentatge de les persones adultes, promovent la seva alfabetització, facilitant-les l'accés equitatiu a l'educació bàsica i la formació permanent, i donant resposta a les seves necessitats de formació professional.

Resultat 2.2.1. Haver contribuït a promoure l'alfabetització de les persones adultes, especialment de les dones i, sempre que sigui possible, en la llengua materna.

Resultat 2.2.2. Haver contribuït a garantir un accés equitatiu a l'educació bàsica i la formació permanent de les persones adultes.

Resultat 2.2.3. Haver contribuït a donar resposta, des de l'educació formal i la no formal, a les necessitats de formació tècnica i professional dels col·lectius amb més problemes d'inserció laboral.

Objectiu específic 2.3. Contribuir a l'enfortiment de les identitats culturals a partir de l'educació intercultural i, si escau, l'educació multilingüe i les llengües territorials.

Resultat 2.3.1. Haver contribuït a incorporar l'educació intercultural i, si escau, el multilingüisme i les llengües territorials, en el sistema d'educació públics o amb vocació de servei públic i en tots els nivells d'ensenyament.

Resultat 2.3.2. Haver millorat les capacitats dels i les docents en aquests àmbits i la dotació de recursos didàctics en les llengües autòctones.

A.3. OBJECTIU ESTRATÈGIC DE CAPACITATS PRODUCTIVES, OCUPACIÓ I DRETS LABORALS.

3. Promoure i enfortir les capacitats productives i comercials orientades al desenvolupament humà sostenible, ampliar les oportunitats d'ocupació dels sectors més desfavorits i promoure el respecte dels drets laborals d'acord amb els estàndards internacionals.

El creixement econòmic i la millora de les capacitats productives i ocupacionals són factors cabdals, encara que no suficients, per al desenvolupament i per aconseguir que les poblacions i les persones més desfavorides assoleixin un nivell de vida adequat i l'exercici del dret al treball en condicions dignes, i del dret a una alimentació adequada. Altrament dit, el creixement econòmic per si sol no garanteix el desenvolupament humà en no assegurar-se una distribució equitativa, en especial quan les oportunitats i les capacitats de partida de les persones són molt asimètriques i injustes.

Les capacitats productives i ocupacionals no es poden deslligar del dret a l'alimentació. El Pacte Internacional per als Drets Econòmics, Socials i Culturals (DESC) compromet els Estats a adoptar mesures per fer efectiu el dret a una alimentació adequada i reconeix la importància de la cooperació internacional en aquest àmbit. Aquest Pla director emmarca el dret a l'alimentació en el concepte més ampli de sobirania alimentària, que han adoptat i desenvolupat diverses Organitzacions no Governamentals per al Desenvolupament (ONGD) i moviments socials. A més, alguns informes, com ara el de Social Watch del 2006, es fan ressò d'aquest concepte que té a veure amb la capacitat d'un poble, un país o una comunitat d'alimentar-se per mitja del control sobre el procés de producció dels aliments.

La sobirania alimentària es refereix al dret dels pobles a definir les seves polítiques agràries en un marc de desenvolupament sostenible, amb un èmfasi en l'enfortiment de les capacitats de les poblacions que es dediquen a l'agricultura familiar, la ramaderia i la pesca artesanal, i de les comunitats indígenes així com en la importància dels sabers tradicionals. Inclou polítiques i estratègies de producció, distribució i consum d'aliments, d'accés i control dels recursos necessaris per a la

producció però també de regulació comercial internacional. D'aquesta manera esdevé una de les estratègies per promoure el desenvolupament humà i eradicar la pobresa ja que d'acord amb el Fons Internacional de Desenvolupament Agrícola (FIDA, 2001)¹, el 75% de les famílies que viuen en situació de pobresa i que pateixen fam en el món són rurals.

D'altra banda, aprofitant la trajectòria i experiència de Catalunya en la promoció de la petita i mitjana empresa, incloent-hi el cooperativisme, i les experiències d'economia social i comerç just, s'ha optat també per promoure i reforçar el teixit productiu i empresarial i per assegurar que el creixement econòmic es tradueix en una reducció de la pobresa i en un desenvolupament humà sostenible, amb la promoció de marcs i espais regulatoris transparents que facilitin un entorn favorable al teixit empresarial, i a la creació d'ocupació adreçada especialment a les dones i a les persones joves.

Finalment, aquest Pla director reconeix el vincle entre l'ocupació, les capacitats productives i els drets laborals. Tots aquests aspectes estan inclosos en el Pacte Internacional per als DESC que ja s'ha citat més amunt. La creació i enfortiment del teixit productiu i empresarial no es traduirà en un desenvolupament humà sostenible si no s'assegura el respecte als drets humans, laborals i ambientals d'acord amb els estàndards internacionals. Igualment, i per complementar aquesta estratègia s'ha prioritzat el reforç de les capacitats d'acció col·lectiva per a l'exercici i l'exigibilitat dels drets laborals per part dels treballadors i les treballadores, liderades pels sindicats.

Concretament, aquest objectiu estratègic s'assolirà mitjançant els objectius específics següents:

Objectiu específic 3.1. Promoure el dret a la sobirania alimentària de les poblacions dels països del sud, en un marc de desenvolupament sostenible.

Resultat 3.1.1. Haver contribuït a la millora en l'accés i el control dels recursos productius a partir dels quals s'obtenen els aliments (terra, aigua, boscos, llavors, animals, sistemes pesquers i riberencs, etc.) per part dels petits productors/es, camperols/es, ramaders/es, pescadors/es i persones indígenes, especialment de les dones.

Resultat 3.1.2. Haver promogut la recuperació o la creació sostenibles del teixit productiu bàsic (agrícola, pecuari i pesquer), especialment en l'àmbit local.

Resultat 3.1.3. Haver contribuït a millorar l'accés als crèdits, als coneixements i les tècniques associades als sistemes de producció i adaptades a l'entorn per part dels petits productors/es, camperols/es, ramaders/es, pescadors/es i persones indígenes, especialment de les dones.

Resultat 3.1.4. Haver contribuït a l'establiment d'un marc polític favorable al desenvolupament d'un medi rural viable econòmicament i social, que doni suport a l'agricultura familiar camperola i afavoreixi i reguli un comerç local, nacional i internacional sobre la base de l'equitat.

Objectiu específic 3.2. Promoure i millorar les capacitats productives i comercials amb un èmfasi especial en el sectors més desfavorits.

Resultat 3.2.1. Haver contribuït a la diversificació i la millora de les alternatives de generació d'ingressos de les persones emprenedores (petits productors/es,

¹ Informe sobre la pobresa rural, 2001 que cita dades de l'Informe del Banc Mundial 2000/2001.

els/les comerciants, i altres), especialment de les dones, amb un èmfasi en els agents que busquen objectius socials, tot enfortint el teixit econòmic i empresarial (micro, petites i mitjanes empreses).

Resultat 3.2.2. Haver contribuït a la millora en l'accés al crèdit, a la innovació tecnològica adaptada a l'entorn i a altres recursos de suport i de promoció de la producció i el comerç.

Resultat 3.2.3. Haver contribuït al desenvolupament de polítiques públiques de promoció econòmica, especialment a escala local i subestatal, orientades a impulsar i acompanyar les micro, petites i mitjanes empreses.

Objectiu específic 3.3. Enfortir les capacitats organitzatives i d'incidència política de les persones emprenedores (petits productors/es, comerciants, i altres) orientades al desenvolupament sostenible, a aprofitar les oportunitats del comerç nacional i internacional i a protegir-se dels seus impactes negatius.

Resultat 3.3.1. Haver facilitat la creació i/o consolidació d'associacions gremials, associacions econòmiques de persones productores, transformadores i comercialitzadores, associacions empresarials, cooperatives i altres fórmules col·lectives, especialment en el sectors més desfavorits, amb capacitats de negociació per a la defensa d'interessos comuns i per a la prestació de serveis als seus associats, orientats al desenvolupament humà en un clima de participació, diàleg i concertació.

Objectiu específic 3.4. Ampliar les oportunitats d'ocupació dels sectors més desfavorits, especialment de les dones i les persones joves.

Resultat 3.4.1. Haver contribuït a la creació de vincles i associacions entre els centres de formació ocupacional i les associacions d'empresaris, els col·legis professionals, etc., assegurant la participació de les dones i de les persones joves en els programes d'inserció laboral.

Objectiu específic 3.5. Promoure els drets laborals d'acord amb els estàndards internacionals i els codis laborals de cada país.

Resultat 3.5.1. Haver contribuït a la millora i el respecte dels drets laborals dels treballadors i les treballadores, especialment de les dones, segons els estàndards de l'Organització Internacional del Treball (OIT) i del Pacte Internacional dels DESC, així com a l'eradicació de l'explotació laboral infantil.

Resultat 3.5.2. Haver contribuït a la millora de les capacitats sindicals i de representació dels interessos dels treballadors i les treballadores assalariats i per compte propi per a la solució de conflictes laborals, amb una atenció especial a la participació de les dones i de les persones joves.

A.4. OBJECTIU ESTRATÈGIC DE DRETS HUMANS, GOVERNANÇA DEMOCRÀTICA I ENFORTIMENT DEL TEIXIT SOCIAL

4. Afavorir, en el marc de la promoció de la governança democràtica, la inclusió i la transparència en la presa de decisions pública, la garantia i l'exercici efectiu de tots els drets humans individuals i col·lectius i l'apoderament dels actors i del teixit social amb més capacitat transformadora.

Des de la dècada dels noranta, la promoció de la governança democràtica i del bon govern han anat guanyant terreny en l'agenda de cooperació per al desenvolupament. La seva irrupció s'explica, entre altres motius, pel fracàs de les receptes d'estabilització macroeconòmica del consens de Washington i també per l'adopció d'una nova concepció del desenvolupament menys utilitarista i més basada en les llibertats i les oportunitats de realització vital de la persona.

A més, en aquesta època, a resultes del que s'ha anomenat la tercera onada de democratització, es multiplica el nombre de règims democràtics al món i moltes societats del sud passen de ser governades per règims autoritaris a incorporar models de convivència parcialment democràtica. Tanmateix, els nous règims democràtics, lluny d'esdevenir fonts de generació automàtica de benestar, mostren fortes limitacions en la lluita contra la pobresa, en l'apoderament dels diversos actors i en la garantia del compliment efectiu dels drets humans i en el reconeixement de la diversitat cultural, lingüística i política dins dels seus propis països.

Amb aquest teló de fons, la comunitat internacional de cooperació per al desenvolupament, amb un fort lideratge del Programa de les Nacions Unides per al Desenvolupament, assumeix que la governança democràtica- entesa com el conjunt de regles formals i informals que, d'acord amb els principis democràtics, regulen l'espai on l'estat i els actors socials i econòmics interactuen per a prendre decisions- té un fort impacte en la generació de desenvolupament, l'exercici efectiu dels drets humans i també, i molt important, sobre l'eficàcia de l'ajut.

La Llei catalana de cooperació al desenvolupament es fa ressò d'aquesta realitat i fixa entre els seus valors la promoció i la defensa dels drets humans, individuals i col·lectius, i les llibertats fonamentals, i considera la democràcia i el bon govern com a fonaments del desenvolupament humà. Estableix, també, que una de les finalitats de la cooperació per al desenvolupament catalana ha de ser el suport als processos de democratització, assegurant el reforçament de les institucions i les capacitats d'acció col·lectiva necessàries per al bon govern i la durabilitat del desenvolupament humà. Aquestes capacitats, a més, no poden construir-se en el *vacum*, fet que obliga a atendre a les peculiaritats del context i als cicles polítics de cada realitat.

La Llei opta per una interpretació integral del que ha de ser la promoció de la governança democràtica: enfortiment de les regles de joc, formals i informals, que regulen l'espai de la presa de decisions públiques; construcció de capacitats de la ciutadania; enfortiment del teixit social; la defensa i la promoció de les identitats culturals dels pobles, inclosos el patrimoni lingüístic universal i el respecte a la pluralitat cultural; i apoderament dels sectors més desfavorits per a que puguin incidir en la definició d'agendes i polítiques públiques.

Catalunya té una forta tradició en la generació d'espais de concertació política i social, molt protagonitzats per una societat civil vigorosa i proactiva. A més de la força del les xarxes ciutadanes, cal remarcar el profitós treball en municipalisme liderat pels ajuntaments i les diputacions. La cooperació per al desenvolupament de la Generalitat de Catalunya ha d'aprofitar i potenciar aquestes capacitats i buscar complementarietats amb el teixit social català en el treball en aquest àmbit.

Seguint també les indicacions del PNUD, la promoció de la governança democràtica comporta donar suport als processos d'autogovern, de descentralització i de governança local, ajudant a la creació de les condicions que facin possible l'enfortiment institucional dels governs subestats, així com construint mecanismes de consulta i concertació amb altres actors locals.

Aquest Pla director, en coherència amb el que estableix la Llei i amb el que s'ha exposat més amunt, desenvolupa aquest objectiu estratègic de la línia de desenvolupament mitjançant els objectius específics següents:

Objectiu específic 4.1. Promoure, defensar i difondre el reconeixement, l'exigibilitat i l'exercici efectiu dels drets humans, amb especial atenció als drets col·lectius i als DESC.

Resultat 4.1.1. Haver contribuït a apoderar els diversos actors, en especial els no governamentals, i a generar ciutadania crítica, plenament conscient dels drets de què és dipositària i amb capacitat per exigir-ne el compliment efectiu.

Resultat 4.1.2. Haver contribuït a crear un estat de dret capaç de garantir l'exercici efectiu dels drets humans individuals i col·lectius i de resoldre els conflictes en el marc d'un ordenament jurídic que garanteixi el principi de legalitat i seguretat jurídica, i l'accés equitatiu a una justícia independent.

Resultat 4.1.3. Haver contribuït a crear les condicions i els instruments que permetin l'exercici dels drets culturals, amb especial atenció a les llengües i les cultures autòctones.

Objectiu específic 4.2. Millorar la participació, la representativitat i el control democràtic en els espais de presa de decisions públiques i en l'elaboració, la implementació i l'avaluació de polítiques públiques socialment justes i eficaces.

Resultat 4.2.1. Haver contribuït a millorar la representació, la inclusió i la participació dels sectors més desfavorits en els espais de concertació i de governança i en les institucions polítiques democràtiques.

Resultat 4.2.2. Haver incrementat i enfortit els espais, mecanismes i procediments de control democràtic, de lluita contra la corrupció i de transparència en el funcionament de les institucions i la gestió dels recursos públics i haver creat consciència de ciutadania entre la població.

Resultat 4.2.3. Haver contribuït a apropar els espais de presa de decisions públiques a la ciutadania i a l'aplicació del principi de subsidiarietat amb el desenvolupament o suport a instruments que permetin un bon acompanyament als processos d'autogovern i de descentralització política, administrativa i fiscal.

Resultat 4.2.4. Haver millorat els espais de participació i concertació del procés de planejament, implementació i avaluació de les polítiques públiques, les estratègies de desenvolupament sostenible, els plans i els programes. Haver afavorit els processos d'enfortiment del teixit associatiu social, esportiu i cultural, i dels mecanismes de participació de la societat civil en la presa de decisions públiques.

Objectiu específic 4.3. Enfortir les capacitats d'incidència política dels sectors tradicionalment exclosos dels espais de presa de decisions públiques, mitjançant el suport a lideratges i processos polítics i socials renovadors, i la promoció de fórmules d'acció col·lectiva amb capacitat de transformació social.

Resultat 4.3.1. Haver millorat les capacitats per identificar i combatre els principals obstacles a l'emergència de nous lideratges polítics i socials democràtics.

Resultat 4.3.2. Haver contribuït a enfortir i generar lideratges democràtics renovadors amb capacitat de transformació social, amb especial atenció a les persones joves, les dones, les persones indígenes i els pobles minoritzats lingüísticament i culturalment.

Resultat 4.3.3. Haver enfortit les capacitats d'acció col·lectiva dels sectors tradicionalment exclosos i la seva capacitat d'intervenir en la configuració i prioritització d'agendes polítiques.

Resultat 4.3.4. Haver promogut espais de concertació i diàleg en entorns complexos i que involucren múltiples actors i interessos.

Resultat 4.3.5. Haver promogut, en coordinació amb d'altres objectius estratègics del present Pla, fórmules i instruments de negociació, mediació i resolució i/o transformació de conflictes.

Objectiu específic 4.4. Acompanyar els processos de descentralització i articulació política del territori, i enfortir institucionalment els diferents nivells de governs locals i subestats per apropar els espais de presa de decisions a la ciutadania i millorar la provisió i la gestió de serveis públics.

Resultat 4.4.1. Haver donat suport als processos de descentralització política, administrativa i fiscal.

Resultat 4.4.2. Haver contribuït a fer més democràtica i participativa l'elaboració dels plans de desenvolupament local, els pressupostos, les estratègies, etc.

Resultat 4.4.3. Haver promogut una gestió municipal participativa i transparent.

A.5. OBJECTIU ESTRATÈGIC D'APODERAMENT DE LES DONES

5. Augmentar les capacitats i l'autonomia de les dones, reconèixer, visibilitzar i promoure la seva participació equitativa, real i efectiva en els processos de desenvolupament humà, particularment en tots els àmbits de la vida pública, la presa de decisions i l'economia, defensar i promoure tots els drets de les dones i combatre la violència contra les dones.

L'equitat entre les dones i els homes és, tal com proclamen les Nacions Unides i la Unió Europea, una qüestió de drets humans i de justícia social. L'equitat és, a més, fonamental per a assolir el desenvolupament humà sostenible i combatre la pobresa al món.

Per a impulsar efectivament l'equitat entre les dones i els homes és necessari aplicar una doble estratègia. D'una banda, cal integrar l'objectiu d'equitat de gènere en totes les polítiques i actuacions de desenvolupament, estratègia que aquest Pla contempla mitjançant l'objectiu transversal dedicat a l'equitat de gènere. De l'altra, és necessari impulsar actuacions específiques o positives per a l'apoderament de les dones, que potenciïn les capacitats i el protagonisme de les dones en els processos de desenvolupament i adrecin els seus interessos estratègics de manera àmplia.

Aquesta és la finalitat del present objectiu estratègic del Pla director, orientat a l'apoderament de les dones i que es centra en quatre dels àmbits d'intervenció

identificats com a prioritaris per la Declaració i la Plataforma d'Acció adoptades a la Quarta Conferència Mundial de les Nacions Unides sobre la Dona l'any 1995: els drets humans de les dones, la violència contra les dones, l'exercici del poder i l'adopció de decisions per part de les dones i l'autonomia i les capacitats econòmiques de les dones.

Les actuacions que s'impulsin en relació amb aquests àmbits prestaran una atenció especial als grups de dones en situació de vulnerabilitat actual o potencial més gran, com són les nenes, les adolescents, les dones grans, les dones indígenes, les dones pertanyents a col·lectius minoritzats per raó de raça o d'orientació sexual, les dones rurals, i les dones emigrants.

D'altra banda, considerant que l'assoliment de l'equitat no és una qüestió exclusivament de dones, sinó que demanda necessàriament transformar les relacions econòmiques, socials, polítiques i culturals entre els homes i les dones, es vetllarà per involucrar i motivar els homes i els adolescents en la definició i execució de les estratègies i actuacions a favor de l'equitat i de l'apoderament de les dones.

Concretament, aquest objectiu estratègic de la línia de desenvolupament s'assolirà mitjançant els objectius específics següents:

Objectiu específic 5.1. Promoure i defensar l'exercici dels drets humans per part de les dones en condicions d'igualtat i de no discriminació.

Resultat 5.1.1. Haver contribuït a garantir la igualtat i la no discriminació de les dones davant la llei i en la pràctica quotidiana.

Resultat 5.1.2. Haver fomentat la millora del coneixement de les dones dels seus drets humans i dels mecanismes i instruments de provisió i exigibilitat dels mateixos.

Objectiu específic 5.2. Contribuir a la prevenció i l'eradicació de la violència física, sexual, psicològica i social contra les dones.

Resultat 5.2.1. Haver impulsat mesures estratègiques integrades per a prevenir i eliminar la violència contra les dones i el feminicidi com manifestació extrema d'aquesta.

Resultat 5.2.2 Haver contribuït a conèixer millor les causes i les conseqüències de la violència contra les dones i de l'efectivitat de les mesures preventives en relació amb aquesta.

Objectiu estratègic 5.3. Visibilitzar i promoure la representació i la participació paritàries i estables de les dones en les estructures de poder i en la presa de decisions en tots els nivells i en tots els àmbits.

Resultat 5.3.1. Haver enfortit les polítiques i les institucions dels propis països d'igualtat de gènere i les organitzacions i xarxes de dones i feministes.

Resultat 5.3.2. Haver augmentat la capacitat de les dones per a accedir i participar en la presa de decisions i en el lideratge, amb una especial atenció als àmbits local i comunitari.

Resultat. 5.3.3. Haver impulsat la recerca quantitativa i qualitativa sobre la participació de les dones en les estructures de poder i en la presa de decisions.

Objectiu específic 5.4. Promoure l'autonomia econòmica de les dones i el seu accés equitatiu i participació plena en l'economia.

Resultat 5.4.1. Haver contribuït a garantir i facilitar l'accés equitatiu de les dones als recursos econòmics, productius i comercials.

Resultat 5.4.2. Haver contribuït a garantir i facilitar l'accés equitatiu de les dones a l'ocupació i a eliminar totes les formes de discriminació de les dones en el treball.

Resultat 5.4.3. Haver contribuït al reconeixement i a la visibilització de la participació no remunerada de les dones en l'economia.

A.6. OBJECTIU ESTRATÈGIC DE SOSTENIBILITAT

MEDIAMBIENTAL

6. Millorar les capacitats i titularitats dels actors del sud per assegurar un accés, ús i control sostenible dels recursos naturals i la protecció i conservació dels ecosistemes, així com un accés equitatiu als seus actius ambientals, en especial, l'accés a la terra.

La sostenibilitat és una condició imprescindible per a tots els objectius de desenvolupament. En el cas de la sostenibilitat ambiental ho és en un doble sentit: per assegurar la sustentabilitat material dels recursos naturals, tot evitant superar la capacitat de càrrega dels ecosistemes; i per garantir l'apropiació dels procediments, capacitats i titularitats que permeten garantir-ne l'accés equitatiu, la conservació i l'ús sostenible dels mateixos.

D'aquesta manera, tot seguint les recomanacions, convencions i compromisos sorgits de la Cimera de la Terra (Rio de Janeiro, 1992) i de la Conferència Rio + 10 (Johannesburg, 2002), el que estableix l'objectiu 7 de la Declaració del Mil·lenni, així com les bones pràctiques internacionals, el Pla director posa l'accent en la sostenibilitat ambiental orientada a la reducció de la pobresa mitjançant la construcció de capacitats.

Per fer-ho es treballarà combinant actuacions en tres grans àmbits: contribuir directament a una millor gestió ambiental en temes crítics, en especial de l'aigua, el sòl o l'energia; millorar les capacitats generals per a la gestió institucional de les prioritats ambientals del país, el municipi o la comunitat; i contribuir a la disminució dels riscos ambientals i les vulnerabilitats socials, en especial en qüestions relacionades amb l'adaptació al canvi climàtic, l'estalvi i l'eficiència energètica, la gestió integrada de l'aigua, la degradació del sòl, la protecció i conservació de la biodiversitat, la gestió de residus i la gestió integrada de zones costaneres. Es col·laborarà molt especialment amb els actors del sud en l'elaboració de les seves estratègies nacionals de desenvolupament sostenible.

Concretament, aquest objectiu estratègic s'assolirà mitjançant els objectius específics següents:

Objectiu específic 6.1. Reforçar i millorar les capacitats locals per a gestionar els recursos naturals i acurar les vulnerabilitats ambientals de manera integral, amb un èmfasi particular en la millora de les condicions de vida de les persones i sectors més desfavorits i en les situacions amb alt risc de conductes violentes.

Resultat 6.1.1. Haver contribuït a què els actors del sud disposin i hagin fet seus instruments d'informació, d'anàlisi i d'intervenció en problemes ambientals.

Resultat 6.1.2. Haver contribuït a donar suport als processos, dirigits pel mateix país, per fer front a escala local, nacional i global a les seves prioritats i vulnerabilitats ambientals.

Objectiu específic 6.2. Contribuir directament a gestionar i pal·liar els principals problemes i vulnerabilitats ambientals de les zones i països prioritaris i preferents.

Resultat 6.2.1. Haver contribuït a la millora de la situació de vulnerabilitat i a la disminució de riscos ambientals en els països esmentats, especialment pel que fa a l'estalvi i l'eficiència energètica, la gestió integrada de l'aigua, la degradació del sòl, la conservació i protecció de la biodiversitat, l'adaptació al canvi climàtic, la gestió de residus, i la gestió integrada de zones costaneres.

Resultat 6.2.2. Haver donat suport a iniciatives, de manera singular o coordinada amb d'altres actors, per millorar el subministrament, la gestió i la qualitat de l'aigua, prestant especial atenció als col·lectius especialment desfavorits i a les necessitats i interessos de les dones.

Objectiu específic 6.3. Afavorir, com a part de la lluita contra la pobresa, l'accés, ús i control dels actius i recursos ambientals, en termes d'equitat, per part dels col·lectius més desfavorits.

Resultat 6.3.1. Haver donat suport a iniciatives adreçades a reforçar l'apoderament i l'apropiació d'instruments que ajudin els sectors més desfavorits a accedir de manera equitativa als recursos i actius ambientals.

Resultat 6.3.2. Haver donat suport, de manera singular o amb actuacions coordinades, a l'establiment de manera consensuada i participativa d'estratègies estatals, nacionals, regionals i locals de desenvolupament sostenible i/o als instruments o actuacions que se'n puguin derivar.

Resultat 6.3.3. Haver donat suport a la participació dels actors del sud en organitzacions multilaterals, xarxes i organismes regionals o internacionals que fomentin i defensin l'accés equitatiu als actius ambientals, així com la participació en acords i tractats internacionals amb aquestes finalitats, amb una atenció especial a les organitzacions i xarxes de dones.

A.7. OBJECTIU ESTRATÈGIC DE CONSTRUCCIÓ DE PAU

7. Millorar les capacitats dels actors del sud per prevenir i gestionar les conductes violentes en els conflictes, contribuir als processos de transformació dels conflictes violents i afavorir la construcció de la pau tot transformant els conflictes que afecten negativament els processos de desenvolupament.

L'objectiu estratègic de construcció de pau es justifica per un triple motiu: els principis i els valors presents en l'esfera internacional i en la catalana; l'evolució dels fets i de l'agenda internacional; i la coherència amb la pràctica ja consolidada a Catalunya.

Pel que fa als valors i als principis rectors, ja fa temps que la comunitat internacional ha fet de la cultura de la pau i la resolució no violenta dels conflictes un principi rector que inspira les seves polítiques de justícia, solidaritat, desenvolupament i pau. A

Catalunya, la Llei de cooperació al desenvolupament, la Llei de Foment de la Pau i més recentment el nou Estatut d'autonomia han recollit aquest principi internacional en forma d'obligació explícita: la "Generalitat ha de promoure la cultura de la pau i accions de foment de la pau al món" (Estatut, articles 4 i 51).

Quant a l'evolució dels fets i de l'agenda internacional, fa més d'una dècada que s'observa una convergència entre les agendes de pau, de seguretat i de desenvolupament, evolució vinculada a la naturalesa actual dels conflictes armats, majoritàriament interns i d'arrels socials, a vegades vinculats a la propietat, l'accés o l'ús de recursos naturals. Això explica que, en el context de considerar el desenvolupament com ampliació progressiva de les capacitats i opcions de les persones, es contempli també com a prerrequisit i alhora component del desenvolupament la necessitat d'estar lliures d'amenaques per a la seguretat com la pobresa, la injustícia o la desigualtat extrema.

Respecte de la coherència amb la pràctica ja consolidada, hi ha prou amb esmentar que la construcció de pau és un objectiu estratègic sectorial des de la revisió del Pla director anterior, que segons, ha manifestat el Consell Català de Foment de la Pau, s'ha de complementar amb altres polítiques i actuacions, com la creació de l'Institut Català Internacional per a la Pau, un projecte de llei que el Consell va dictaminar favorablement.

En el context del Pla director, el concepte de construcció de pau abasta tots els processos, actuacions, instruments i recursos per convertir els conflictes violents i/o amb risc de generar violència en situacions de pau estable, justa i duradora. La intervenció, però, varia d'acord amb el moment d'intervenció en el cicle de les conductes en el conflicte. Concretament, la construcció de la pau i la recerca de la seguretat humana es pot produir en quatre àmbits d'intervenció, no excloents: la prevenció de conductes violentes en els conflictes; la gestió d'emergències i de conflictes violents explícits, un àmbit vinculat amb l'acció humanitària; la rehabilitació i la reconstrucció postconflicte armat; i la transformació del conflicte. Naturalment, els principis establerts a la Llei de cooperació, i en especial el de coherència, són també aplicables a l'objectiu estratègic de construcció de pau.

Concretament, aquest objectiu estratègic s'assolirà mitjançant els objectius específics següents:

Objectiu específic 7.1. Reforçar i millorar les capacitats per a prevenir l'aparició de conductes violentes en els conflictes, amb un particular èmfasi en els que presenten grans asimetries sociopolítiques entre els actors i els que incideixen negativament en minories ètniques o culturals.

Resultat 7.1.1. Haver contribuït al millor coneixement i apropiació de les formes i instruments per analitzar i intervenir en conflictes, amb un èmfasi especial en les zones geogràfiques prioritàries i en els col·lectius tradicionalment exclosos o desfavorits.

Resultat 7.1.2. Haver contribuït a la capacitat dels diversos actors, de manera singular o amb actuacions coordinades, en prevenció de conflictes violents, en especial en conflictes vinculats a causes socials, culturals, ètniques, polítiques i ambientals.

Resultat 7.1.3. Haver incrementat, en especial en les zones geogràfiques prioritàries, les capacitats i la participació de les dones en la prevenció de conflictes violents.

Objectiu específic 7.2. Contribuir a la solució de conflictes armats, particularment donant suport a processos de negociació i de pau i als esforços i processos de reconstrucció postconflicte armat.

Resultats 7.2.1. Haver donat suport a iniciatives adreçades a promoure la solució pacífica de conflictes armats, en especial en les zones geogràfiques prioritàries i amb tot tipus d'instruments, institucionals i informals.

Resultat 7.2.2. Haver donat suport a processos de negociació, mediació i de creació de confiança, sols o en coordinació amb d'altres actors, mitjançant diverses formes de contactes i de relació entre les parts (trobades, seminaris o jornades, participació en plataformes o grups d'amics...).

Resultat 7.2.3. Haver donat suport i acompanyament a la participació d'actors locals i regionals, en especial actors civils, en els processos de resolució de conflictes armats, processos de pau o processos de reconstrucció postconflicte armat.

Resultat 7.2.4. Haver incrementat, en especial en les zones geogràfiques prioritàries, les capacitats i la participació de les dones en els processos de pau i de reconstrucció postconflicte armat.

Objectiu específic 7.3. Reforçar les capacitats locals per a construir la pau i transformar els conflictes, en especial els vinculats amb causes socials, culturals, ètniques, polítiques i ambientals.

Resultat 7.3.1. Haver donat suport a iniciatives adreçades a reforçar les capacitats locals per a construir la pau i transformar els conflictes, en especial en les zones geogràfiques prioritàries.

Resultat 7.3.2. Haver donat suport a iniciatives per millorar els instruments a disposició dels actors locals en l'àmbit de construcció de pau i de transformació de conflictes.

Resultat 7.3.3. Haver donat suport, de manera singular o amb actuacions coordinades amb d'altres actors, a processos de transformació de conflictes concrets.

Resultat 7.3.4. Haver incrementat la participació d'actors locals i regionals, en especial actors civils, en els processos de transformació de conflictes i de construcció de pau, amb un particular èmfasi en la participació plena de les dones.

Resultat 7.3.5. Haver donat suport a iniciatives de diàleg intercultural i interreligió que contribueixin al desenvolupament de la cultura de pau

B. LÍNIA ESTRATÈGICA D'ACCIÓ HUMANITÀRIA

La Llei de cooperació al desenvolupament estableix a l'article 4 que una de les finalitats de l'activitat de l'Administració de la Generalitat en matèria de cooperació per al desenvolupament és la contribució a prevenir i solucionar les situacions d'emergència. En coherència, el Pla director anterior, 2003-2006, ja establia l'ajut humanitari general i l'ajut humanitari d'emergència com un objectiu estratègic de la cooperació catalana. A més, durant els darrers anys s'ha avançat molt, en especial amb la creació formal del Comitè Català d'Ajut Humanitari d'Emergència el 2005, que ja actuava de manera informal des del 2004. La tasca del Comitè ha facilitat que la solidaritat catalana davant de situacions d'emergència es desplegui de manera més eficaç i coordinada, tot afavorint les diverses iniciatives socials, combinant el respecte a l'autonomia decisòria de cada actor i el principi de complementarietat.

En els darrers anys s'observa un doble fenomen: un increment quantitatiu de les crisis provocades per catàstrofes d'origen natural i humà que exigeixen una resposta humanitària i un increment de la complexitat i l'impacte humà d'aquestes crisis. L'increment es deu en molts casos a un augment de la vulnerabilitat de les poblacions (el nivell de risc que afronta una família o una persona a perdre la vida, els seus béns i propietats i el seu sistema de subsistència davant d'una possible catàstrofe) a causa de la persistència i/o increment de l'exclusió social i la injustícia.

Aquest increment en la complexitat requereix també un augment de la complexitat de la resposta humanitària i, per tant, una clara coordinació amb les actuacions de desenvolupament. Per això, s'estableix l'objectiu estratègic següent:

B.1 OBJECTIU ESTRATÈGIC D'ACCIÓ HUMANITÀRIA

1. Ajudar a prevenir i pal·liar el sofriment de les persones afectades per catàstrofes d'origen natural o humà, a restablir els seus drets fonamentals i la seva dignitat humana, i reduir la seva vulnerabilitat davant les catàstrofes.

Aquest Pla director considera com acció humanitària qualsevol actuació d'ajuda a les víctimes de diferents tipus de desastres. Concretament, aquesta actuació s'orientarà a prevenir i pal·liar el seu sofriment, garantir la seva subsistència, atendre les seves necessitats immediates, restablir i protegir els seus drets fonamentals i la seva dignitat humana i reduir la seva vulnerabilitat davant les catàstrofes naturals. Aquest enfocament inclou l'ajut proporcionat per satisfer les necessitats immediates conseqüència de crisis sobtades, tot reaccionant en un període no superior a un any, però també les accions planificades per pal·liar el sofriment i restablir els drets fonamentals i la dignitat de les persones afectades per crisis de llarga durada o cròniques. Pot incorporar, a més, accions de testimoniatge, denúncia i defensa del dret internacional humanitari. D'aquesta manera l'ajut deixa de ser únicament reactiu i s'introdueixen, quan és possible, elements de planificació que permeten incrementar l'impacte i la qualitat de les intervencions.

Per afavorir això, aquest Pla director destinarà un 35% dels recursos de la línia d'acció humanitària a satisfer les necessitats immediates de les poblacions afectades per catàstrofes d'origen natural o humà (vegeu l'objectiu 1.1) i el 65% restant a pal·liar el sofriment de les poblacions afectades per crisis de llarga durada i ajudar a reduir la vulnerabilitat futura de les poblacions que han patit desastres naturals (vegeu els objectius 1.2 i 1.3).

La cooperació per al desenvolupament catalana s'adhereix al consens internacional en matèria de bones pràctiques pel que fa a les donacions humanitàries iniciat a la Reunió d'Estocolm el 2003 (*Good Humanitarian Donorship*), que es concreta en 23 principis i bones pràctiques. Aquests principis, que seran publicats i difosos, es refereixen als objectius de l'acció humanitària, als principis que la guien, al respecte al dret internacional humanitari, a la legislació sobre refugiats i als drets humans. A més incorporen bones pràctiques pel que fa al finançament, la gestió i la responsabilitat de les administracions i entitats donants.

Així doncs, la cooperació catalana en matèria d'acció humanitària es regeix pels principis d'humanitat, neutralitat, imparcialitat, independència i universalitat i pel respecte al dret internacional humanitari i a la resta del marc jurídic vinculat. En conseqüència, l'orientació de l'ajut es basarà en les necessitats de les persones afectades i, en cap cas, en altres criteris o interessos, i les actuacions seran

proporcionals a les necessitats d'acord a una anàlisi prèvia. A més, tal com preveu la Llei catalana de cooperació al desenvolupament, es vetllarà per a que l'ajut humanitari es coordini amb el dels altres donants i sigui coherent amb les prioritats establertes per la planificació estratègica global.

Cal senyalar que aquesta concepció de l'acció humanitària es relaciona amb els objectius transversals i també amb la línia estratègica de desenvolupament, centrada en el foment de les capacitats. En aquest sentit l'enfortiment de les capacitats de les poblacions que han patit desastres naturals per reduir-ne la vulnerabilitat futura és un àmbit de treball bàsic, a cavall entre l'acció humanitària i el desenvolupament, que evidencia el compromís amb una concepció de l'ajut que afavoreixi la recuperació i el desenvolupament a mitjà termini.

A més, l'aplicació dels principis transversals d'aquest Pla director a la línia estratègica d'acció humanitària posarà èmfasi en: la governabilitat i l'enfortiment del teixit social, impulsant la participació de la població sempre que sigui possible en les diverses fases de la resposta; la sostenibilitat, afavorint la recuperació o el desenvolupament sostenible a mitjà termini; i l'equitat entre les dones i els homes, atenent a les necessitats especials de les dones en les catàstrofes i vetllant per a que les actuacions humanitàries no empitjorin la seva posició.

Concretament, aquest objectiu estratègic s'assolirà mitjançant els objectius específics següents:

Objectiu específic 1.1. Satisfer les necessitats immediates de les poblacions afectades per catàstrofes d'origen natural o humà restablint els seus drets fonamentals i la seva dignitat humana, amb un èmfasi especial en els col·lectius especialment vulnerables.

Resultat 1.1.1. Haver contribuït a la detecció de necessitats immediates i a l'assistència bàsica d'emergència després d'una crisi sobtada.

Resultat 1.1.2. Haver contribuït a la reconstrucció d'equipaments bàsics i a la rehabilitació i la reactivació socio-econòmica en la fase post-emergència.

Objectiu específic 1.2. Pal·liar el sofriment de les poblacions afectades per crisis de llarga durada restablint els seus drets fonamentals i la seva dignitat humana, amb una atenció especial a l'Àfrica Subsahariana.

Resultat 1.2.1. Haver contribuït a la detecció de necessitats i a l'assistència bàsica d'emergència en situacions de crisi estructural.

Resultat 1.2.2. Haver contribuït a l'assistència, la repatriació i la reintegració de persones refugiades i desplaçades

Resultat 1.2.3. Haver promogut accions de testimoniatge, denúncia i defensa del dret internacional humanitari.

Objectiu específic 1.3. Ajudar a reduir la vulnerabilitat futura de les poblacions que han patit desastres naturals (preparació, mitigació i prevenció).

Resultat 1.3.1. Haver facilitat la creació i/o consolidació de capacitats de les poblacions que han patit desastres naturals en relació amb la preparació, la mitigació i la prevenció.

C. LÍNIA ESTRATÈGICA D'EDUCACIÓ I CAPACITATS

La Llei de cooperació al desenvolupament estableix a l'article 4 que l'activitat de l'Administració de la Generalitat i dels ens locals en matèria de cooperació i solidaritat internacional s'ha d'orientar tant al desenvolupament humà com a l'educació i al compromís cívic de la ciutadania de Catalunya en aquest àmbit.

Aquestes dues finalitats estan íntimament lligades. Existeix un vincle clar entre el desenvolupament, objectiu estructural, i la cooperació per al desenvolupament, ajut conjuntural, facilitador de la tasca de més llarg termini. Així, l'assoliment del desenvolupament humà sostenible de les persones, l'eradicació de la pobresa i el suport a l'adquisició de capacitats exigeix, en paral·lel, l'educació i la conscienciació de la ciutadania dels països del nord en relació amb els reptes del desenvolupament i les relacions nord-sud en un món cada cop més globalitzat. Els reptes del desenvolupament impliquen canvis d'estructures, del sistema internacional, quelcom impossible sense l'empatia i la complicitat de la ciutadania catalana. Per això es manté que a una concepció radical del desenvolupament, centrat en l'ampliació de les opcions i de les capacitats de les persones i de les comunitats, li correspon una concepció també radical, transformadora i orientada a la recerca de la qualitat de la cooperació per al desenvolupament.

Altrament dit, les dues línies estratègiques orientades a l'actuació al sud (desenvolupament i acció humanitària) necessiten ser complementades i multiplicades per una tercera, el focus de la qual és justament la sensibilització, la formació i l'educació i la millora del coneixement de la ciutadania catalana.

A més, per a que l'ajut sigui eficaç, és a dir contribueixi positivament a la tasca de desenvolupament, ha de combinar els recursos suficients amb la qualitat i la coherència de les actuacions dels diversos actors. Per això, tot seguint les recomanacions internacionals, s'ha optat per continuar i reforçar el procés iniciat per l'anterior Pla director de millora de les capacitats dels agents catalans públics i privats de la cooperació catalana per al desenvolupament.

En coherència amb l'anterior, s'estableixen dos objectius estratègics, dedicats respectivament a l'educació per al desenvolupament i la sensibilització i a la millora de les capacitats. Al voltant de dues terceres parts dels recursos assignats a aquesta línia estratègica s'adreçaran a finançar actuacions d'educació i sensibilització. Això respon a la voluntat, expressada en aquest Pla director, d'impulsar de manera decidida l'educació per al desenvolupament a Catalunya.

C.1 OBJECTIU ESTRATÈGIC D'EDUCACIÓ I SENSIBILITZACIÓ

1. Fomentar el coneixement i el compromís cívic de la ciutadania de Catalunya amb el desenvolupament humà sostenible i la cooperació per al desenvolupament, incrementant l'abast, la qualitat i la coherència de les accions d'educació i sensibilització.

L'educació per al desenvolupament ha estat definida per la Confederació d'Organitzacions No Governamentals Europees per a l'Assistència i el Desenvolupament (CONCORD) com un procés d'aprenentatge actiu, basat en els valors de solidaritat, equitat, inclusió i cooperació, que permet a les persones anar més enllà del coneixement bàsic sobre les prioritats internacionals del desenvolupament i del desenvolupament humà sostenible, mitjançant la comprensió de les causes i els efectes de les qüestions globals. D'aquesta manera, es pot assolir la finalitat última de

la tasca de sensibilització i educació per al desenvolupament: promoure la implicació, la participació personal i l'acció informada de la ciutadania.

Catalunya disposa d'una tradició important de treball en educació en valors, i més en concret en educació per al desenvolupament, fruit de la riquesa i del compromís solidari del seu teixit associatiu i de l'experiència i treball de la comunitat educativa catalana, un capital de gran valor per a la tasca futura. Aquest reconeixement, tanmateix, no impedeix senyalar algunes disfuncions: una tendència a la dispersió en les conceptualitzacions i les actuacions dels diferents actors; poca coordinació en tots els àmbits; i, sobretot, una manca generalitzada de seguiment de l'opinió pública i d'avaluació de l'impacte de les actuacions fetes, elements que han redundat en una disminució de la capacitat d'incidència en la població i en el territori.

A escala europea, en els darrers anys s'ha avançat molt en el reconeixement de l'educació per al desenvolupament i ja es disposa de diversos documents de recomanacions i de declaracions acordades en les diverses conferències celebrades en relació amb aquest tema. A més, la Unió Europea està treballant en l'elaboració d'una estratègia d'educació per al desenvolupament i sensibilització a Europa que sens dubte serà un element de referència per a Catalunya.

El nou cicle de planificació que aquest pla inicia representa una oportunitat per a redefinir i reorientar l'educació per al desenvolupament a Catalunya en el seu conjunt i en cadascun dels àmbits d'intervenció (educació formal, no formal i informal, inclosa la sensibilització), i abordar els problemes de fons que estan en la base de les disfuncions que hi ha hagut fins ara, amb l'objectiu de millorar-ne l'abast, la qualitat, l'impacte i la coherència. Això significa incidir en la concertació i la coordinació, en la planificació a llarg termini, la formació i la capacitació, la disponibilitat i la qualitat dels recursos i la recerca, el desenvolupament conceptual i metodològic i l'avaluació.

Temàticament, es pretén incorporar efectivament a l'educació per al desenvolupament algunes dimensions poc presents: les relacions nord-sud; la visió específica i crítica del sud; l'equitat dones - homes; el foment de la interculturalitat, i la sostenibilitat ambiental, així com altres temàtiques específiques que es prioritzaran anualment.

Això es concreta en els següents objectius específics i resultats:

Objectiu específic 1.1. Reforçar la planificació concertada i la coordinació dels diferents agents involucrats en l'educació per al desenvolupament a Catalunya

Resultat 1.1.1. Haver constituït una taula de planificació, concertació i coordinació estable conformada pels principals agents implicats en l'educació per al desenvolupament a Catalunya (administracions de cooperació i educació, universitats, comunitat educativa en un sentit ampli, ONGD i altres organitzacions de la societat civil, mitjans de comunicació etc.) i establert el seu programa de reunions, treballs i resultats.

Resultat 1.1.2. Haver elaborat una estratègia conjunta d'educació per al desenvolupament pluriennal que compregui els àmbits educatius formal, no formal i informal, així com les tasques de sensibilització.

Objectiu específic 1.2. Impulsar l'educació per al desenvolupament en l'educació formal (educació infantil, primària, secundària i universitària), no formal i informal, millorant la qualitat, la coherència i la capacitat d'incidència de les actuacions en el conjunt de la població i del territori.

Resultat 1.2.1. Haver contribuït a la presència estructurada, de manera transversal i específica, de l'educació per al desenvolupament en el currículum educatiu a Catalunya, amb especial atenció a la dimensió de les relacions nord-sud, la visió dels pobles i les persones del sud, la perspectiva de gènere, la vivència dels col·lectius perseguits o especialment desfavorits, l'impacte ambiental i la perspectiva intercultural.

Resultat 1.2.2. Haver millorat la capacitació i la formació i els recursos a disposició dels i les docents, de la comunitat educativa i dels i les professionals de les ONGD i de les associacions de la societat civil per a fer front a les necessitats del treball en educació per al desenvolupament.

Resultat 1.2.3. Haver millorat l'oferta i la qualitat dels recursos i serveis pedagògics d'educació per al desenvolupament i el coneixement i accés a aquests per part dels diversos agents involucrats.

Resultat 1.2.4 Haver millorat la concertació i el treball coordinat entre els diferents agents actius en aquest àmbit en el conjunt del territori i haver impulsat l'enfortiment de xarxes d'educació per al desenvolupament nord-nord i nord-sud.

Resultat 1.2.5. Haver millorat la concertació i el treball coordinat amb les associacions educatives i haver impulsat més participació en l'educació per al desenvolupament de les associacions infantils i juvenils, els centres de persones adultes, els centres d'esplai i de lleure, els sindicats, les associacions de persones immigrades, etc..

Objectiu específic 1.3. Impulsar la sensibilització social en relació amb les diverses temàtiques relacionades amb el desenvolupament, les relacions nord-sud i la cooperació per al desenvolupament², temàtiques que es prioritzaran anualment en els Plans anuals de cooperació, mitjançant el suport als diferents actors de l'educació informal.

Resultat 1.3.1. Haver impulsat institucionalment campanyes d'educació i sensibilització en relació amb el desenvolupament i la cooperació per al desenvolupament.

Resultat 1.3.2. Haver donat suport a campanyes d'educació i sensibilització en relació amb el desenvolupament i la cooperació per al desenvolupament mitjançant instruments específics i adaptats a l'educació per al desenvolupament.

Resultat 1.3.3. Haver aconseguit més i millor informació, coneixement, formació, comprensió i implicació en l'educació per al desenvolupament dels mitjans i dels i les professionals de la comunicació, en especial del sector públic.

Objectiu específic 1.4. Impulsar la recerca i el desenvolupament conceptual i metodològic de l'educació per al desenvolupament i dels instruments i eines per implementar-la als diferents àmbits (formal, no formal i informal).

² Els principis rectors i els objectius transversals i estratègics del Pla director, els Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni, el comerç just i el consum responsable, la banca ètica, el deute extern i el deute ecològic, la petjada ecològica del nord vers el sud, els processos de reforma del comerç i les institucions internacionals, la responsabilitat social de l'empresa i la sobirania i seguretat alimentàries.

Resultat 1.4.1. Haver millorat el coneixement sobre el grau d'informació, les percepcions i l'opinió de la ciutadania de Catalunya en relació amb el desenvolupament i la cooperació per al desenvolupament, tot disposant de dades fiables i públiques de manera periòdica.

Resultat 1.4.2. Haver promogut recerca i innovació concertades en relació amb el contingut, la metodologia i els actors de l'educació per al desenvolupament i, posteriorment, haver promogut la transferència i divulgació dels resultats obtinguts.

Resultat 1.4.3. Haver millorat el disseny, la sistematització i l'avaluació de l'impacte de les estratègies i actuacions d'educació per al desenvolupament i sensibilització dutes a terme a Catalunya.

C.2. OBJECTIU ESTRATÈGIC DE CAPACITATS

2. Millorar les capacitats dels agents de cooperació per al desenvolupament públics i privats de Catalunya.

Com ja s'ha dit, una política de cooperació per al desenvolupament de qualitat, en línia amb els compromisos internacionals en la matèria, implica continuar enfortint les capacitats individuals i col·lectives dels agents de la cooperació catalana. Per tal d'aconseguir-ho, s'opta per millorar la formació i la capacitat teòrica i pràctica, per impulsar la investigació i la recerca aplicada útil per a l'activitat de les administracions públiques i dels agents de cooperació i, finalment, per reforçar les capacitats institucionals i d'incidència dels diversos agents de la cooperació catalana.

Pel que fa a la formació i la capacitat, es partirà d'un diagnòstic participatiu de les necessitats, del qual es derivarà l'elaboració d'un Pla de formació i capacitat pluriennal. El Pla haurà de definir com millorar i racionalitzar l'oferta formativa, teòrica i pràctica, incidint en la millora de la qualitat i la recerca de sinèrgies entre els actors locals i del món associatiu i les universitats i els centres de recerca especialitzats, tot aprofitant el Pla ja elaborat per les universitats catalanes.

En l'àmbit de la recerca, l'objectiu és doble. D'una banda, continuar impulsant la recerca sobre la situació dels països del sud, les relacions nord-sud, els estudis i la pràctica sobre el desenvolupament i la cooperació per al desenvolupament, amb una atenció especial a la recerca aplicable (bones pràctiques, estudis d'impacte, transversalització d'objectius i principis, etc) i la recerca col·laborativa entre les administracions públiques, les universitats, els centres de recerca i les Organitzacions no Governamentals (ONG), tant del nord com del sud. De l'altra, millorar la difusió i la socialització dels resultats de la recerca, amb l'objectiu que aquesta tingui la màxima incidència possible sobre la millora de la qualitat de la cooperació dels agents públics i privats.

Finalment, es preveu una línia de treball dirigida al reforç institucional dels agents de cooperació públics i privats, que posarà l'èmfasi en qüestions específiques com són el planejament estratègic i la gestió del cicle del projecte i del programa, les noves tendències del desenvolupament i de la cooperació per al desenvolupament, l'avaluació, les capacitats relacionals i comunicatives i la integració institucional dels objectius transversals del Pla director per part dels agents públics i privats de la cooperació per al desenvolupament.

Quant a la manera de fer-ho, es potenciarà al màxim l'economia d'escala i, per tant, la concertació i sinèrgies entre els actors, en especial entre la comunitat educativa i universitària i les ONGD i els actors de la societat civil.

Objectiu específic 2.1. Millorar la formació i la capacització dels voluntaris i les voluntàries, els i les cooperants i professionals i dels agents de la cooperació per al desenvolupament catalana amb especial incidència en el que permeti implementar els principis rectors, els valors i els objectius transversals i estratègics del Pla director.

Resultat 2.1.1. Haver establert un pla pluriennal de formació teòrica i pràctica a partir d'un diagnòstic participatiu, en els àmbits del desenvolupament, de la cooperació per al desenvolupament i de l'educació per al desenvolupament.

Resultat 2.1.2. Haver millorat l'oferta i la qualitat de la formació i la capacització teòrica en els àmbits del desenvolupament, de la cooperació per al desenvolupament i de l'educació per al desenvolupament.

Resultat 2.1.3. Haver millorat l'oferta i la qualitat de la formació i la capacització pràctica en els àmbits del desenvolupament, de la cooperació per al desenvolupament i de l'educació per al desenvolupament.

Objectiu específic 2.2. Impulsar la investigació i la recerca aplicada o aplicable en el camp del desenvolupament, de la cooperació per al desenvolupament i l'educació per al desenvolupament.

Resultat 2.2.1. Haver generat i posat a l'abast dels i les professionals i dels agents públics i privats de la cooperació catalana més i millor recerca i coneixement sobre els estudis i la pràctica del desenvolupament, de la cooperació per al desenvolupament i de l'educació per al desenvolupament.

Resultat 2.2.2 Haver impulsat mecanismes de relació i de treball conjunt de les ONG, les universitats i altres institucions especialitzades, així com la sistematització, la transferència i l'intercanvi de coneixements amb els centres dels països del sud i les xarxes de coneixement.

Objectiu específic 2.3. Reforçar les capacitats institucionals i la capacitat d'incidència dels agents públics i privats de la cooperació per al desenvolupament catalana.

Resultat 2.3.1. Haver contribuït a millorar les capacitats dels agents públics i privats de la cooperació per al desenvolupament catalana en totes les fases del cicle del projecte/ programa, amb una incidència especial en l'avaluació i, en el cas de l'educació per al desenvolupament, en la formulació de continguts cognoscitius, procedimentals i valoratius.

Resultat 2.3.2. Haver contribuït a millorar la capacitat de treball en xarxa i de comunicació dels agents públics i privats de la cooperació per al desenvolupament catalana.

Resultat 2.3.3. Haver contribuït a la millora de la capacitat dels actors públics i privats de la cooperació per al desenvolupament catalana en el treball de promoció del respecte integral dels drets humans, de la governança i de l'enfortiment del teixit social.

Resultat 2.3.4. Haver contribuït a la institucionalització de la perspectiva de gènere per part dels agents públics i privats de la cooperació per al desenvolupament catalana.

Resultat 2.3.5. Haver contribuït a la institucionalització de la perspectiva de sostenibilitat del desenvolupament per part dels actors privats i públics de la cooperació per al desenvolupament catalana.

Resultat 2.3.6, Haver contribuït a la millora de la capacitat dels actors públics i privats de la cooperació per al desenvolupament catalana en el treball de promoció de drets dels gais, lesbianes i les persones transsexuals i bisexuals.

4. PRIORITATS GEOGRÀFIQUES

La Llei de cooperació al desenvolupament estableix que el Pla director ha de fixar les prioritats geogràfiques per a cada cicle de planificació, considerant que determinades zones geogràfiques són genèricament prioritàries. Concretament, la Llei considera geogràficament prioritaris els països i els pobles de la Mediterrània, especialment els del Magrib, els d'Amèrica Llatina i els de l'Àfrica subsahariana, així com altres països amb els quals Catalunya ha tingut o té especials relacions de caràcter històric, social, econòmic, cultural i migratori.

Atès que la priorització que fa la Llei és àmplia i que durant la revisió del Pla director 2003-2006 es va insistir en la necessitat de continuar la concentració i la focalització geogràfica, ja iniciada en els Plans anuals 2004, 2005 i 2006, per a millorar l'eficàcia i l'impacte de la cooperació per al desenvolupament catalana, s'han identificat 11 països i territoris prioritaris i 7 països i territoris preferents per a la línia estratègica de desenvolupament.

Els criteris, inspirats en la Llei, que s'han emprat per a seleccionar els països i elaborar la proposta són:

1. Les necessitats dels països. S'han prioritzat els països més desfavorits (països amb nivells de desenvolupament humà baix o mitjà-baix, forta incidència de la pobresa i presència de grans desigualtats i exclusió social), així com, en determinats casos, criteris addicionals, com un endeutament elevat i l'existència de conflicte armat, de situacions de postconflicte armat o de tensió i risc susceptibles de generar violència.
2. Les capacitats endògenes dels països - estar en condicions de rebre cooperació i de multiplicar-ne el resultat, i el seu grau de compromís explícit amb el desenvolupament de les seves poblacions.
3. L'equilibri entre el nombre de països de les diverses zones i àrees geogràfiques, així com la recerca de sinèrgies subregionals a l'interior de cada àrea.
4. Les capacitats comprovades de la cooperació catalana, mesurades en termes de fluxos d'AOD durant els darrers anys, presència dels diferents actors i incidència i capacitats sectorials demostrades o potencials.
5. El pes de la immigració a Catalunya i les potencialitats d'engegar línies de treball en codesenvolupament.

6. La continuïtat i la coherència amb les prioritats geogràfiques del Pla director 2003-2006, com a criteri subsidiari als anteriors.

Considerant la importància de les dinàmiques regionals a Amèrica Central, la regió andina, la Mediterrània i l'Àfrica occidental, en el disseny, l'execució i l'avaluació de les intervencions en els països prioritaris i preferents es cercarà, sempre que sigui possible, l'establiment de sinèrgies regionals.

Finalment, convé recordar que la consideració de país prioritari o preferent només reflecteix un compromís de focalització i concentració de recursos i esforços, per facilitar la planificació. No implica, per tant, ni impossibilitat de treballar, ni d'esmerçar recursos ni encara menys impossibilitat de fer tasca d'incidència política o de seguiment i suport en zones o països sensibles per a la societat catalana. En aquest sentit, convé mantenir la incidència política i el seguiment i el suport en països o zones en situació de postconflicte bèl·lic (en especial els Balcans, a l'Afganistan o Timor oriental), sotmeses a bloqueig (Cuba) o amb situacions de greu vulneració dels drets humans.

Aquest Pla tindrà en compte també la llarga tradició catalana de solidaritat internacional en països en construcció (Bòsnia-Herzegovina, Kosovo, Eritrea) i nacions sense Estat (Txetxènia, Kurdistan). Per aquesta raó, en els plans anuals es definiran, si s'escau, les prioritats d'actuació en aquests països, ja sigui en l'àmbit del desenvolupament o en acció humanitària.

4.1 Els països i territoris prioritaris

Els països prioritaris concentraran el gruix dels recursos i de les actuacions de la Generalitat de Catalunya en la línia estratègica de desenvolupament, amb una aposta de treball a llarg termini, de dos o més cicles de planificació. Es tracta de països que presenten una alineació sòlida amb el conjunt de criteris de priorització geogràfica exposats i en els quals, a més, existeix la possibilitat de treballar en diversos sectors d'intervenció o objectius estratègics (tot i que, per motius d'eficàcia, es buscarà la focalització en dos o tres sectors prioritaris per país), treball que es pot fer mitjançant una pluralitat d'actors i fent ús de diferents instruments i modalitats de cooperació.

Considerant la seva importància estratègica en el marc de l'actual Pla director, a l'inici del període d'aplicació del Pla es valorarà la necessitat i l'oportunitat d'elaborar estratègies d'intervenció pluriennal per a alguns o tots els països prioritaris.

Àrees geogràfiques prioritàries/ Països i territoris prioritaris:

Mediterrània:	Marroc, Palestina, Sàhara Occidental
Àfrica subsahariana:	Moçambic, Senegal
Amèrica Central i el Carib:	Guatemala, Nicaragua, el Salvador
Amèrica del Sud:	Bolívia, Colòmbia, Equador

4.2 Els països i territoris preferents

Els països i territoris preferents representen un segon nivell de priorització geogràfica, amb una aposta de treball a mitjà termini, d'un cicle de planificació com a mínim. Són països i territoris que presenten un nivell d'alineació important amb el conjunt de criteris de priorització geogràfica exposats i en els quals existeix la possibilitat de

treballar en determinats sectors d'intervenció o objectius estratègics, mitjançant alguns actors i fent ús de determinats instruments o modalitats de cooperació. Es tracta doncs de països i territoris que presenten un grau de compliment dels criteris de prioritització geogràfica quantitativus i qualitativus esmentats significatiu però menor que en el cas dels països prioritaris.

Àrees geogràfiques prioritàries/ Països i territoris preferents:

Mediterrània: Algèria*, Líban**, Àfrica subsahariana:
, Gàmbia, Camerun, Etiòpia

Amèrica del Sud: Brasil***, Perú

*A Algèria es prioritzarà sectorialment el treball en drets humans, governança democràtica, enfortiment del teixit social, construcció de pau i apoderament de les dones.

** Al Líban es prioritzarà el treball en els sectors que contribueixin a la millora de la situació de les persones desplaçades internes i dels refugiats palestins.

*** Considerant l'extensió del Brasil i les importants desigualtats en la distribució de la riquesa al país, es prioritzaran geogràficament els Estats del país amb percentatges més alts de pobresa i nivells de desenvolupament humà més baixos.

4.3 Assignació recursos

D'acord amb la prioritització geogràfica anterior, es proposa assolir, el 2010, la distribució de recursos següent:

Països prioritaris:	60% de la línia estratègica de desenvolupament
Països i territoris preferents:	20% de la línia estratègica de desenvolupament

El 20% de recursos restant es destinarà a altres països susceptibles de rebre AOD, d'acord amb el Comitè d'Ajut al Desenvolupament (CAD) de l'Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (OCDE). En aquest sentit, es tindran en compte els països o les zones en postconflicte bèl·lic, sotmeses a bloqueig, amb situacions de vulneració dels drets humans, en procés de construcció i les nacions sense estat.

De manera complementària, i amb l'objectiu d'avançar en l'assoliment dels compromisos internacionals, el 20% com a mínim del total de recursos de la línia estratègica de desenvolupament haurà d'anar adreçat als països considerats per les Nacions Unides com a "països menys desenvolupats/avançats".

5. MODALITATS D'ACTUACIÓ

La cooperació per al desenvolupament de la Generalitat de Catalunya, segons preveu la Llei de cooperació al desenvolupament, es pot implementar bilateralment i multilateralment.

A efectes de claredat, i d'acord amb la pràctica de la cooperació per al desenvolupament de la Generalitat de Catalunya en els darrers anys, es proposa desplegar la cooperació bilateral de tres formes diferents, d'acord amb la participació de la Generalitat i de la resta dels actors de la cooperació catalana en el cicle del projecte/programa de cadascuna de les actuacions.

D'aquesta manera, el Pla director contempla quatre modalitats d'actuació, que s'han d'entendre com a instruments flexibles i, en molts casos, complementaris:

1. Cooperació per al desenvolupament bilateral d'iniciativa directa de la Generalitat de Catalunya.
2. Cooperació per al desenvolupament bilateral de la Generalitat de Catalunya en concertació amb d'altres agents de la cooperació per al desenvolupament.
3. Cooperació per al desenvolupament bilateral a iniciativa d'altres actors, en especial les ONGD i les entitats privades no lucratives.
4. Cooperació per al desenvolupament multilateral.

Naturalment, i en coherència amb els valors i els principis de la Llei i la Declaració de París, totes les actuacions que es facin en els països del sud s'han d'alinear amb les prioritats de desenvolupament d'aquests, sigui quina sigui la modalitat d'actuació mitjançant la qual es duguin a terme.

1. *Cooperació per al desenvolupament bilateral d'iniciativa directa de la Generalitat de Catalunya*

Per cooperació per al desenvolupament bilateral d'iniciativa directa de la Generalitat de Catalunya s'entén qualsevol actuació que, segons el previst al Pla director i als Plans anuals, assumeixi directament l'Administració de la Generalitat. El tret característic d'aquesta modalitat és l'establiment de relacions directes entre la Generalitat i les entitats i organitzacions beneficiàries sense intermediació.

Des del punt de vista del cicle del projecte o programa (identificació, elaboració i formulació, planificació de les fases, execució, seguiment i avaluació dels resultats i de l'impacte), la responsabilitat decisòria de totes aquestes fases serà de la Generalitat, tot i que alguna podrà ser executada totalment o parcialment per altres actors. Naturalment, i en coherència amb els compromisos internacionals sobre l'eficàcia de l'ajut, la iniciativa no podrà ser totalment autònoma, és a dir, sense considerar l'opinió dels actors del sud.

2. *Cooperació per al desenvolupament bilateral de la Generalitat de Catalunya en concertació amb d'altres agents de la cooperació per al desenvolupament*

Per cooperació per al desenvolupament bilateral de la Generalitat de Catalunya concertada amb d'altres agents de la cooperació, s'entén qualsevol actuació de la Generalitat de Catalunya en què alguna o diverses de les fases bàsiques del cicle del programa o del projecte (identificació, elaboració i formulació, planificació de les fases, execució, seguiment i avaluació dels resultats i de l'impacte) es faci de manera concertada o amb la mediació d'altres actors de la cooperació per al desenvolupament. És a dir, sense que la responsabilitat complerta de l'actuació sigui exclusivament atribuïble a la Generalitat, tot i que aquesta en sigui la responsable última.

Els actors amb els que es podran concertar les actuacions seran: Estats i governs subestats (municipis i ens locals, entitats supramunicipals, regions i comunitats autònomes, xarxes i agrupacions d'ens locals), universitats, actors privats no lucratiu i

ONGD, del nord i del sud, xarxes internacionals, consultores i empreses del nord i del sud.

Pel que fa al procediment de concertació, es farà mitjançant mecanismes que assegurin la transparència, la concurrència i la igualtat de condicions per als diversos actors.

3. *Cooperació per al desenvolupament bilateral a iniciativa d'altres actors de la cooperació catalana, en especial les ONGD i les entitats privades no lucratives*

Per cooperació per al desenvolupament bilateral a iniciativa d'altres actors, s'entén qualsevol actuació que, del punt de vista del cicle del projecte o programa (identificació, elaboració i formulació, planificació de les fases, execució, seguiment i avaluació dels resultats i de l'impacte), sigui responsabilitat en totes i cadascuna de les fases d'agents que no pertanyen a l'Administració de la Generalitat de Catalunya. Aquestes actuacions, en executar-se totalment o parcialment amb fons de procedència pública, estaran sotmeses al previst en el present Pla director i en la normativa legal vigent.

Aquesta modalitat busca assegurar l'enfortiment de la tasca compromesa i transformadora de les organitzacions de la societat civil i de les entitats d'educació superior de Catalunya, atès que a través d'elles es pot fomentar l'apoderament de les persones i de les comunitats del sud. És per això que es prioritzaran les actuacions de les universitats, els centres de recerca catalans, les administracions locals i les xarxes d'ens locals i, molt especialment, de les ONGD i les entitats privades no lucratives catalanes.

L'assignació de recursos a través d'aquesta modalitat es farà, principalment, mitjançant convocatòries públiques, amb criteris de concurrència, transparència i igualtat d'oportunitats. Es podrà prescindir d'aquest requeriment en els casos en què es justifiqui degudament la necessitat de no concurrència.

4. *Cooperació per al desenvolupament de la Generalitat de Catalunya a través d'organitzacions multilaterals*

Per cooperació per al desenvolupament a través d'organitzacions multilaterals s'entén la participació i la contribució de la Generalitat de Catalunya, mitjançant les diverses fórmules que existeixen, a les actuacions dels diversos organismes públics multilaterals d'àmbit universal, regional o subregional, especialitzats en la promoció del desenvolupament, bé directament o bé per mitjà de Fons Globals, Programes, Campanyes, Fons fiduciaris, etcètera.

El suport a la cooperació multilateral és complementari al procés d'apropiació i corresponsabilitat dels països del sud impulsat per la Declaració de París, atès que la cooperació multilateral presenta alguns avantatges com: a) el fet d'estar més al marge dels interessos i pressions particulars dels donants; b) basar-se en criteris tècnics, el que permet igualar la relació donant-soci; c) disposar d'estàndards i pautes ben establerts, en especial amb temporalitat llarga; i d) garantir millor la participació del país soci en el procés de presa de decisions.

D'aquí doncs que una concepció transformadora de la cooperació per al desenvolupament l'hagi de tenir ben present. Caldrà establir prioritats i criteris explícits que serveixin de guia per a l'elecció dels organismes i programes, així com per a l'assignació de fons, i informar el Consell de Cooperació respecte a això. L'aportació o

participació en actuacions i fons d'organismes multilaterals haurà de respondre al previst pel present Pla director i pels respectius Plans anuals, per assegurar la coherència i la rendició de comptes.

5. Finançament

Pel que fa a les modalitats, ateses les capacitats actuals dels agents de la cooperació per al desenvolupament catalana, es destinarà almenys un 55% del total dels recursos a la modalitat de cooperació bilateral a iniciativa d'altres actors de la cooperació catalana, vetllant especialment per les ONG i altres entitats no lucratives. A la modalitat de cooperació bilateral de la Generalitat en concertació amb d'altres agents es destinarà entre el 10 i el 25% del total de recursos. Finalment, a la modalitat de cooperació bilateral d'iniciativa directa de la Generalitat de Catalunya i la modalitat de cooperació a través d'organitzacions multilaterals es destinarà entre el 20 i el 35%. Pel que fa als actors, per tal de garantir una adequada participació de la societat civil - especialment de les ONG- en la gestió dels fons destinats a la cooperació, els fons gestionats per les administracions públiques catalanes i multilaterals no seran superiors al 50% del total.

6. INSTRUMENTS

Els instruments de què disposa la cooperació catalana per al desenvolupament s'han anat ampliant i diversificant els darrers anys, en paral·lel a l'augment dels recursos i la progressiva consolidació d'una política pública de cooperació per al desenvolupament.

El present Pla director vol esdevenir una guia útil per a fer un ús racional d'aquests instruments, i alhora fer-se ressò de les recomanacions més recents que apunten cap a una aposta per instruments que resolguin més satisfactòriament el problema de la coordinació entre administracions i entitats donants, la corresponsabilitat amb els països socis i l'eficàcia de l'ajut. La Llei de cooperació al desenvolupament estableix en el seu articulat que les actuacions de l'Administració de la Generalitat en matèria de cooperació per al desenvolupament s'instrumenten per mitjà de: a) La cooperació tècnica; b) La cooperació econòmica i financera; c) L'ajut humanitari general i l'ajut humanitari d'emergència; d) L'educació i la sensibilització socials per al desenvolupament; i e) La generació de fons especials de cooperació i altres instruments.

Des del Pla director anterior, l'ajut humanitari i l'educació per al desenvolupament es defineixen com a línies estratègiques, raó per la qual el mateix Pla només parlava de la cooperació tècnica i de la cooperació financera com a instruments de cooperació. Amb la voluntat de donar continuïtat al que preveia l'anterior pla, aquest Pla director diferencia dos grans grups d'instruments: un més referit a l'acompanyament de processos, la capacitat, l'intercanvi, la provisió d'assistència tècnica i la transmissió de coneixements; i un altre relatiu a l'aportació econòmica o financera.

De manera complementària al que estableix la Llei, aquest Pla afegeix un tercer instrument no previst en el moment d'elaboració de la Llei, el codesenvolupament, per la seva singularitat i el potencial que se li pressuposa. Finalment, aquest Pla director, posa un èmfasi especial en els nous instruments de la cooperació i hi dedica el darrer apartat.

6.1. Cooperació tècnica

Per cooperació tècnica, i seguint la definició de la Llei, s'entén el conjunt d'instruments de cooperació que porten associat algun element d'acompanyament, intercanvi, transferència de maneres de fer, o de capacitació, orientat a millorar les capacitats de les persones, les organitzacions i els marcs institucionals.

Les principals intervencions de la cooperació catalana en aquest àmbit són els projectes i els programes de cooperació cofinançats per la Generalitat de Catalunya i liderats i executats, majoritàriament, per la societat civil catalana, amb un pes específic de les ONGD.

En el marc del present Pla director es vol continuar apostant per aquest tipus d'instruments amb la voluntat de transitar progressivament d'una lògica basada en intervencions puntuals d'abast reduït cap a una lògica basada en programes pluriennals i amb una translació més evident de responsabilitats al país soci, incorporant els altres actors que operen en l'àmbit de la cooperació catalana.

A banda dels projectes i programes, les actuacions d'assistència tècnica esdevenen el segon pilar d'aquest grup d'instruments de cooperació, entesos com una manera d'enfortir les capacitats de les persones i les organitzacions dels països socis, d'acord amb les prioritats i els procediments que preveu el Pla. Aquesta pot brindar-se per mitjà de les diferents modalitats, amb un pes específic de les cooperacions directa i concertada.

L'experiència d'autogovern, amb l'assumpció de nombroses competències materials i la corresponent elaboració de polítiques públiques per a executar-les, ha fet que Catalunya disposi d'un potencial de bones pràctiques i de coneixements tècnics en àmbits rellevants per al desenvolupament i considerats estratègics pel present Pla (vegeu secció tercera): salut, educació, promoció de la capacitat productiva i comercial i de l'ocupació, governança i governabilitat, medi ambient, cultura, educació plurilingüe, defensa i protecció dels drets humans, etcètera.

Els ens locals, per la seva banda, tenen una reconeguda tradició de treball en l'àmbit del desenvolupament institucional, l'enfortiment municipal i l'acompanyament de processos de desenvolupament en l'àmbit local. Aquestes competències provades esdevenen un important actiu per a la cooperació tècnica que es pot brindar des de Catalunya.

Per la seva banda, les organitzacions empresarials catalanes esdevenen actors de desenvolupament destacats en la transferència de coneixements tècnics en àmbits rellevants per al desenvolupament en tant que transmissors de la capacitat emprenedora i d'innovació del sector empresarial català.

Existeix un ampli consens, al que s'acull aquest Pla director, en torn dels criteris que han d'acompanyar una assistència tècnica que no entri en contradicció amb els principis d'apropiació i alineació de l'ajut. Entre d'altres: a) donar resposta a les demandes del país soci i no a l'oferta del país cooperant, b) brindar l'assistència tècnica només quan no existeixen capacitats pròpies o persones prou formades al país soci, c) garantir l'apropiació de l'assistència tècnica, d) oferir-la de manera coordinada entre els diferents donants.

Finalment, la cooperació triangular esdevé una opció a impulsar en l'àmbit de la cooperació tècnica, especialment quan es vetlla per a que aquesta no esdevingui intrusiva i que sigui suficientment sensible a les particularitats. Per cooperació triangular, aquest Pla entén la cooperació sud-sud que es dona per mitjà de

l'associació del donant amb un país soci (normalment de desenvolupament mitjà) per a dur a terme intervencions en un altre país soci.

6.2. Cooperació econòmica i financera

La Llei preveu un segon grup d'instruments, la cooperació econòmica i financera. Entre els instruments de cooperació econòmica, la Llei contempla les aportacions a projectes d'inversió per al desenvolupament amb la finalitat de millorar el capital físic dels països socis, i l'ajut econòmic a determinats sectors d'aquests països.

Pel que fa a l'ajut econòmic a països socis, aquest s'haurà d'emmarcar en els principis d'eficàcia de l'ajut i es desplegarà en el marc del que convencionalment s'anomena nous instruments de la cooperació, o instruments programàtics. L'apartat 6.3 desenvolupa amb més detall l'aplicació d'aquests instruments.

Per instruments de cooperació financera, la Llei entén les contribucions oficials a organismes internacionals, les donacions, l'atorgament de crèdits destinats a programes i projectes de desenvolupament social bàsic, l'atorgament de crèdits concessius i tota altra mesura destinada a millorar l'accés dels països beneficiaris al capital financer. L'aplicació d'aquests instruments tindrà en compte preferentment les potencialitats de la realitat catalana i del conjunt dels seus actors de desenvolupament, sempre i quan no sigui en detriment de les potencialitats dels països socis del sud.

Pel que fa a les contribucions oficials a organismes internacionals, es consideraran especialment els del sistema de les Nacions Unides. L'aposta per les Nacions Unides es justifica pel fet que els objectius de les Nacions Unides -el manteniment de la pau i la seguretat, les relacions pacífiques entre els països, la protecció i el respecte dels drets humans, i, en general, el suport a la cooperació en els àmbits social, econòmic, ambiental, cultural i humanitari - coincideixen amb els objectius de la Llei de cooperació i del present Pla.

Naturalment, els acords i els procediments de col·laboració estaran condicionats als principis, objectius, prioritats i procediments previstos al Pla, als avantatges comparatius de Catalunya i a la normativa vigent.

A més, en el marc del present Pla director es vol donar continuïtat a altres intervencions de cooperació financera que tenen una certa tradició de treball des de Catalunya com són els programes de microcrèdit.

6.3 Els nous enfocaments i els instruments relacionats amb la qualitat de l'ajut.

L'assumpció, ja comentada, dels compromisos de la Declaració de París sobre l'eficàcia de l'ajut implica apostar per potenciar, de manera progressiva i complementària a la resta d'instruments, els instruments que tinguin un enfocament programàtic. Aquests nous instruments, entre els que destaquen el suport pressupostari i els fons globals, pretenen evitar els problemes associats a les intervencions puntuals i d'abast limitat, i amb poques complementaritats amb els sistemes públics dels països socis.

L'aplicació progressiva d'aquests nous instruments hauria de redundar, entre d'altres, a: a) contribuir a fer més previsible i sostenible l'ajut; b) disminuir el nombre d'agents executors i per tant els costos de transacció; c) incrementar la capacitat de diàleg i d'interlocució amb els països socis; d) enfortir les capacitats dels sistemes públics dels països socis per a adreçar els seus reptes de desenvolupament.

La cooperació per al desenvolupament de la Generalitat de Catalunya té una experiència recent i limitada en l'ús d'aquests instruments però que ha estat positiva pel que fa a la millora de la capacitat d'interlocució amb els països socis i la coordinació amb la resta de donants. Aquest és el cas del suport pressupostari al sector salut a Moçambic.

Conseqüentment, la cooperació catalana impulsarà aquest tipus d'instruments en aquells països i sectors prioritaris que s'estimi pertinent, especialment en els àmbits descentralitzats.

Aquest suport cal condicionar-lo al desplegament de les estratègies de reducció de la pobresa i acompanyar-lo d'instàncies de diàleg polític amb el país soci. A més, quan es tracti d'un suport sectorial, caldrà prioritzar els sectors on el paper de l'estat com a agent finançador, i no només com agent regulador, sigui destacat. Aquest és el cas de sectors com la salut, l'educació, l'aigua i el sanejament.

Els fons globals esdevenen un altre tipus d'iniciativa que ha registrat un impacte agregat molt significatiu en els darrers anys i del que la cooperació catalana n'ha participat en petita mesura. Es tracta de modalitats financeres que tracten d'atraure fons privats que complementin l'AOD. El Fons Global de Lluita contra la Malària, la Tuberculosi i la Sida o l'Aliança global per a les Vacunes i les Immunitzacions són exemples ben coneguts d'aquests instruments.

6.4. Codesenvolupament

L'expressió "codesenvolupament" s'ha emprat els darrers anys de formes molt diferents. Actualment, i en el context d'aquest Pla, el concepte s'usa per designar tot tipus de polítiques i actuacions adreçades a gestionar de manera positiva la relació entre el desenvolupament i la migració, el que significa treballar - prèviament o paral·lelament- els aspectes i les polítiques d'integració i ciutadania.

El codesenvolupament, doncs, serà un instrument de la cooperació per al desenvolupament catalana per a:

- Mostrar el caràcter indissociable de les migracions, del desenvolupament i de la cooperació per al desenvolupament.
- Potenciar la participació voluntària en accions de desenvolupament i de cooperació per al desenvolupament de les persones immigrades. Aquestes accions no hauran de centrar-se en el control fronterer, ni en l'enviament de remeses o en fomentar la dimensió de retorn als països d'origen, sinó en fer de les persones immigrades actors de desenvolupament al sud i ponts entre comunitats i societats.
- Promoure, d'acord amb el Pla de Ciutadania i Immigració de la Generalitat de Catalunya, la integració de les persones immigrades, atès que no podem demanar que inverteixin el seu temps lliure i part dels seus recursos en atendre projectes i iniciatives per a combatre problemes d'exclusió social als seus països i comunitats, sense garantir aquí els seus drets polítics, socials i econòmics.
- Tenir present la dimensió de coneixement tècnic dels països i comunitats d'origen que poden tenir les persones immigrades, per sumar la seva aportació a les capacitats dels diferents actors de la cooperació catalana.
- Promoure el contacte i el treball conjunt dels agents de la cooperació catalana, del món municipal, dels organismes de defensa i protecció dels drets humans i de les associacions de persones immigrades, per facilitar sinergies i en especial impulsar programes pluriennals de codesenvolupament en els municipis i les entitats municipalistes.

En suma, l'instrument de codesenvolupament, a partir de l'Estratègia que s'elaborarà com a resultat de la discussió del Llibre Verd del codesenvolupament un cop aprovat el Pla director, buscarà fomentar la integració positiva de les persones immigrades a la nostra societat sense que això impliqui la desvinculació dels seus orígens, per una banda i, per l'altra, afavorir la conversió de les persones immigrades en actors de desenvolupament i de millora de les seves comunitats i països d'origen.

L'elaboració i l'aplicació de l'Estratègia de codesenvolupament es farà de manera consensuada amb els agents i les organitzacions que treballen en l'àmbit de la cooperació i la immigració. En aquest sentit, es potenciarà el treball conjunt de la Direcció General de Cooperació al Desenvolupament i Acció Humanitària i l'Agència Catalana de Cooperació per al Desenvolupament amb els diversos departaments i organismes de la Generalitat competents en matèria de polítiques d'immigració.

7. ELS ACTORS DE LA COOPERACIÓ CATALANA

La cooperació per al desenvolupament catalana es caracteritza per la pluralitat d'iniciatives cíviques de solidaritat i cooperació, raó per la qual el model de cooperació català vol ésser obert, participatiu i integrador de totes les iniciatives socials, i alhora respectuós amb les diferents sensibilitats i idees. D'aquí doncs que es parteixi del reconeixement de la riquesa que es deriva d'aquesta pluralitat d'actors.

En referir-nos a partir d'ara als actors de la cooperació catalana distingirem entre els actors de la Generalitat de Catalunya, obligats pel present Pla (departaments, Direcció General de Cooperació al Desenvolupament i Acció Humanitària, Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament (ACCD), a més d'algunes entitats, instituts i/o organismes participats), que es tracten a la secció 8, i els actors públics (ajuntaments, xarxes locals i entitats supramunicipals) i privats jurídicament autònoms de la Generalitat de Catalunya que es tracten en aquesta secció (ONG, organitzacions empresarials, organitzacions sindicals, universitats, , etcètera).

En coherència, des del convenciment que la generació de sinèrgies, la complementarietat i la concentració en les actuacions esdevenen condicions de primer ordre d'una cooperació eficaç i de qualitat, el Pla director aposta per reforçar la pluralitat mitjançant la creació de xarxes, plataformes i espais de coordinació i concertació entre els agents catalans i també amb els seus homòlegs internacionals.

A continuació es desenvolupa un detall del mapa d'actors de la cooperació catalana, que, sense voluntat de ser exhaustiu, vol emfatitzar-ne el valor afegit en l'àmbit de la cooperació per al desenvolupament.

7.1 Les organitzacions no governamentals

A Catalunya hi ha una gran varietat d'ONG, moltes d'elles vinculades al desenvolupament i a la solidaritat internacional, com a reflex de la riquesa social catalana i el compromís de la ciutadania amb la solidaritat i el desenvolupament de les persones i els pobles del sud.

La importància de les ONG, conjuntament amb els moviments socials, ha estat i és cabdal en la generació de discursos i el treball d'incidència política sobre la solidaritat internacional i l'estat injust de les relacions nord-sud, la ja emblemàtica reivindicació

del 0,7% del PIB per a finançar l'AOD, o la sensibilització i la conscienciació de la ciutadania respecte a les condicions de vida de les societats més empobrides. A més, en força casos han assolit un grau de capacitats i d'experiència sobre el terreny que resulta molt útil per a la resta d'actors. Aquests fets les situen al centre de qualsevol estratègia de cooperació per al desenvolupament i d'aquesta manera ho recull aquest Pla director en aplicació del principi de complementarietat previst a la Llei.

L'aplicació de la Llei de cooperació al desenvolupament ha fet possible que, en executar-se l'anterior pla director, s'hagi avançat en la racionalització i la millora dels mecanismes de relació de les ONG amb l'Administració pública. Això ha estat possible gràcies al desenvolupament d'un registre oficial d'ONGD, a la millora dels mecanismes d'atorgament de subvencions, a la interlocució amb les entitats de segon nivell que agrupen les ONG i a la creació i la consolidació d'espais per a garantir la participació del tercer sector en la definició dels plans i les estratègies de la cooperació catalana.

Aquest Pla director vol avançar en la mateixa direcció i, per tant, contribuir a enfortir i optimitzar el rol de les ONG i la seva relació amb l'Administració per mitjà de:

- El suport a la innovació i el desenvolupament de noves capacitats i instruments.
- La promoció de les xarxes internacionals d'ONG, amb especial atenció a les xarxes nord-sud.
- L'impuls a la coordinació del sector per mitjà del suport a les federacions, coordinadores, xarxes i plataformes.
- La consolidació dels espais de participació del sector en l'elaboració, l'implementació i l'avaluació de plans i estratègies de cooperació per al desenvolupament.
- La consolidació de mecanismes de finançament flexibles i adequats a la realitat i les necessitats del desenvolupament i les capacitats del sector, amb un particular èmfasi en les modalitats programàtiques pluriennals.

7.2 Els ens locals

Els ens locals –que inclouen els ajuntaments, els governs locals, les entitats supramunicipals, i les associacions i xarxes de governs locals- són actors rellevants en l'àmbit de la cooperació catalana pel que fa al volum econòmic que destinen però molt especialment per l'especificitat de les accions que duen a terme. Aquestes accions les gestionen d'una manera directa, concertada amb els diferents agents del seu territori, i/o per mitjà de xarxes d'ens locals, principalment del Fons Català de Cooperació al Desenvolupament.

Als països del sud, participen en projectes de cooperació per al desenvolupament amb l'objectiu de fomentar el municipalisme i el desenvolupament local, a través d'agermanaments, mancomunitats de municipis, partenariats, treball en xarxa, etc.

Pel seu coneixement del món local aporten un valor afegit en l'àmbit de la definició, l'elaboració i la implementació de les polítiques municipals als països del sud, per mitjà de l'acompanyament en els processos, de l'assistència tècnica i el suport econòmic, i de l'intercanvi d'informació, d'experiències i bones pràctiques, en l'àmbit de les seves competències.

A Catalunya, els ens locals fan una tasca important de sensibilització a la ciutadania del seu territori sobre les causes de les desigualtats en el desenvolupament.

Aquest Pla director vol contribuir a enfortir i optimitzar el rol dels ens locals en l'àmbit de la cooperació per al desenvolupament, per mitjà del foment de la coordinació de les actuacions i generant sinergies amb altres actors de la cooperació, en el marc de les polítiques públiques.

7.3 Les organitzacions sindicals

Les organitzacions sindicals són agents clau de la cooperació per al desenvolupament, atès que la seva raó de ser originària es fonamenta en els principis de justícia i de solidaritat, de transformació social, de defensa dels drets humans i d'enfortiment democràtic. L'àmbit d'actuació natural de les organitzacions sindicals està directament emparentat amb la generació de condicions de desenvolupament i es concentra en la generació d'espais de concertació i participació i, particularment, en la defensa, promoció i acompliment integral dels drets humans laborals, drets recollits en els convenis i les recomanacions de l'OIT i en la majoria de constitucions i ordenaments jurídics dels països socis.

En els darrers anys, les organitzacions sindicals catalanes han anat consolidant línies d'actuació que esdevenen estratègiques en el marc d'aquest Pla director, en el terreny de l'apoderament d'actors, la creació de ciutadania crítica i plenament conscient dels seus drets, l'enfortiment d'organitzacions sindicals i de l'economia social i les estratègies d'incidència política en l'àmbit dels drets laborals, entre d'altres.

Aquest Pla director vol contribuir a consolidar el paper del conjunt de les organitzacions sindicals en tant que agents de desenvolupament per mitjà de:

- L'establiment de modalitats de subvenció adequades a les diferents tipologies d'actuacions i a les peculiaritats dels diferents agents.
- La promoció de les xarxes internacionals d'agents sindicals amb especial atenció a les xarxes nord-sud.
- L'impuls a les actuacions coordinades amb d'altres agents rellevants en l'àmbit de la promoció i el respecte integral dels drets humans de segona generació.

7.4 Les organitzacions empresarials

Un dels elements que han contribuït al desenvolupament català ha estat el seu esperit emprenedor. El sector empresarial ha esdevingut un actor clau en la creació de riquesa i progrés a Catalunya, en generar un model de creixement basat en un teixit econòmic format essencialment per petites i mitjanes empreses. L'empresa catalana - incloent-hi les organitzacions de l'economia social i el món cooperatiu- s'ha vist acompanyada en aquest procés per les seves entitats de suport –associacions empresarials, cambres de comerç i patronals, que han desenvolupat un important saber fer en la prestació de diversos serveis de representació, formació, informació, etc..

Aquest model de suport a l'activitat emprenedora ja està sent transferit a entitats similars dels països socis del sud per mitjà de la participació activa de les associacions empresarials catalanes en projectes de cooperació per al desenvolupament.

Aquest Pla director vol contribuir a perfilar i consolidar el paper de les organitzacions empresarials en la cooperació per al desenvolupament i en la sensibilització, per mitjà de:

- L'adequació de les modalitats de subvenció als requeriments d'un ajut de qualitat i coherent amb els diferents instruments de cooperació per al

desenvolupament susceptibles de ser desenvolupats per les organitzacions empresarials.

- El foment del paper del cooperativisme i de totes les fórmules organitzatives pròpies de l'economia social com un actiu de la cooperació per al desenvolupament.
- El foment a la incorporació de la responsabilitat social i ambiental de l'empresa entre les organitzacions empresarials catalanes, així com l'anàlisi i la sensibilització en aquest àmbit.

7.5 Les universitats

Durant els darrers anys les universitats han esdevingut actors bàsics del sistema internacional de desenvolupament i de cooperació per al desenvolupament, al nord i al sud, en ser l'educació un element bàsic en la formació del capital humà i el desenvolupament de les capacitats. La Llei de cooperació i l'anterior Pla director van reconèixer i potenciar aquest paper, com han palesat els tres Plans anuals anteriors i el Pla d'Actuació biennal en matèria de cooperació per al desenvolupament de les universitats públiques, acordat conjuntament amb l'ACCD. En coherència, els anys 2005 i 2006 es va introduir un nou instrument, una convocatòria de subvencions adreçada a les universitats públiques catalanes, amb l'objecte de coordinar i impulsar les accions de sensibilització, formació, investigació i recerca de les universitats en l'àmbit de la cooperació per al desenvolupament

L'experiència de les universitats catalanes en matèria de desenvolupament i de cooperació per al desenvolupament ja és doncs dilatada, tant com actors de cooperació per al desenvolupament específics com en el terreny de les aliances i sinergies amb d'altres actors (ONGD i societat civil, empreses i teixit emprenedor, entre d'altres).

Per tant, aquest Pla director vol contribuir a enfortir el paper de les universitats, dels seus òrgans de coordinació i del departament de la Generalitat competent en la matèria, per mitjà de:

- La millora de la capacitat dels diferents actors universitaris en temes de desenvolupament i de cooperació per al desenvolupament.
- L'increment i la millora de les activitats de cooperació per al desenvolupament de cadascuna de les universitats, particularment les que es fan en contacte directe amb els actors i les contraparts del sud i en el marc de les activitats de docència, recerca i transferència de coneixements considerades –segons els estàndards internacionals- cooperació per al desenvolupament.
- El foment del treball en xarxa i les sinergies entre les universitats, en el marc de la docència, la recerca i la sensibilització, atès el seu paper cabdal en el foment de les capacitats de la resta d'actors, privats i públics, de la cooperació catalana.
- La promoció del treball conjunt i la cooperació entre les universitats i altres actors de la cooperació per al desenvolupament catalana, especialment, ONGD, empreses, sindicats i organitzacions empresarials, entitats juvenils i ens locals, per tal d'enfortir i reforçar les seves capacitats i ajudar-se mútuament.

- L'adequació dels instruments i modalitats d'ajut i subvenció a les necessitats del sector.

7.6 Altres agents

Catalunya té altres agents, a banda dels que s'han detallat més amunt, que ja sigui per la seva significació, pel que representen o per la seva expertesa reconeguda en determinats àmbits, esdevenen col·laboradors potencials del Govern en la seva acció de cooperació per al desenvolupament. Aquest és el cas d'institucions públiques catalanes com el Síndic de Greuges, de les organitzacions professionals agràries, dels col·legis professionals, del moviment associatiu juvenil, dels centres d'esplai o d'altres entitats emblemàtiques catalanes i de les fundacions dedicades al Tercer i Quart Món. També cal fer un esment especial, com s'ha senyalat en la secció sisena en parlar de codesenvolupament, al paper cabdal de les organitzacions i associacions de persones immigrades.

8. CAPACITATS DE LA GENERALITAT

Una política pública de cooperació per al desenvolupament de qualitat i capaç de respondre als reptes que planteja aquest Pla director exigeix que l'Administració de la Generalitat de Catalunya disposi de recursos econòmics (vegeu secció onzena, Escenari econòmic) i financers adequats i, també, de recursos humans amb les capacitats necessàries per a planificar, implementar, gestionar, donar seguiment i avaluar la política de cooperació per al desenvolupament. Els dos darrers requeriments són objecte d'aquesta secció.

8.1. Recursos financers

Per tal d'assegurar l'assoliment dels objectius marcats i la coherència entre les diverses actuacions, el departament de la Vicepresidència, per mitjà de la DGCDAAH, vetllarà perquè tots els recursos de la Generalitat de Catalunya en matèria de cooperació per al desenvolupament se sotmetin a les directius d'aquest pla, amb independència de l'agent executor i de la modalitat d'intervenció.

En coherència, els plans anuals hauran d'incorporar les previsions de despesa de l'ACCD i dels departaments i organismes de la Generalitat relacionades amb les actuacions de cooperació per al desenvolupament.

Al seu torn, aquestes previsions s'hauran d'incorporar en les dotacions dels pressupostos de la Generalitat de l'any respectiu, amb una partida específica, en el cas de l'ACCD, per a l'ajut humanitari d'emergència, d'acord amb el que estableix la Llei de cooperació al desenvolupament.

8.2. Recursos humans

Pel que fa als recursos humans, la política de cooperació per al desenvolupament de la Generalitat de Catalunya es sustenta en tres pilars complementaris. El primer pilar el constitueix el personal de la DGCDAAH i de l'ACCD; el segon està conformat per les persones expertes en els diversos àmbits sectorials rellevants en matèria de cooperació de què disposen els departaments de la Generalitat; i el tercer comprèn el vinculat a les universitats, centres de recerca, organitzacions especialitzades i, en

general, persones expertes i professionals de Catalunya en matèria de desenvolupament i de cooperació per al desenvolupament.

El personal de la Direcció General de Cooperació al Desenvolupament i Acció Humanitària i de l'Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament.

En coherència amb el creixement dels recursos financers de la cooperació catalana, i amb l'objectiu de garantir el compliment de les directrius marcades pel Pla director, es proposa reforçar l'estructura organitzativa i consolidar els equips humans de la DGCDH i de l'ACCD, així com desenvolupar el potencial de les persones que els integren mitjançant la formació continuada en temes específics.

A més, quan s'estimi oportú i sigui possible, s'establiran mecanismes estables de representació i d'interlocució de la cooperació per al desenvolupament de la Generalitat de Catalunya als països socis del sud. Això contribuirà a millorar l'adequació de la cooperació catalana a les necessitats i les prioritats de desenvolupament dels països del sud.

Les persones especialistes dels departaments

Els departaments de la Generalitat de Catalunya disposen de persones expertes amb coneixements contrastats sobre els continguts dels objectius sectorials establerts en aquest Pla que representen un actiu important per a la cooperació catalana.

Amb l'objectiu de guanyar en eficàcia i qualitat, s'impulsaran els intercanvis i el treball conjunt entre el personal tècnic de la DGCDH i de l'ACCD i el personal professional dels departaments. Això permetrà que aquest darrer pugui proporcionar assistència especialitzada a partir de la identificació dels focus d'interès, de les necessitats i dels recursos disponibles. S'incentivaran, quan es consideri necessari, grups de treball específics *ad hoc* de caràcter geogràfic o sectorial.

A més, i de comú acord amb les universitats i les persones expertes en desenvolupament i cooperació per al desenvolupament, es vetllarà per millorar la formació i la capacitat de les persones expertes.

Les persones expertes de les universitats i els centres de recerca i les persones professionals del desenvolupament i de la cooperació catalana

Catalunya disposa d'un nombre significatiu de centres i grups de recerca i estudi, molt d'ells en les universitats catalanes, així com de persones professionals i expertes actives en l'àmbit del desenvolupament i de la cooperació per al desenvolupament. Alguns d'aquests organismes i centres, especialitzats geogràficament i sectorialment, estan a més directament vinculats a la Generalitat o participats per aquesta.

Aquest tercer pilar col·labora amb la Generalitat proporcionant-li assessorament, fent estudis tècnics, fent avaluacions en profunditat, fent recerca aplicada o formació continuada, entre d'altres. Especialment important és, respecte a això, el Pla d'Actuació biennal elaborat per les universitats públiques catalanes i l'ACCD.

En el marc de l'Estratègia d'educació per al desenvolupament prevista en el Pla, s'analitzaran i es faran propostes sobre les contribucions i la participació de les universitats i dels centres i organismes esmentats en la recerca aplicada i aplicable sobre el desenvolupament i la cooperació per al desenvolupament i s'afavoriran els

intercanvis amb altres actors de la cooperació catalana per millorar les sinergies i la qualitat de les intervencions.

9. LÍNIES DE TREBALL RELATIVES AL PRINCIPIS D'INFORMACIÓ, PARTICIPACIÓ, COHERÈNCIA, COORDINACIÓ I COMPLEMENTARIETAT

D'acord amb la Llei, la cooperació al desenvolupament de la Generalitat de Catalunya es regeix per un seguit de principis ordenadors, entre els quals hi ha els principis d'informació i transparència, participació, coherència, coordinació i complementarietat.

El desplegament d'aquests principis requereix un seguit d'actuacions, assignades a determinats agents i actors, que els Plans anuals han de concretar. El Pla director, al seu torn, determina les grans línies de treball que han de guiar aquest desplegament.

9.1 Informació i transparència

La informació i la transparència són, en les polítiques públiques, mitjans fonamentals de garantia del control democràtic de les institucions per part de la ciutadania, així com de coneixement de l'acció de Govern i facilitació de la participació ciutadana en la presa de decisions públiques.

La política pública de cooperació per al desenvolupament també està subjecta a aquests principis, el que exigeix que l'Administració de la Generalitat de Catalunya expliciti objectius específics i mecanismes concrets per fer-los realitat.

En aquest sentit, la Generalitat de Catalunya es fixa com a objectiu principal per al període maldar per garantir la producció i la difusió d'informació regular, oportuna, comprensible i precisa sobre la política pública de cooperació per al desenvolupament, en totes les seves fases: planificació, execució, seguiment i avaluació.

Alguns dels mecanismes previstos per a l'assoliment d'aquest objectiu són:

- Les compareixences regulars de les persones responsables de la política de cooperació per al desenvolupament davant del Parlament.
- L'elaboració, abans del mes de juny de cada any, d'una Memòria anual de la cooperació per al desenvolupament de la Generalitat de Catalunya.
- La posada en funcionament d'un portal sobre l'AOD de Catalunya, que permeti fer recerques ràpides i creuar informació.
- La difusió, en l'espai web de la Cooperació Catalana, de tota la informació actualitzada relativa als mecanismes de finançament (convocatòries, convenis, fons de finançament, etc), com a garantia de transparència en l'adjudicació dels recursos públics.
- La difusió pública dels resultats de les avaluacions, dels estudis i dictàmens rellevants i, en general, de les directrius, estratègies i diversos documents derivats del present Pla.

9.2 Participació

La Llei de Cooperació reconeix i preveu la participació dels agents de cooperació en el disseny, l'execució i l'avaluació de la política pública de cooperació per al desenvolupament. Aquest principi ordena també la relació que s'estableix amb els

països del sud, de manera conjunta amb els principis de responsabilitat i d'assumpció dels projectes i els programes per part d'aquests.

El Consell de Cooperació al Desenvolupament és l'òrgan principal de participació dels agents de la cooperació catalana en la política de cooperació per al desenvolupament de la Generalitat. El principal objectiu de la Generalitat de Catalunya en relació amb el Consell durant el present cicle de planificació és el de prestar suport al treball del Consell, amb el degut respecte a la seva autonomia, en relació amb:

- La millora de la qualitat de la cooperació catalana, segons preveu aquest Pla director.
- La participació del Consell en la planificació i la programació de la política pública de cooperació per al desenvolupament.
- La contribució a la reflexió sobre la millora dels diferents sectors i actors de la cooperació catalana.

Així mateix, l'ACCD continuarà prestant el suport tècnic i administratiu necessari per al funcionament del Consell i de les seves Comissions.

De manera complementària, es promourà la participació àmplia dels agents de la cooperació catalana per al desenvolupament en el desplegament programàtic del Pla director mitjançant els instruments previstos en la secció desena.

9.3 Coherència

La cooperació per al desenvolupament de la Generalitat de Catalunya respon, tal com reconeix la Llei i evidencia la pràctica acumulada, a un model en el qual la DGCDH planifica i fa el seguiment i l'ACCD, d'una banda, i els departaments i organismes de la Generalitat de l'altra, executen. Aquest model exigeix una coordinació eficaç per garantir la coherència de la política de cooperació per al desenvolupament de la Generalitat.

A més, la Llei atribueix al principi de coherència un paper més enllà de la política de cooperació per al desenvolupament, ja que estableix que els valors, les finalitats i els principis de la Llei de cooperació al desenvolupament vinculen tota l'activitat de l'Administració de la Generalitat. En aquest mateix sentit, en els darrers anys la comunitat internacional ha avançat en la idea que amb la política de cooperació per al desenvolupament no n'hi ha prou per aconseguir la fita d'eradicar la pobresa. Cal millorar paral·lelament la coherència amb la resta de polítiques governamentals que poden tenir un impacte en la reducció de la pobresa i el desenvolupament dels països del sud.

Així doncs, cal que els diferents òrgans consultius vetllin per la coherència en les pràctiques en el sí de l'Administració de la Generalitat i dels ens locals de Catalunya i garantir que aquestes no entrin en contradicció amb els objectius de la cooperació per al desenvolupament.

Per tot això, es desplegaran una sèrie de mecanismes i de línies de treball per a que el principi de coherència sigui efectiu:

1. Impuls dels mecanismes de coordinació. La Comissió Interdepartamental de Cooperació al Desenvolupament.

La Comissió Interdepartamental de Cooperació al Desenvolupament, constituïda el 2003 d'acord amb el que preveu la Llei de cooperació, és l'òrgan tècnic de coordinació

interdepartamental de l'Administració de la Generalitat en l'àmbit de la cooperació per al desenvolupament i la solidaritat internacional. Les funcions de la Comissió són:

- a. Assegurar la informació, la coordinació, la coherència i la complementarietat de l'activitat de l'Administració de la Generalitat en l'àmbit de la cooperació per al desenvolupament, així com la coordinació de la política de cooperació amb la resta d'activitats exteriors de la Generalitat.
- b. Conèixer el pla director i els plans anuals i deliberar i dictaminar sobre aquests.
- c. Conèixer el seguiment dels plans anuals i les avaluacions de la política de cooperació per al desenvolupament i del Pla director, i informar i deliberar sobre aquests.

El Pla director es proposa impulsar el desplegament d'aquestes funcions per a que la Comissió pugui complir amb el seu mandat institucional, incidint en la millora de la coordinació i la coherència. Concretament, es maldrà per:

1. Impulsar la participació activa de la Comissió Interdepartamental en la planificació i el seguiment de la política de cooperació.

Pel que fa la planificació, la Comissió s'implicarà activament, bé en plenari bé mitjançant grups de treball, en el desplegament programàtic del Pla director mitjançant els diversos instruments previstos a la secció desena (Plans anuals, estratègies pluriennals per a països i sectors prioritaris, directrius, etcètera).

En relació amb el seguiment, es millorarà el circuit i els temps per a la rendició de comptes i s'implicarà activament la Comissió en la validació de les dades i l'extracció de conclusions que retroalimentin la programació de la cooperació per al desenvolupament.

2. Promoure el paper de la Comissió Interdepartamental en la millora de la qualitat de la cooperació catalana.

Concretament, s'implicarà a la Comissió en la determinació de l'adequació de la cooperació catalana als criteris d'el·ligibilitat de l'AOD establerts pel CAD, en la definició i l'aplicació de l'estratègia d'avaluació de la cooperació per al desenvolupament de la Generalitat de Catalunya, així com en la identificació de les potencialitats de cooperació i assistència tècnica per part dels departaments i organismes de la Generalitat de Catalunya.

3. Desplegar la funció de garantir la coordinació i afavorir la coherència entre la política de cooperació i la resta d'actuacions exteriors de la Generalitat.

S'establiran mecanismes de consulta i col·laboració en les àrees d'intervenció que es defineixin com a prioritàries. A més, durant la preparació dels Plans anuals i durant el seguiment de la seva execució, s'establiran mecanismes que garanteixin la necessària coordinació i sinergia, tot respectant l'autonomia relativa de cadascuna d'elles, entre les actuacions dels diversos departaments i instruments de la Generalitat adreçats a les relacions exteriors i el foment de la pau i les focalitzades i definides com de cooperació per al desenvolupament.

2. Informació i intercanvi d'experiències. La comunitat d'interès

En paral·lel al reforç dels mecanismes de coordinació formals, s'impulsarà el ple desplegament de la comunitat d'interès de l'Administració de la Generalitat de

Catalunya a l'entorn de la cooperació per al desenvolupament, creada com a actuació del Pla anual 2006.

Aquesta comunitat té com a finalitats: a) Aglutinar les persones dels diferents departaments i organismes de la Generalitat que treballen en l'àmbit de la cooperació per al desenvolupament, així com les persones que treballen en àmbits que tenen un impacte en el desenvolupament dels països del sud i en la reducció de la pobresa; b) Facilitar mecanismes de socialització dels principis de la política de cooperació per al desenvolupament; c) Dinamitzar les actuacions de cooperació per al desenvolupament dels departaments; d) Millorar les capacitats tècniques en matèria de cooperació per al desenvolupament de les persones de la comunitat.

3. Impuls de la col·laboració en l'activitat de l'Administració de la Generalitat en matèria de cooperació per al desenvolupament.

Es potenciarà, amb el suport de la DGCDH, les actuacions conjuntes entre l'ACCD i els departaments i els organismes de la Generalitat de Catalunya que aportin un valor afegit i millorin la capacitat d'impacte i la incidència sobre la reducció de la pobresa i el desenvolupament dels països del sud.

En aquest sentit, es consolidaran i milloraran els mecanismes actuals: les convocatòries conjuntes i les actuacions de caràcter estratègic entre l'ACCD i els departaments, les iniciatives de cooperació directa conjunta amb els departaments i el desenvolupament de les potencialitats de la cooperació tècnica per part dels departaments en el marc de les recomanacions internacionals respecte a aquest instrument.

A més, es posarà en funcionament un nou instrument financer de cooperació interdepartamental, consignat pressupostàriament a la partida de l'ACCD, per al finançament o co-finançament d'actuacions consensuades entre l'ACCD i els departaments.

9.4 Coordinació i complementarietat

Els principis de coordinació i complementarietat són també principis de referència de la política de cooperació per al desenvolupament de la Generalitat de Catalunya. La coordinació i la complementarietat s'aplicaran a les polítiques i a les actuacions de cooperació per al desenvolupament en l'àmbit local, estatal, entre comunitats autònomes i, naturalment, amb la comunitat internacional de donants.

9.4.1 Coordinació i complementarietat amb les administracions locals

La cooperació dels ens locals a Catalunya ha estat capdavantera en l'adopció de mesures per incrementar els recursos destinats a l'AOD. Així, els ens locals han anat construint un model de cooperació propi que, des de l'espai local, contribueix a facilitar solucions als problemes de desenvolupament globals.

La Llei disposa que els valors, les finalitats, i els principis ordenadors de la cooperació informin l'activitat dels ens locals de Catalunya en matèria de cooperació per al desenvolupament i estableix els mecanismes de coordinació, col·laboració i cooperació amb aquests, dins el respecte degut a l'autonomia local.

Per a facilitar que es faci efectiva la coordinació i la col·laboració amb els ens locals es plantegen els següents mecanismes i línies de treball.

A. Impuls i millora dels mecanismes de coordinació. La Comissió de Coordinació amb els Ens Locals

La Comissió de Coordinació amb els Ens Locals es va crear el 2003 amb la funció d'impulsar la informació i la comunicació, la col·laboració, la cooperació i l'assistència recíproca en l'execució de les actuacions de cooperació per al desenvolupament de l'Administració de la Generalitat i dels ens locals.

En aquest sentit, i per avançar en la millora de la qualitat de la cooperació catalana, es fomentarà l'agilitat i la representativitat dels actors municipalistes de la Comissió i s'identificaran les sinergies possibles i les complementarietats entre la cooperació local catalana i la impulsada des de la Generalitat. Així mateix, es promourà la participació de la Comissió en la planificació de la política de cooperació, especialment en els temes en els quals té un avantatge comparatiu (reforç institucional dels governs locals, governança democràtica local, definició i implementació de les polítiques públiques locals, codesenvolupament etc).

B. Impuls dels mecanismes de col·laboració i complementarietat amb les administracions locals i supralocals

Aquest Pla director aposta per continuar l'establiment de contactes, acords i aliances formals i no formals amb els agents significatius de la cooperació local, així com per l'establiment de plans de col·laboració quan hi hagi un valor afegit i una complementarietat en els objectius i les actuacions proposades.

En aquest sentit es revisarà el model de relació entre la Generalitat de Catalunya i el Fons català de Cooperació al Desenvolupament, per establir nous mecanismes de col·laboració i finançament i identificar línies prioritàries d'actuació conjunta per tal d'establir sinergies i aprofitar els avantatges comparatius de la cooperació local catalana, especialment en l'àmbit del municipalisme, el desenvolupament local i el codesenvolupament.

D'altra banda, per sumar esforços i contribuir a les qüestions centrals del desenvolupament presents a l'agenda internacional, es promouran, quan sigui possible, plans pluriennals d'actuació conjunta amb les Administracions locals amb capacitat i voluntat de fer-ho.

9.4.2 Coordinació i complementarietat amb les cooperacions espanyola i autonòmiques

D'acord amb la Llei i la pràctica desenvolupada en l'anterior cicle de planificació, correspon a la Generalitat impulsar, al llarg del mandat, actuacions orientades a:

- a. Establir i acordar mecanismes regulars de col·laboració amb la Secretaria d'Estat de Cooperació Internacional (SECI), l'Agència Espanyola de Cooperació Internacional (AECI) i la resta d'òrgans i organismes de cooperació de les comunitats autònomes.
- b. Afavorir el treball en comú amb aquestes cooperacions, potenciar la participació en els òrgans de concertació i territorials i especialment en la Comissió Interterritorial

de Cooperació al Desenvolupament, fomentar la qualitat i la coherència, liderar processos de canvi i de millora i establir sinergies.

- c. Col·laborar amb la cooperació espanyola en l'aplicació dels compromisos derivats de l'Estatut dels Cooperants (Reial Decret 519/2006).

9.4.3 Coordinació i complementarietat amb la comunitat internacional de donants

D'acord amb la Llei i la pràctica desenvolupada en l'anterior cicle de planificació, correspon a la Generalitat impulsar, al llarg del mandat, actuacions orientades a:

- a. Conèixer la cooperació per al desenvolupament de la comunitat internacional de donants, i donar a conèixer internacionalment la política pública de cooperació per al desenvolupament de Catalunya.
- b. Realitzar accions concertades amb altres donants internacionals, amb especial atenció a la Unió Europea i els organismes especialitzats de les Nacions Unides.
- c. Participar en les reunions de coordinació de donants, especialment als països que s'han establert com a prioritaris.
- d. Impulsar la participació de la societat catalana en el debat internacional sobre desenvolupament i cooperació per al desenvolupament.

10. PLANIFICACIÓ, SEGUIMENT I AVALUACIÓ

La Llei de cooperació al desenvolupament estableix un seguit de principis ordenadors associats a la bona gestió de les polítiques públiques, entre els quals figuren els principis de la planificació, el seguiment i l'avaluació de l'activitat de l'Administració en matèria de cooperació per al desenvolupament. Aquests principis, a més, estan intrínsecament associats a l'eficàcia i la qualitat de l'ajut.

En conseqüència, la Generalitat de Catalunya destinarà, durant el període de planificació que comprèn aquest Pla, els recursos i els esforços necessaris per millorar els mecanismes de planificació, seguiment i avaluació de la cooperació per al desenvolupament catalana, seguint les recomanacions internacionals respecte a aquests mecanismes.

10.1. La planificació de la política de cooperació per al desenvolupament

El desplegament operatiu d'aquest Pla director requerirà, en primer lloc, la programació anual de les actuacions adreçades a l'acompliment dels objectius i els resultats previstos. El principal instrument previst a aquests efectes per la Llei són els Plans anuals de cooperació, l'elaboració dels quals correspon a la DGCDH.

D'altra banda, amb la finalitat de millorar la planificació estratègica i programàtica de la cooperació catalana i fer que aquesta esdevingui rellevant, caldrà enfortir la identificació de necessitats i prioritats i la formulació d'estratègies, plans i programes, de manera que aquests adrecin més pertinentment els compromisos i els objectius d'aquest Pla i, en darrer terme, les necessitats de la població dels països socis del sud.

Tot això s'assolirà per mitjà de:

- a) L'elaboració de directrius de bones pràctiques per al conjunt d'objectius sectorials estratègics.
- b) L'elaboració d'estratègies pluriennals per als països prioritaris i els objectius sectorials estratègics, en els casos en que es consideri convenient. En qualsevol cas, i pel que fa als objectius sectorials, s'hauran d'elaborar com a mínim les estratègies d'apoderament de les dones, drets humans, governança democràtica i enfortiment del teixit social, i sostenibilitat mediambiental, en el cas de la línia estratègica de desenvolupament. Pel que fa a la línia d'educació i capacitats, caldrà disposar almenys d'una estratègia d'educació per al desenvolupament.
- c) L'elaboració i aprovació, durant el primer any de vigència del Pla, d'unes directrius i d'un manual d'ús per a fer operatius i aplicables els tres objectius transversals (vegeu la secció tercera del Pla).
- d) L'elaboració d'estudis d'anàlisi de context i de viabilitat per emprendre determinades estratègies/actuacions.
- e) El disseny de models més participatius i d'interlocució més directa que involucrin el conjunt d'actors (del nord i del sud) implicats, per identificar les necessitats i avaluar els resultats.

Finalment, en coherència amb els principis que orienten la cooperació per al desenvolupament catalana, i que queden expressament recollits en aquest Pla director, la planificació, la identificació de necessitats i prioritats i la formulació de plans, estratègies i programes haurà de fer-se:

- De manera participada i buscant la complementarietat i la coordinació amb el conjunt d'agents públics i privats, nacionals i internacionals de la cooperació, amb especial atenció a la societat civil catalana i al conjunt de departaments de la Generalitat de Catalunya.
- De manera alineada amb les necessitats, les agendes de desenvolupament i les estratègies de reducció de la pobresa dels països socis del sud.
- De manera que s'enforteixin els processos de desenvolupament endògens dels països socis del sud i les seves capacitats per formular estratègies de desenvolupament, fent ús dels instruments més adequats en cada cas.
- Incorporant criteris i indicadors que permetin el seguiment i l'avaluació dels resultats.

10.2 El seguiment i l'avaluació de la política de cooperació per al desenvolupament

La planificació i la implementació d'una política pública requereix sempre d'instruments de seguiment i d'avaluació, tant per a constatar el progrés en l'execució i l'impacte com per a extreure'n lliçons i procedir, si escau, a implementar els canvis adients. Si, a més, la política posa l'èmfasi en la qualitat i la coherència, com s'esdevé amb la política de cooperació per al desenvolupament, el seguiment i l'avaluació encara resulten més importants.

10.2.1 El seguiment de la política de cooperació per al desenvolupament

Amb l'objectiu de millorar el seguiment de l'execució d'aquest pla, dels plans anuals i dels diferents instruments de programació, es preveu incidir en els aspectes següents:

- Reforçar les capacitats de recopilació, sistematització i anàlisi de dades referents a l'AOD, mitjançant l'ús exhaustiu de les noves tecnologies de la informació i la comunicació.
- Millorar la qualitat i la disponibilitat de les dades relatives al seguiment, que es faran públiques per mitjà de les Memòries Anuals de Cooperació de la Generalitat de Catalunya i del Portal de l'ajut oficial per al desenvolupament català. Tal com es va acordar en la revisió del Pla director 2003-2006, les dades relatives a l'AOD de l'ACCD i dels departaments i organismes de la Generalitat de Catalunya es recolliran i processaran dos cops l'any:
 - a. En el mes de febrer, quan es facilitarà la informació sobre les actuacions dutes a terme l'any anterior, per a l'elaboració de la Memòria anual.
 - b. En el mes de setembre, quan s'aportarà informació sobre les actuacions dutes a terme durant l'any en curs, a efectes de fer el seguiment de l'execució dels Plans anuals.

Aquestes tasques requeriran un treball previ de coordinació i socialització interdepartamental sobre els criteris i els paràmetres que s'han d'utilitzar per a fer el seguiment.

- Reforçar el seguiment de les actuacions sobre el terreny, mitjançant els recursos humans i materials previstos en la secció vuitena d'aquest pla.
- Millorar la incorporació dels resultats del seguiment a la programació de la cooperació per al desenvolupament.

10.2.2. L'avaluació de la política de cooperació per al desenvolupament

D'acord amb el CAD, l'avaluació és la valoració sistemàtica i objectiva del funcionament d'un projecte, programa o política, i del seu disseny, execució i resultats. L'objectiu de l'avaluació és determinar la pertinència i l'assoliment dels objectius, així com l'eficiència, l'eficàcia, l'impacte i la sostenibilitat per al desenvolupament. Una avaluació ha de proporcionar informació creïble i útil que permeti incorporar les lliçons apreses al procés de presa de decisions de les administracions i entitats beneficiàries i donants. Al mateix temps, les avaluacions són un acte de responsabilitat i transparència respecte a l'actuació de l'Administració en aquest àmbit.

Aquest Pla director pretén consolidar l'avaluació com un instrument que permeti extreure lliçons i aprendre de l'experiència. A més, la impulsarà com a eina per produir informació fiable sobre l'abast de les actuacions de la cooperació catalana i el grau d'assoliment dels resultats esperats i per a la rendició de comptes. Finalment, en promourà la capitalització per contribuir a les reflexions sobre el potencial i les limitacions de la cooperació catalana, tot informant la planificació, la gestió i les decisions estratègiques en aquest àmbit.

Per abordar aquests reptes es preveuen els objectius i resultats següents:

- Definir, en col·laboració amb el Consell de Cooperació al Desenvolupament, una estratègia d'avaluació de la política pública de cooperació per al desenvolupament (ACCD i Departaments i organismes de la Generalitat) que estableixi els objectius, els criteris, els procediments, els indicadors i els diferents nivells d'avaluació requerits: projectes, programes, estratègies, plans, instruments, modalitats, metodologies, etc.

- Planificar anualment, en el marc dels Plans anuals, les avaluacions a desenvolupar.
- Fer, al cap de dos anys de la posada en marxa del Pla director, una anàlisi de la seva aplicació i del grau de consecució dels objectius fixats.
- Fer, al final del període d'aplicació del Pla director, una avaluació sobre el grau d'assoliment i la pertinença dels objectius i els resultats previstos.
- Fer, sempre que sigui possible i pertinent, i seguint les recomanacions internacionals respecte a aquesta qüestió, avaluacions conjuntes amb altres donants que afavoreixin les complementarietats i contribueixin a resoldre els aspectes vinculats a l'atribució de l'impacte de l'ajut.
- Promoure la cultura de l'avaluació entre el conjunt d'actors de la cooperació a Catalunya i incentivar, mitjançant els diferents instruments i els recursos de què disposa l'Administració, les avaluacions per part dels diferents actors de la cooperació catalana.
- Promoure la socialització i la capitalització dels resultats de les avaluacions, fent un ús intensiu de les noves tecnologies de la informació i la comunicació.

11. ESCENARI ECONÒMIC

D'acord amb les previsions de la Llei de cooperació, es fixa el següent escenari econòmic pluriennal per a l'assoliment dels compromisos del Pla director 2007-2010:

Despesa de la Generalitat de Catalunya en cooperació per al desenvolupament (en milions d'euros):

Partides	2007	2008	2009	2010
Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament	52,1	67,4	87,4	113,4
Departaments i organismes autònoms de la Generalitat	13,6	14,5	15,5	16,6
Total	65,6	81,9	102,9	130,0

Aquest escenari incrementa en un 128% els recursos destinats a la política de cooperació per al desenvolupament de la Generalitat de Catalunya en relació amb el 2006, darrer any del cicle de planificació anterior.

En termes relatius, es preveu que el volum d'AOD de la Generalitat de Catalunya representi, l'any 2010, el **0,66%** dels **Tributs propis** de la Generalitat i el **0,059%** del **Producte Interior Brut de Catalunya**. El manteniment de nivells de creixement similars en el proper cicle de planificació permetria assolir, el 2012, el **0,077%** del PIB de Catalunya destinat a la cooperació per al desenvolupament. Aquest és justament el tram del PIB que s'estima, d'acord amb el dictamen elaborat per Àngel Font sobre el finançament de la cooperació catalana, que correspon a la Generalitat de Catalunya

per al compliment del compromís de l'Estat espanyol de dedicar, el 2012, el 0,7% del PIB a l'AOD.

Queda, però, una referència pendent: el compromís expressat a la disposició addicional tercera de la Llei de Cooperació, segons el qual l'Administració de la Generalitat ha d'augmentar progressivament les aportacions destinades a la cooperació per al desenvolupament fins assolir el 0,7% del seus ingressos corrents incondicionats com a màxim en els pressupostos per a l'any 2010. El canvi de model de finançament amb posterioritat a la Llei i la variabilitat de la xifra dificulten el càlcul i, per tant, la planificació. D'aquí que s'hagi optat per calcular una xifra final de referència a partir de dades més estables com el compromís total de l'Estat espanyol en termes de PIB i l'estimació de l'aportació global catalana a l'esmentada fita.

Atès que han canviat les regles de joc (model de finançament) i atesa la dificultat per calcular una xifra de referència, caldria que fos el mateix Parlament qui, durant la propera Legislatura, aclarís el significat de la disposició addicional tercera de la Llei en el context actual mitjançant un pronunciament o resolució respecte a això, o si escau una modificació de la Llei de cooperació.

ACRÒNIMS

AECI:	Agència Espanyola de Cooperació Internacional
ACCD:	Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament
AIMPI:	Atenció Integral de les Malalties Prevalents en la Infància
AOD:	Ajut Oficial per al Desenvolupament
CAD:	Comitè d'Ajut al Desenvolupament
CONCORD:	Confederació d'Organitzacions No Governamentals Europees per a l'Assistència i el Desenvolupament
DESC:	Drets Econòmics Socials i Culturals
DGCDH:	Direcció General de Cooperació al Desenvolupament i Acció Humanitària
FCONGD:	Federació Catalana d'ONG per al Desenvolupament
FIDA:	Fons Internacional de Desenvolupament Agrícola
I + D:	Investigació i Desenvolupament
MTS:	Malalties de Transmissió Sexual
OCDE:	Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic
OIT:	Organització Internacional del Treball

OMS:	Organització Mundial de la Salut
ONG:	Organització no Governamental
ONGD:	Organització no Governamental per al Desenvolupament
PIB:	Producte Interior Brut
SECI:	Secretaria d'Estat de Cooperació Internacional

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DEL COMERCIO

WT/MIN(01)/DEC/2
20 de noviembre de 2001

(01-5860)

CONFERENCIA MINISTERIAL
Cuarto período de sesiones
Doha, 9 - 14 de noviembre de 2001

DECLARACIÓN RELATIVA AL ACUERDO SOBRE LOS ADPIC Y LA SALUD PÚBLICA

Adoptada el 14 de noviembre de 2001

1. Reconocemos la gravedad de los problemas de salud pública que afligen a muchos países en desarrollo y menos adelantados, especialmente los resultantes del VIH/SIDA, la tuberculosis, el paludismo y otras epidemias.
2. Recalcamos la necesidad de que el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (Acuerdo sobre los ADPIC) de la OMC forme parte de la acción nacional e internacional más amplia encaminada a hacer frente a estos problemas.
3. Reconocemos que la protección de la propiedad intelectual es importante para el desarrollo de nuevos medicamentos. Reconocemos asimismo las preocupaciones con respecto a sus efectos sobre los precios.
4. Convenimos en que el Acuerdo sobre los ADPIC no impide ni deberá impedir que los Miembros adopten medidas para proteger la salud pública. En consecuencia, al tiempo que reiteramos nuestro compromiso con el Acuerdo sobre los ADPIC, afirmamos que dicho Acuerdo puede y deberá ser interpretado y aplicado de una manera que apoye el derecho de los Miembros de la OMC de proteger la salud pública y, en particular, de promover el acceso a los medicamentos para todos.

A este respecto, reafirmamos el derecho de los Miembros de la OMC de utilizar, al máximo, las disposiciones del Acuerdo sobre los ADPIC, que prevén flexibilidad a este efecto.

5. En consecuencia, y a la luz del párrafo 4 *supra*, al tiempo que mantenemos los compromisos que hemos contraído en el Acuerdo sobre los ADPIC, reconocemos que estas flexibilidades incluyen lo siguiente:

- a) Al aplicar las normas consuetudinarias de interpretación del derecho internacional público, cada disposición del Acuerdo sobre los ADPIC se leerá a la luz del objeto y fin del Acuerdo tal como se expresa, en particular, en sus objetivos y principios.
- b) Cada Miembro tiene el derecho de conceder licencias obligatorias y la libertad de determinar las bases sobre las cuales se conceden tales licencias.
- c) Cada Miembro tiene el derecho de determinar b que constituye una emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia, quedando entendido que las crisis de salud pública, incluidas las relacionadas con el VIH/SIDA, la tuberculosis, el paludismo y otras epidemias, pueden representar una emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia.

- d) El efecto de las disposiciones del Acuerdo sobre los ADPIC que son pertinentes al agotamiento de los derechos de propiedad intelectual es dejar a cada Miembro en libertad de establecer su propio régimen para tal agotamiento sin impugnación, a reserva de las disposiciones de los artículos 3 y 4 sobre trato NMF y trato nacional.

6. Reconocemos que los Miembros de la OMC cuyas capacidades de fabricación en el sector farmacéutico son insuficientes o inexistentes podrían tropezar con dificultades para hacer un uso efectivo de las licencias obligatorias con arreglo al Acuerdo sobre los ADPIC. Encomendamos al Consejo de los ADPIC que encuentre una pronta solución a este problema y que informe al respecto al Consejo General antes del fin de 2002.

7. Reafirmamos el compromiso de los países desarrollados Miembros de ofrecer a sus empresas e instituciones incentivos destinados a fomentar y propiciar la transferencia de tecnología a los países menos adelantados Miembros de conformidad con el párrafo 2 del artículo 66. También convenimos en que los países menos adelantados Miembros no estarán obligados, con respecto a los productos farmacéuticos, a implementar o aplicar las secciones 5 y 7 de la Parte II del Acuerdo sobre los ADPIC ni a hacer respetar los derechos previstos en estas secciones hasta el 1º de enero de 2016, sin perjuicio del derecho de los países menos adelantados Miembros de recabar otras prórrogas de los períodos de transición con arreglo a lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 66 del Acuerdo sobre los ADPIC. Encomendamos al Consejo de los ADPIC que adopte las disposiciones necesarias para dar a esto efecto de conformidad con el párrafo 1 del artículo 66 del Acuerdo sobre los ADPIC.

I

(Actos cuya publicación es una condición para su aplicabilidad)

REGLAMENTO (CE) Nº 816/2006 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO**de 17 de mayo de 2006****sobre la concesión de licencias obligatorias sobre patentes relativas a la fabricación de productos farmacéuticos destinados a la exportación a países con problemas de salud pública**

EL PARLAMENTO EUROPEO Y EL CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA,

Visto el Tratado constitutivo de la Comunidad Europea y, en particular, sus artículos 95 y 133,

Vista la propuesta de la Comisión,

Visto el dictamen del Comité Económico y Social Europeo ⁽¹⁾,

De conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 251 del Tratado ⁽²⁾,

Considerando lo siguiente:

- (1) El 14 de noviembre de 2001, la cuarta Conferencia ministerial de la Organización Mundial del Comercio (OMC) adoptó la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (Acuerdo ADPIC) y la salud pública. La Declaración reconoce el derecho que asiste a los miembros de la OMC a otorgar licencias obligatorias y determinar basándose en qué las otorgan. Reconoce, asimismo, que los miembros de la OMC cuyas capacidades de fabricación en el sector farmacéutico son insuficientes o inexistentes pueden tener dificultades para hacer un uso efectivo de las licencias obligatorias.
- (2) El 30 de agosto de 2003, el Consejo General de la OMC, a la luz de la declaración de su Presidente, adoptó una Decisión sobre la aplicación del párrafo 6 de la Declaración de Doha relativa al Acuerdo ADPIC y la salud pública (denominada en lo sucesivo «la Decisión»). Bajo ciertas condiciones, la Decisión exime de ciertas obligaciones en materia de las licencias obligatorias establecidas en el Acuerdo ADPIC, para hacer frente a las necesidades de los miembros de la OMC con capacidad de fabricación insuficiente.

- (3) Dada la función activa que desempeñó la Comunidad en la adopción de la Decisión, su compromiso contraído en la OMC de contribuir plenamente a la ejecución de la Decisión y su exhortación a todos los miembros de la OMC para que propicien las condiciones adecuadas para el correcto funcionamiento del sistema establecido por la Decisión, es importante que la Comunidad transponga la Decisión a su ordenamiento jurídico.
- (4) Es necesaria la aplicación uniforme de la Decisión, de modo que las condiciones de concesión de las licencias obligatorias para la fabricación y venta de productos farmacéuticos destinados a la exportación sean las mismas en todos los Estados miembros y para evitar la distorsión de la competencia entre los operadores en el mercado único. Deben, asimismo, aplicarse normas uniformes para impedir la reimportación al territorio de la Unión Europea de productos farmacéuticos fabricados conforme a la Decisión.
- (5) Se pretende que el presente Reglamento forme parte de una acción más amplia, comunitaria e internacional, para hacer frente a los problemas de salud pública que afectan a los países menos adelantados y otros países en desarrollo y, en particular, para mejorar su acceso a medicamentos asequibles que sean seguros y eficaces, incluidos los combinados de dosis fija, y cuya calidad esté garantizada. En este contexto, los procedimientos establecidos en la normativa farmacéutica comunitaria destinada a garantizar la calidad científica de tales productos estarán disponibles, en particular el procedimiento contemplado en el artículo 58 del Reglamento (CE) nº 726/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo de 2004, por el que se establecen procedimientos comunitarios para la autorización y el control de los medicamentos de uso humano y veterinario y por el que se crea la Agencia Europea de Medicamentos ⁽³⁾.
- (6) El sistema de concesión de licencias obligatorias establecido por el presente Reglamento se propone abordar problemas de salud pública, por lo que debe utilizarse de buena fe. Este sistema no deben utilizarlo los países para perseguir objetivos de política industrial o comercial. El presente Reglamento tiene por objeto crear un marco jurídico seguro y disuadir los litigios.

⁽¹⁾ DO C 286 de 17.11.2005, p. 4.

⁽²⁾ Dictamen del Parlamento Europeo de 1 de diciembre de 2005 (no publicado aún en el Diario Oficial) y Decisión del Consejo de 28 de abril de 2006.

⁽³⁾ DO L 136 de 30.4.2004, p. 1.

- (7) Puesto que el presente Reglamento forma parte de una acción más amplia para abordar la cuestión del acceso de los países en desarrollo a medicamentos asequibles, se recogen medidas complementarias en el programa de acción de la Comisión «Aceleración de la lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis en el contexto de la reducción de la pobreza» y en la Comunicación de la Comisión sobre un marco político europeo coherente para la actuación exterior en la lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis. Es necesario un progreso continuado urgente, incluidas medidas destinadas a fomentar la investigación para luchar contra dichas enfermedades y para aumentar la capacidad en los países en desarrollo.
- (8) Es imperativo que los productos farmacéuticos fabricados en virtud del presente Reglamento sólo lleguen a quienes los necesitan y no se dirijan a otros destinatarios. Por ello, con la concesión de licencias obligatorias en virtud del presente Reglamento se impondrán al licenciario condiciones claras en cuanto al ámbito de la licencia, la identificación de los productos farmacéuticos fabricados al amparo la licencia y los países a los cuales se exportarán dichos productos.
- (9) Debe preverse una acción aduanera adecuada en las fronteras exteriores para casos en que alguna persona intentase reimportar al territorio de la Comunidad productos farmacéuticos fabricados y vendidos para exportación al amparo de una licencia obligatoria.
- (10) En caso de embargo efectuado conforme al presente Reglamento de productos farmacéuticos fabricados con arreglo a una licencia obligatoria, la autoridad competente puede decidir, de acuerdo con la legislación nacional y con vistas a asegurar que se dé el uso previsto a los productos farmacéuticos embargados, el envío de dichos productos al país importador pertinente conforme a la licencia obligatoria concedida.
- (11) Para no facilitar la sobreproducción y el posible desvío de productos farmacéuticos, las autoridades competentes deben tener en cuenta las licencias obligatorias existentes para los mismos productos farmacéuticos y países, así como las solicitudes paralelas indicadas por el solicitante.
- (12) Dado que los objetivos del presente Reglamento, en particular la creación de procedimientos armonizados de concesión de licencias obligatorias que contribuyan a la aplicación efectiva del sistema establecido por la Decisión, no pueden ser alcanzados de manera suficiente por los Estados miembros, debido a las opciones de que disponen los países exportadores al amparo de la Decisión, y, por consiguiente, debido a los posibles efectos sobre los operadores en el mercado interior, pueden lograrse mejor a escala comunitaria, la Comunidad puede adoptar medidas, de acuerdo con el principio de subsidiariedad consagrado en el artículo 5 del Tratado. De conformidad con el principio de proporcionalidad establecido en dicho artículo, el presente Reglamento no excede de lo necesario para alcanzar dichos objetivos.
- (13) La Comunidad reconoce la absoluta conveniencia de fomentar la transferencia de tecnología y desarrollo de capacidad a los países de capacidad productiva insuficiente o inexistente en el sector farmacéutico, a fin de facilitar y aumentar la fabricación de productos farmacéuticos por dichos países.
- (14) A fin de asegurar la tramitación eficaz de las solicitudes de licencias obligatorias en el marco del presente Reglamento, los Estados miembros deben tener la capacidad de establecer requisitos puramente formales o administrativos, como normas sobre el idioma de la solicitud, el impreso que se ha de utilizar, la identificación de la o las patentes y/o los certificados complementarios de protección para los que se solicita una licencia obligatoria, así como normas sobre las solicitudes presentadas en formato electrónico.
- (15) La aplicación de una fórmula sencilla para establecer la remuneración pretende acelerar el procedimiento de concesión de una licencia obligatoria en casos de emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia, o en caso de uso público no comercial conforme al artículo 31, letra b), del Acuerdo ADPIC. La cifra del 4 % podría utilizarse como punto de referencia para deliberaciones sobre la remuneración adecuada en circunstancias diferentes de las anteriormente mencionadas.

HAN ADOPTADO EL PRESENTE REGLAMENTO:

Artículo 1

Ámbito de aplicación

El presente Reglamento establece un procedimiento de concesión de licencias obligatorias sobre patentes y certificados complementarios de protección relativas a la fabricación y venta de productos farmacéuticos, cuando estos productos están destinados a su exportación a países importadores habilitados que necesitan dichos productos para tratar problemas de salud pública.

Los Estados miembros concederán una licencia obligatoria a cualquier persona que lo solicite de conformidad con el artículo 6 y a reserva de las condiciones establecidas en los artículos 6 a 10.

Artículo 2

Definiciones

A efectos del presente Reglamento se entenderá por:

- 1) «producto farmacéutico», cualquier producto del sector farmacéutico, incluidos los medicamentos, tal como se definen en el artículo 1, apartado 2, de la Directiva 2001/83/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 6 de noviembre de 2001, por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos para uso humano⁽¹⁾, las sustancias activas y los kits de diagnóstico *ex vivo*;
- 2) «titular de los derechos», el titular de cualquier patente o certificado complementario de protección sobre los cuales se ha solicitado una licencia obligatoria en virtud del presente Reglamento;
- 3) «país importador», el país al que se ha de exportar el producto farmacéutico;
- 4) «autoridad competente», a los efectos de los artículos 1 a 11, 16 y 17, toda autoridad nacional competente para la concesión de licencias obligatorias con arreglo al presente Reglamento en un Estado miembro dado.

Artículo 3

Autoridad competente

La autoridad competente, según se define en el artículo 2, apartado 4, será la que tenga competencia para la concesión de licencias obligatorias de acuerdo con la ley nacional de patentes, a menos que el Estado miembro decida otra cosa.

Los Estados miembros comunicarán a la Comisión quién es la autoridad competente según se define en el artículo 2, apartado 4.

Estas notificaciones se publicarán en el *Diario Oficial de la Unión Europea*.

Artículo 4

Países importadores habilitados

Se considerarán países importadores habilitados:

- a) cualquier país menos adelantado incluido como tal en la lista de las Naciones Unidas;
- b) cualquier miembro de la OMC, excepto los países menos adelantados a que se refiere la letra a), que haya notificado al Consejo ADPIC su intención de utilizar el sistema como importador, tanto si lo utilizará en su totalidad o de manera limitada;
- c) cualquier país que no sea miembro de la OMC, pero esté incluido en la lista de países con ingresos reducidos, con un

⁽¹⁾ DO L 311 de 28.11.2001, p. 67. Directiva modificada en último lugar por la Directiva 2004/27/CE (DO L 136 de 30.4.2004, p. 34).

PNB per cápita inferior a 745 dólares estadounidenses (USD), elaborada por el Comité de Ayuda al desarrollo de la OCDE, y que haya notificado a la Comisión su intención de utilizar el sistema como importador, tanto si utiliza el sistema en su totalidad o de manera limitada.

No obstante, cualquier miembro de la OMC que haya declarado a esta que no utilizará el sistema como miembro importador no se considerará país importador habilitado.

Artículo 5

Extensión a países menos adelantados y a países en desarrollo que no sean miembros de la OMC

Las siguientes disposiciones serán de aplicación a los países importadores habilitados de conformidad con el artículo 4 que no sean miembros de la OMC:

- a) el país importador efectuará la notificación a que se refiere el artículo 8, apartado 1, directamente a la Comisión;
- b) el país importador declarará en la notificación a que se refiere el artículo 8, apartado 1, que utilizará el sistema para abordar problemas de salud pública y no como un instrumento para perseguir objetivos de política industrial o comercial, y que adoptará las medidas a que se refiere el apartado 4 de la Decisión;
- c) la autoridad competente, a solicitud del titular de los derechos o por iniciativa propia, si la legislación nacional autoriza a la autoridad competente a actuar por iniciativa propia, podrá revocar una licencia obligatoria concedida de conformidad con el presente artículo, si el país importador no ha cumplido sus obligaciones de conformidad con la letra b). Antes de revocar una licencia obligatoria, la autoridad competente tomará en consideración los puntos de vista expresados por los órganos a que se refiere el artículo 6, apartado 3, letra f).

Artículo 6

Solicitud de licencia obligatoria

1. Cualquier persona puede presentar una solicitud de licencia obligatoria en virtud del presente Reglamento a una autoridad competente del Estado o Estados miembros donde las patentes y los certificados complementarios de protección tienen efecto y cubren sus actividades propuestas de fabricación y venta para la exportación.

2. Si la persona que solicita una licencia obligatoria presenta solicitudes a las autoridades de más de un país para el mismo producto farmacéutico, lo indicará en cada solicitud, detallando las cantidades y países importadores de que se trate.

3. La solicitud presentada en virtud del apartado 1 contendrá la siguiente información:

- a) el nombre y los datos del solicitante y de cualquier agente o representante que haya nombrado para actuar en su nombre ante la autoridad competente;
- b) el nombre común del producto o productos farmacéuticos que el solicitante se propone fabricar y vender para la exportación al amparo de la licencia obligatoria;
- c) la cantidad de producto farmacéutico que el solicitante pretende fabricar al amparo de la licencia obligatoria;
- d) el país o los países importadores;
- e) cuando proceda, pruebas de la negociación previa con el titular de los derechos, de conformidad con el artículo 9;
- f) pruebas de una petición específica de:
 - i) los representantes del país o los países importadores, o
 - ii) una ONG que cuente con la autorización formal de uno o más países importadores, u
 - iii) organizaciones del sistema de las Naciones Unidas u otras organizaciones internacionales en el ámbito de la salud que cuenten con la autorización formal de uno o más países importadores,

en la que se indique la cantidad de producto farmacéutico necesaria.

4. Se podrán prescribir, de conformidad con la legislación nacional, requisitos formales o administrativos necesarios para el procesamiento eficaz de la solicitud. Tales requisitos no se sumarán innecesariamente a los costes o cargas impuestos al solicitante ni harán, en ningún caso, que el procedimiento para la concesión de licencias obligatorias de conformidad con el presente Reglamento sea más oneroso que el procedimiento para la concesión de otras licencias obligatorias de conformidad con la legislación nacional.

Artículo 7

Derechos del titular de los derechos

La autoridad competente notificará sin demora al titular de los derechos la solicitud de una licencia obligatoria. Antes de la concesión de la licencia obligatoria, la autoridad competente dará al titular de los derechos la oportunidad de formular sus observaciones sobre la solicitud y de facilitar a la autoridad competente cualquier información pertinente relativa a la solicitud.

Artículo 8

Comprobación

1. La autoridad competente comprobará que:

a) cada país importador mencionado en la solicitud que sea miembro de la OMC haya presentado una notificación a la OMC de conformidad con la Decisión,

o

b) cada país importador mencionado en la solicitud que no sea miembro de la OMC haya presentado una notificación a la Comisión de conformidad con el presente Reglamento para cada uno de los productos cubiertos por la solicitud, en la que:

i) se especifican los nombres y las cantidades de producto o productos necesitados,

ii) se confirma, a menos que el país importador sea un país menos adelantado, que el país importador ha establecido que sus capacidades de fabricación en el sector farmacéutico son insuficientes o inexistentes para un producto o productos concretos en una de las formas mencionadas en el Anexo de la Decisión,

iii) se confirma que, cuando un producto farmacéutico está patentado en el territorio del país importador, este país importador ha concedido o se propone conceder una licencia obligatoria para la importación del producto en cuestión, de conformidad con el artículo 31 del Acuerdo ADPIC y con las disposiciones de la Decisión.

El presente apartado se aplicará sin perjuicio de la flexibilidad de que disfrutaban los países menos adelantados, de conformidad con la Decisión del Consejo ADPIC de 27 de junio de 2002.

2. La autoridad competente comprobará que la cantidad de producto citada en la solicitud no excede de la notificada a la OMC por un país importador que sea miembro de la OMC o la notificada a la Comisión por un país importador que no sea miembro de la OMC, y que, teniendo en cuenta otras licencias obligatorias otorgadas en otros lugares, la cantidad total de producto que se autoriza a fabricar para cualquier país importador no excede significativamente de la cantidad notificada a la OMC por dicho país, en el caso de países importadores que sean miembros de la OMC, o a la Comisión, en el caso de países importadores que no sean miembros de la OMC.

Artículo 9

Negociaciones previas

1. El solicitante deberá presentar a la autoridad competente pruebas satisfactorias de que se ha esforzado por obtener la autorización del titular de los derechos y de que dichos esfuerzos no han tenido éxito en un período de 30 días anterior a la presentación de la solicitud.

2. El requisito previsto en el apartado 1 no se aplicará en situaciones de emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia o en caso de utilización pública con fines no comerciales, de conformidad con el artículo 31, letra b), del Acuerdo ADPIC.

Artículo 10

Condiciones de concesión de licencias obligatorias

1. La licencia otorgada no podrá cederse, salvo con la parte de la empresa o activo intangible que disfrute de la licencia, y no será exclusiva. Contendrá las condiciones específicas, establecidas en los apartados 2 a 9, que deberá cumplir el licenciatario.

2. La cantidad de producto o productos fabricados al amparo de la licencia no excederá de la requerida para satisfacer las necesidades del país o los países importadores citados en la solicitud, teniendo en cuenta la cantidad de producto o productos fabricados al amparo de otras licencias obligatorias otorgadas en otros lugares.

3. La duración de la licencia será indicada.

4. La licencia se limitará estrictamente a todos los actos necesarios para la fabricación del producto en cuestión para la exportación y la distribución en el país o los países citados en la solicitud. Ningún producto fabricado o importado al amparo de una licencia obligatoria se pondrá a la venta ni se comercializará en países distintos a los citados en la solicitud, excepto en el caso de que un país importador se beneficie, de conformidad con el apartado 6, letra i), de la Decisión, de las posibilidades de exportar a otros miembros de un acuerdo comercial regional que sufren el mismo problema de salud.

5. Los productos fabricados al amparo de la licencia se identificarán claramente, mediante etiquetado o marca específica, como fabricados en virtud del presente Reglamento. Estos productos se distinguirán de los fabricados por el titular de los derechos mediante un envase especial y/o un color o una forma especiales, siempre que dicha distinción sea factible y no tenga repercusiones significativas en el precio. El envase y el prospecto llevarán una indicación de que el producto está sujeto a una licencia obligatoria en virtud del presente Reglamento, en la que aparecerá el nombre de la autoridad competente y un número de referencia identificativo, y en la que se especificará claramente que el producto está destinado exclusivamente a la exportación y distribución en los países importadores de que se trate. Los detalles de las características del producto se pondrán a la disposición de las autoridades aduaneras de los Estados miembros.

6. Antes del envío del producto al país o los países importadores citados en la solicitud, el licenciatario expondrá en un sitio web la siguiente información:

- a) las cantidades que se suministran al amparo de la licencia y los países importadores a los cuales van destinadas;
- b) las características distintivas del producto o productos en cuestión.

La dirección del sitio web se comunicará a la autoridad competente.

7. Si el producto o productos cubiertos por la licencia obligatoria están patentados en los países importadores citados en

la solicitud, sólo se exportarán si esos países han otorgado una licencia obligatoria para la importación, venta y/o distribución de los productos.

8. La autoridad competente, a solicitud del titular de los derechos o por propia iniciativa, si la legislación nacional permite que la autoridad competente actúe por propia iniciativa, podrá solicitar el acceso a la contabilidad y los registros que lleve el licenciatario al único objeto de comprobar si se cumplen los términos de la licencia, y en particular los relativos al destino final de los productos. En la contabilidad y los registros figurará la prueba de la exportación del producto, mediante una declaración de exportación certificada por la autoridad de aduana pertinente, y la prueba de la importación, aportada por uno de los órganos mencionados en el artículo 6, apartado 3, letra f).

9. El licenciatario tendrá que remunerar adecuadamente al titular de los derechos, de acuerdo con lo determinado por la autoridad competente, del modo siguiente:

- a) en los casos contemplados en el artículo 9, apartado 2, la remuneración será el 4 % como máximo del precio total que deberá pagar el país importador o que se pagará en su nombre;
- b) en todos los demás casos, la remuneración se determinará teniendo en cuenta el valor económico de la utilización autorizada al país o los países importadores en virtud de la licencia, así como las circunstancias humanitarias o no comerciales relacionados con la expedición de la licencia.

10. Las condiciones de la licencia se entenderán sin perjuicio del método de distribución aplicado en el país importador.

La distribución podrá estar a cargo, por ejemplo, de cualquiera de los órganos enumerados en el artículo 6, apartado 3, letra f), y en términos comerciales o no comerciales, incluso totalmente libre de cargas.

Artículo 11

Rechazo de solicitudes

La autoridad competente rechazará toda solicitud que no cumpla alguna de las condiciones establecidas en los artículos 6 a 9, o si la solicitud no comprende los elementos necesarios para que la autoridad competente pueda conceder la licencia de conformidad con el artículo 10. Antes de rechazar una solicitud, la autoridad competente dará al solicitante una oportunidad de rectificar la situación y de exponer sus argumentos.

Artículo 12

Notificación

Una vez concedida una licencia obligatoria, el Estado miembro notificará al Consejo ADPIC a través de la Comisión tal concesión y las condiciones específicas que la rigen.

En la información proporcionada figurarán los siguientes detalles de la licencia:

- a) nombre y domicilio del licenciatario;
- b) producto o productos de que se trate;
- c) cantidad que debe suministrarse;
- d) país o países a los que se exportará el o los productos;
- e) duración de la licencia;
- f) dirección del sitio web contemplado en el artículo 10, apartado 6.

Artículo 13

Prohibición de importaciones

1. Queda prohibido importar a la Comunidad, con el fin de ponerlos en circulación gratuita, reexportarlos, someterlos a procedimientos de suspensión o colocarlos en una zona franca o un depósito franco, productos que hayan sido fabricados en virtud de una licencia obligatoria concedida de conformidad con la Decisión y/o con el presente Reglamento.

2. El apartado 1 no se aplicará en caso de reexportación al país importador citado en la solicitud e identificado en el envase y en la documentación relacionada con el producto, ni en caso de un proceso de tránsito, depósito en aduanas o en una zona franca o un depósito franco para la reexportación a dicho país importador.

Artículo 14

Medidas de las autoridades aduaneras

1. Si existen motivos suficientes para sospechar que, contraviniendo la prohibición establecida en el artículo 13, apartado 1, los productos fabricados en virtud de una licencia obligatoria concedida de conformidad con la Decisión o el presente Reglamento están siendo importados a la Comunidad, las autoridades aduaneras suspenderán el despacho o retendrán los productos en cuestión durante el tiempo necesario para obtener de la autoridad competente una decisión sobre el carácter de la mercancía. Los Estados miembros garantizarán que habrá un órgano con autoridad para examinar si se están produciendo estas importaciones. El período de suspensión o de retención no excederá de diez días laborables, salvo que concurran circunstancias especiales, en cuyo caso el período podrá ser ampliado durante un máximo de diez días laborables. Al término de este período, los productos se liberarán, a condición de que se hayan cumplido todos los trámites aduaneros.

2. La autoridad competente, el titular de los derechos y el fabricante o el exportador de los productos en cuestión serán informados sin demora de la suspensión del despacho o de la retención y recibirán toda la información disponible sobre dichos productos. Se tendrán debidamente en cuenta las disposiciones nacionales sobre la protección de datos personales y sobre el secreto comercial e industrial y la confidencialidad profesional y administrativa.

Se dará al importador, y en su caso al exportador, amplia oportunidad de suministrar a la autoridad competente la información que considere apropiada en relación con los productos.

3. Si se confirmase que los productos cuyo despacho fue suspendido o que fueron retenidos por las autoridades aduaneras estaban destinados a la importación a la Comunidad en contravención de la prohibición establecida en el artículo 13, apartado 1, la autoridad competente se asegurará de que dichos productos sean embargados y eliminados de conformidad con la legislación nacional.

4. El procedimiento de suspensión, retención o embargo de las mercancías se llevará a cabo a expensas del importador. Si no fuera posible recuperar esos gastos del importador, podrán, de conformidad con la legislación nacional, ser recuperados de cualquier otra persona responsable del intento de importación ilegal.

5. Si se llegara posteriormente a la conclusión de que los productos cuyo despacho fue suspendido o que fueron retenidos por las autoridades aduaneras no infringen la prohibición establecida en el artículo 13, apartado 1, la autoridad aduanera los liberará y los pondrá a disposición del destinatario, a condición de que se hayan cumplido todos los trámites aduaneros.

6. La autoridad competente informará a la Comisión de toda decisión de embargo o eliminación adoptada de conformidad con el presente Reglamento.

Artículo 15

Excepción del equipaje personal

Los artículos 13 y 14 no se aplicarán a las mercancías de naturaleza no comercial contenidas en el equipaje personal de los viajeros para su uso personal dentro de los límites establecidos al respecto para la exención de los derechos de aduana.

Artículo 16

Revocación o examen de la licencia

1. Con el debido respeto a la protección adecuada de los intereses legítimos del licenciatario, una licencia obligatoria otorgada de conformidad con el presente Reglamento podrá ser revocada por decisión de la autoridad competente o por uno de los órganos mencionados en el artículo 17 si el licenciatario no respeta las condiciones de la licencia.

A petición motivada del titular de los derechos o del licenciatario, la autoridad competente tendrá potestad para examinar si se han cumplido las condiciones de la licencia. Este examen se basará en la evaluación realizada, si procede, en el país importador.

2. La revocación de una licencia concedida con arreglo al presente Reglamento deberá comunicarse al Consejo ADPIC por medio de la Comisión.

3. Tras la revocación de la licencia, la autoridad competente, así como cualquier otro organismo designado por el Estado miembro, podrá establecer un período razonable, dentro del cual el licenciatario velará por que cualquier producto en su posesión, custodia, poder o control sea enviado, a su cargo, a los países necesitados a los que se hace referencia en el artículo 4 o eliminado como lo dispongan la autoridad competente o cualquier otro organismo designado por el Estado miembro en consulta con el titular de los derechos.

4. Cuando el país importador comunique que la cantidad de producto farmacéutico ha resultado insuficiente para hacer frente a sus necesidades, la autoridad competente podrá modificar, tras una solicitud del licenciatario, las condiciones de la licencia a fin de permitir que se fabriquen y se exporten cantidades adicionales del producto en la medida necesaria para hacer frente a las necesidades del país importador interesado. En tales casos, la solicitud del licenciatario se procesará con arreglo a un procedimiento simplificado y acelerado, conforme al cual no se exigirá la información establecida en el artículo 6, apartado 3, letras a) y b), a condición de que el licenciatario identifique la licencia obligatoria original. En los casos en los que se aplique el artículo 9, apartado 1, pero no se aplique la excepción contemplada en el apartado 2 de dicho artículo, no se exigirán pruebas suplementarias de negociación con el titular de los derechos, siempre que la cantidad adicional solicitada no supere el 25 % de la cantidad concedida en la licencia original.

En los casos en los que se aplique el artículo 9, apartado 2, no se exigirá prueba alguna de negociación con el titular de los derechos.

Artículo 17

Recursos

1. Los recursos contra cualquier decisión de la autoridad competente y los litigios en cuanto al cumplimiento de las condiciones de la licencia serán tratados por el correspondiente órgano responsable según la legislación nacional.

2. Los Estados miembros velarán por que la autoridad competente y/o el órgano al que se hace referencia en el apartado 1 puedan dictaminar que un recurso contra una decisión por la que se concede una licencia obligatoria tenga carácter suspensivo.

El presente Reglamento será obligatorio en todos sus elementos y directamente aplicable en cada Estado miembro.

Hecho en Estrasburgo, el 17 de mayo de 2006.

Por el Parlamento Europeo
El Presidente
J. BORRELL FONTELLES

Por el Consejo
El Presidente
H. WINKLER

Artículo 18

Seguridad y eficacia de los medicamentos

1. En los casos en que la solicitud de una licencia obligatoria sea relativa a un medicamento, el solicitante podrá recurrir:

- a) al procedimiento de dictamen científico establecido en el artículo 58 del Reglamento (CE) nº 726/2004, o bien
- b) a cualquier procedimiento similar existente en la legislación nacional, como dictámenes científicos o certificados de exportación destinados exclusivamente a los mercados situados fuera de la Comunidad.

2. Si una solicitud de cualquiera de los procedimientos mencionados anteriormente se refiere a un producto que es un genérico de un medicamento de referencia que está o ha sido autorizado de conformidad con el artículo 6 de la Directiva 2001/83/CE, no se aplicarán los períodos de protección establecidos en el artículo 14, apartado 11, del Reglamento (CE) nº 726/2004 y en el artículo 10, apartados 1 y 5, de la Directiva 2001/83/CE.

Artículo 19

Revisión

Tres años después de la entrada en vigor del presente Reglamento, y posteriormente cada tres años, la Comisión presentará un informe al Parlamento Europeo, al Consejo y al Comité Económico y Social Europeo sobre el funcionamiento del presente Reglamento, incluidos los planes pertinentes para su modificación. El informe abarcará, en particular:

- a) la aplicación del artículo 10, apartado 9, relativo a la determinación de la remuneración del titular de los derechos;
- b) la aplicación del procedimiento simplificado y acelerado contemplado en el artículo 16, apartado 4;
- c) la suficiencia de los requisitos establecidos en el artículo 10, apartado 5, para evitar desvíos comerciales, y
- d) la contribución del presente Reglamento a la aplicación del sistema establecido por la Decisión.

Artículo 20

Entrada en vigor

El presente Reglamento entrará en vigor a los veinte días de su publicación en el *Diario Oficial de la Unión Europea*.

Informe KEI
Organización Mundial de la Salud -- Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre
Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual

La segunda sesión del IGWG¹
30 de Noviembre del 2007

La segunda sesión del Grupo de Trabajo de la OMS sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual (IGWG) tuvo lugar en Ginebra del 5 al 10 de noviembre del 2007. Más de 500 delegados gubernamentales y representantes de la industria y de la sociedad civil asistieron a la reunión que se suspendió el día 10 de noviembre para reanudarse del 28 de abril al 3 de mayo del 2008 (fechas tentativas).

La reunión se suspendió con un resultado esencialmente positivo pues aunque no se finalizó una Estrategia Mundial y un Plan de Acción, si se avanzó sustancialmente en esta importante negociación que pretende reconciliar innovación con acceso, asegurando la innovación médica necesaria y garantizando el acceso de todos a la misma. Algunas de las propuestas sobre las que se alcanzó consenso son el reconocimiento del mandato de la OMS en innovación y propiedad intelectual, la de incluir una serie de principios orientadores al documento de Estrategia Global y la necesidad de continuar discusiones sobre un tratado en investigación y desarrollo en materia de salud y biomedicina.

ANTECEDENTES

Por la resolución WHA59.24, el IGWG tiene como mandato elaborar una Estrategia Mundial y Plan de Acción a fin de proporcionar un marco a medio plazo a la OMS basado en las recomendaciones del informe de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública (Informe CIPIH, 2006²).

La Estrategia Mundial y Plan de Acción deben de tener por objeto, entre otros elementos:

- a) Establecer prioridades y objetivos claros para la investigación y desarrollo esencial para enfermedades que afectan de manera desproporcionada a los países en desarrollo
- b) Estimar las necesidades de financiación de esta investigación y desarrollo, y
- c) Proporcionar una base más firme y sostenible a las actividades de investigación y desarrollo, desarrollando sistemas de financiación sostenibles.

Una de las conclusiones más importantes, aunque controvertida, del informe CIPIH fue que los derechos de propiedad intelectual poco pueden hacer para estimular la innovación cuando se carece de un mercado rentable para los productos de la innovación, situación que caracteriza paradigmáticamente los mercados de los países en desarrollo.

¹ Este artículo fue preparado por Judit Rius Sanjuan, con contribuciones de James Love, Michelle Childs, Thiru Balasubramaniam, Spring Gombe y Malini Aisola.

² El informe CIPIH está disponible en varios idiomas en: <http://www.who.int/intellectualproperty/report/en/>



Por lo tanto, el mandato del IGWG incluye examinar mecanismos existentes y proponer nuevos mecanismos de incentivo y financiación de la innovación en enfermedades en las que existen lagunas de innovación por carecer de un mercado rentable. Pero el IGWG no sólo tiene un mandato en innovación, el grupo de trabajo también debe implementar otras recomendaciones del Informe CIPIH que incluyen garantizar el acceso a los productos sanitarios, existentes o no, que están fuera del alcance para la mayoría de los países en desarrollo.

Como indicó el Dr. Ahmed Ogwell, Director de Relaciones Sanitarias Internacionales del Ministerio de Salud de Kenya, al finalizar la segunda sesión del IGWG, la razón de ser de este grupo de trabajo es intentar buscar soluciones al reconocimiento de que los sistemas actuales no han respondido a las necesidades de salud de los pobres: Los productos de salud existentes son demasiado caros para los pobres y no existe investigación y desarrollo para enfermedades que afectan de manera desproporcionada a los países en desarrollo.

La resolución WHA59.25 indica que el IGWG debe presentar una Estrategia Mundial y Plan de Acción definitivos a la 61ª sesión de la Asamblea Mundial de Salud, prevista para mayo de 2008, por conducto del Consejo Ejecutivo de la OMS que se reúne en enero de 2008. Para más información sobre el proceso y el mandato del IGWG, véase el informe de Knowledge Ecology International sobre el IGWG de Mayo del 2007³ y la página web de la OMS sobre el IGWG: <http://www.who.int/phi/es/index.html>

En preparación de la segunda reunión del IGWG, en julio de 2007 la secretaria del IGWG hizo público un proyecto de Estrategia Mundial y Plan de Acción⁴. Entre agosto y octubre de 2007 se celebraron reuniones regionales y sub-regionales para examinar el proyecto⁵. La secretaria del IGWG organizó una segunda audiencia pública en la página web entre agosto/septiembre de 2007 donde representantes de la sociedad civil presentaron observaciones⁶, aunque un informe denunció los vínculos de algunas contribuciones con la industria farmacéutica⁷.

Algunas de las observaciones al proyecto de Estrategia Mundial y Plan de Acción de la secretaria del IGWG fueron:

³ El informe de KEI sobre el IGWG de Mayo del 2007 está disponible en:

http://www.keionline.org/index.php?option=com_content&task=view&id=49

⁴ El proyecto de Estrategia Mundial y Plan de Acción de la secretaria del IGWG (julio 2007) está disponible en: http://www.who.int/gb/phi/pdf/igwg2/PHI_IGWG2_2-sp.pdf

⁵ Los informes de estas reuniones están disponibles en:

http://www.who.int/phi/public_hearings/second/regional_consultations/en/index.html

⁶ Las contribuciones a la segunda audiencia pública están disponibles en:

http://www.who.int/phi/public_hearings/second/es/index.html, un resumen de las contribuciones se encuentra disponible en: http://www.who.int/gb/phi/pdf/igwg2/PHI_IGWG2_ID4-sp.pdf

⁷ El informe de Essential Action sobre las observaciones a la segunda audiencia pública está disponible en:

http://www.essentialaction.org/access/uploads/igwg_contributorlinks.pdf

1621 Connecticut Avenue, Suite 500, Washington, DC 20009, USA +1.202.332.2670

1 Route des Morillons, CP 2100, 1211 Geneva 2, Switzerland +41 22 791 6727

24 Highbury Crescent, London, N5 1RX, UK +44 (0) 207 226 6663 ex 252

- Injustificable limitación con enumeración de 14 enfermedades y exclusión de enfermedades de tipo I de algunas iniciativas
- Insuficiente referencia al Informe CIPIH y sus recomendaciones, en especial a los efectos que los monopolios tiene en la innovación y en el precio de los productos sanitarios
- Sobreestimación de la función de la propiedad intelectual como incentivo para la innovación de productos sanitarios para tratar enfermedades que afectan a países en desarrollo
- Insuficiente análisis de mecanismos alternativos de financiación e incentivo a la innovación médica
- El plan de acción no reconoce la urgencia necesaria en la búsqueda de soluciones y no contiene claridad sobre quien deberá asumir el liderazgo en la ejecución de la estrategia acordada.

De especial relevancia es el **Documento de Río**⁸, una alternativa al proyecto de Estrategia Mundial de la secretaria del IGWG apoyado por más de 18 países de la región Latino Americana. El Documento de Río es el resultado de dos consultas sub-regionales en Bolivia/ Agosto 2007 y Brasil/Septiembre 2007. Inicialmente fue consensuado por 14 países: Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela. Durante la consulta regional organizada por la OPS y el gobierno de Canadá en octubre 21-22 del 2007 en Ottawa, los siguientes países indicaron su apoyo al documento: Barbados, Guatemala, Panamá, Paraguay, Jamaica y St. Lucia. Posteriormente Perú⁹ y México¹⁰ expresaron reservas a algunas de las propuestas.

El cambio de postura de algunos países latino americanos se puede haber debido al hecho de que días antes al inicio de la sesión, el Gobierno de los Estados Unidos circuló entre algunos países latinoamericanos con los que han firmado o están negociando acuerdos de libre comercio, una demarche en la que busca evitar que la OMS asuma competencias suplementarias sobre propiedad intelectual y pueda afectar las obligaciones que algunos países están adquiriendo en virtud de estos acuerdos comerciales¹¹.

⁸ El Documento de Río está disponible en:

http://www.who.int/phi/public_hearings/second/regional_consultations/Sub-regional_Consensus_Document.pdf

⁹ Las reservas de Perú están disponibles en la matriz preparada sobre la reunión de Ottawa (comments post-meeting) y disponible en:

http://www.who.int/phi/public_hearings/second/regional_consultations/RC_AMRO.pdf

¹⁰ Las intervenciones de México durante el IGWG II fueron documentadas, por ejemplo en:

http://actualidad.terra.es/sociedad/articulo/mexico_eeuu_ong_1990602.htm y en:

http://www.keionline.org/index.php?option=com_jd-wp&Itemid=39&p=88

¹¹ La demarche y la carta de KEI al respecto, están disponible en: <http://lists.essential.org/pipermail/ip-health/2007-November/011872.html>



IGWG II

La segunda sesión del IGWG tuvo lugar en Ginebra del 5 al 10 de noviembre del 2007. Más de 500 delegados gubernamentales, y representantes de la industria y de la sociedad civil asistieron a la reunión¹². No obstante, la mayoría de las negociaciones se realizaron en dos grupos de redacción paralelos en la que sólo delegados gubernamentales y un número limitado de expertos y entidades interesadas pudieron participar¹³. Esta estructura dificultó el seguimiento de la negociación por la sociedad civil y las delegaciones gubernamentales con pocos representantes.

El proyecto de Estrategia Mundial y Plan de Acción en negociación incluye texto sobre el contexto, la finalidad, los principios y sobre 8 elementos:

1. Establecimiento de un orden de prioridad de las necesidades de investigación y desarrollo.
2. Promoción de las actividades de investigación y desarrollo.
3. Creación de capacidad de innovación y mejora de la misma.
4. Transferencia de tecnología.
5. Aplicación y gestión de la propiedad intelectual para contribuir a la innovación y promover la salud pública.
6. Mejora de la difusión y el acceso.
7. Promoción de mecanismos de financiación sostenibles.
8. Establecimiento de sistemas de seguimiento y presentación de informes.

El Plan de Acción, sobre la base de la Estrategia Mundial, incluye las partes interesadas, el calendario y los indicadores de progreso.

El grupo de redacción A, presidido por el Dr. V. Tangcharoensathien de Tailandia, se ocupó de los párrafos introductorios (contexto, finalidad, centro de atención y principios) y del elemento 5. El grupo de redacción B, presidido por el Dr. N. Dayal de la India, se ocupó de los elementos 1 al 4. También se creó un sub-grupo de redacción para el plan de acción.

Los grupos de redacción trabajaron en textos actualizados, incluyendo las propuestas de modificación de los Estados Miembros sobre el proyecto de 31 de julio de la Secretaría del IGWG. Muchas de las propuestas actualmente incluidas provienen del Documento de Río que fue incorporado al texto de negociación el primer día. Las delegaciones de Kenya (en representación de los 46 países de la región AFRO), India y Tailandia también fueron claves en sus aportaciones. Las propuestas de los países en desarrollo se centraron en solicitar que la OMS desempeñe una función más importante en la promoción de las flexibilidades contenidas en el Acuerdo sobre los ADPIC y la Declaración de Doha y en

¹² La lista de participantes en la segunda sesión del IGWG está disponible en:
http://www.who.int/gb/phi/pdf/igwg2/IGWG_PHI2_DIV2R1.pdf

¹³ El listado de expertos y entidades interesadas invitados está disponible en:
<http://www.who.int/gb/phi/pdf/igwg2/listofexpert-sp.pdf>



aumentar los esfuerzos para estimular la innovación en productos sanitarios destinados al tratamiento de enfermedades desatendidas en los países desarrollados, pero buscando mecanismos que no tengan efectos perjudiciales en el precio y el acceso a los mismos. También se solicitó que haya un mayor acceso a la tecnología y los conocimientos, así como la creación de capacidad tecnológica para producir localmente estos productos.

Los Estados Unidos y otros países se opusieron inicialmente a que la OMS mantuviera un mandato en propiedad intelectual o innovación, defendiendo en sus intervenciones el sistema actual de incentivo de la innovación mediante monopolios y negaron que tuviera efectos perjudiciales para las políticas públicas que intentan garantizar el acceso. Por ejemplo, en la sección de finalidad de la Estrategia Mundial, los Estados Unidos expresaron su oposición a explorar y aplicar planes de incentivos innovadores o alternativos de I+D, no tomando en consideración la conclusión del informe CIPIH de que el actual sistema es inapropiado en algunas circunstancias.

La Unión Europea inicialmente centró sus esfuerzos en oponerse a cualquier noción de obligatoriedad, como, por ejemplo, la inclusión de la palabra tratado en el texto o limitando el estudio de pools de patentes para la promoción de la competencia genérica a sistemas voluntarios. La presidencia de la Unión Europea, ocupada por Portugal, intentando conseguir el apoyo del grupo Africano y limitar el mandato de este grupo de trabajo, ofreció la creación de un fondo para la investigación y el desarrollo de productos sanitarios donde los países realizarían aportaciones voluntarias y sólo para un número limitado de enfermedades desatendidas. Los detalles de la propuesta son aún desconocidos pero parece tener un elemento de diferenciación de precios y estar basada en la propuesta de Novartis¹⁴.

Los representantes de las grandes compañías farmacéuticas (PhRMA, BIO, IFPMA) parecen querer evitar cualquier estructura multilateral que aborde los problemas de la investigación y desarrollo y la consideración a mecanismos alternativos al actual sistema de monopolios. Su estrategia es la de solicitar el mantenimiento del actual modelo de incentivos basado en las patentes, y aceptar recursos e incentivos adicionales con asociaciones publico privadas, pero sólo para enfermedades de tipo II y III.

Después de 6 días de intensas negociaciones, la reunión se suspendió el 10 de noviembre sin una Estrategia Mundial y Plan de Acción final pero con importantes avances y un texto en negociación que incluye excelentes propuestas. Los debates se han centrado principalmente en torno a la Estrategia Mundial, el primer anexo, el trabajo en el segundo anexo, el Plan de Acción, ha sido muy limitado.

¹⁴ Para un resumen de la propuesta de Novartis, ver la observación presentada por Paul Herrling en la segunda audiencia publica en septiembre del 2007 y disponible en:
http://www.who.int/phi/public_hearings/second/contributions_section1/Section1_HerrlingPaul-Novartis.pdf



TEMAS CLAVE

A continuación una selección de temas y propuestas:

a) El mandato del IGWG

Existe el intento de limitar el mandato del IGWG y la Estrategia Mundial y el Plan de Acción resultantes en dos aspectos principalmente:

El informe CIPIH divide las enfermedades en tres tipologías: enfermedades de tipo I, II y III. Algunos países desarrollados y la industria farmacéutica están intentando que el IGWG sólo se ocupe de las enfermedades de Tipo II y III, excluyendo enfermedades de Tipo I.

No obstante, la resolución WHA 59.24 es clara en su mandato para el IGWG al hacer referencia al término “enfermedades que afectan de manera desproporcionada a los países en desarrollo”. Como el informe CIPIH demostró, existen enfermedades de tipo I que afectan desproporcionadamente a los países en desarrollo como, por ejemplo, el cáncer del cuello del útero y existen importantes lagunas de innovación en enfermedades de tipo I. El criterio deben ser enfermedades o dolencias de gran importancia para la salud pública de los países en desarrollo para las cuales no existe un tratamiento adecuado al que se pueda recurrir en medios de escasos recursos, bien por no haber tratamiento alguno o, en caso de haberlo, por ser éste inapropiado para países con sistemas asistenciales deficientes, o inasequible.

Asimismo, algunos países pretenden limitar el centro de atención de la Estrategia Mundial a 14 enfermedades que se incluyeron en un pie de página del proyecto de Estrategia Mundial de la secretaria del IGWG, y cuyo origen es desconocido pero puede situarse en las negociaciones (2001-03) sobre el párrafo 6 de la Declaración de Doha que rechazaron una limitación similar:

“La Comisión define las enfermedades de tipo I, de tipo II y de tipo III, y las enfermedades específicas en las que se centra el presente proyecto de estrategia, como sigue: Las enfermedades de tipo I afectan tanto a los países ricos como a los países pobres, con amplia población vulnerable en unos y otros. La estrategia se centrará en las siguientes enfermedades de tipo I, con una prevalencia cada vez mayor en los países en desarrollo: *la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer*. Las enfermedades de tipo II afectan tanto a los países ricos como a los países pobres, pero una proporción importante de los casos se localizan en estos últimos. La estrategia se centrará sobre todo en el *VIH/SIDA y la tuberculosis*. Las enfermedades de tipo III son las que afectan de manera muy predominante o exclusiva a los países en desarrollo. La estrategia se centrará en las nueve enfermedades infecciosas desatendidas que afectan de forma desproporcionada a las poblaciones pobres y marginadas, según las prioridades



establecidas en el Programa UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales: *la enfermedad de Chagas, el dengue y el dengue hemorrágico, la leishmaniasis, la lepra, la filariasis linfática, el paludismo, la oncocercosis, la esquistosomiasis y la tripanosomiasis africana humana.*” (Pie de página del proyecto inicial de Estrategia Mundial de la Secretaria del IGWG. Énfasis añadido)

Existe consenso sobre buena parte del contexto y la finalidad de la Estrategia Mundial. En este sentido, se ha acordado fomentar la I+D centrada en las enfermedades de tipo II y III y las necesidades específicas de los países en desarrollo en relación con las enfermedades de tipo I. No obstante, la limitación del mandato del IGWG es un tema que aun no está resuelto. La limitación a 14 enfermedades es aún un pie de página, aunque se encuentra entre paréntesis y va a ser reexaminado.

Se prevé que será controvertido al reanudarse la sesión del Grupo de Trabajo. Como elemento de apoyo a la negociación, KEI distribuyó entre los asistentes un informe sobre la carga mundial de morbilidad que demuestra la alta incidencia de enfermedades de tipo I y II en los países en desarrollo¹⁵.

b) El rol de la OMS

Uno de los resultados más importantes de la segunda sesión del IGWG es que suspendió con el claro reconocimiento del mandato de la OMS en la promoción de las flexibilidades contenidas en el Acuerdo sobre los ADPIC y en la búsqueda de una nueva concepción de los mecanismos de apoyo y financiación a la innovación médica, en especial de soluciones que tengan un efecto positivo sobre el precio de los productos sanitarios y aseguren el acceso para todos. En su discurso de clausura, Margaret Chan, Directora General de la OMS reconoció el mandato de la OMS en innovación y propiedad intelectual, y prometió hacer más.

Un importante párrafo fue incluido en el texto de Estrategia Mundial a iniciativa de los países apoyando el Documento de Río, con consenso pendiente a la espera de los EE.UU.:

“La Constitución de la OMS dice lo siguiente: “la finalidad de la Organización Mundial de la Salud será alcanzar para todos los pueblos el grado mas alto posible de salud”. Por consiguiente, al contribuir al programa sobre salud publica, innovación y propiedad intelectual, la OMS desempeñará una función estratégica y previsora conforme a su mandato y sus objetivos constitucionales. Para lograr esto la OMS, incluidas sus oficinas regionales y de país, fortalecerá la competencia institucional y los programas para aplicar esta estrategia y plan de

¹⁵ El informe de KEI sobre la carga de morbilidad está disponible en:

http://www.keionline.org/index.php?option=com_jd-wp&Itemid=39&p=90

1621 Connecticut Avenue, Suite 500, Washington, DC 20009, USA +1.202.332.2670

1 Route des Morillons, CP 2100, 1211 Geneva 2, Switzerland +41 22 791 6727

24 Highbury Crescent, London, N5 1RX, UK +44 (0) 207 226 6663 ex 252



acción, así como los existentes mandatos establecidos por las resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud”.

La reafirmación del mandato de la OMS en el campo de propiedad intelectual se ha visto reforzada por recientes cambios institucionales donde el tema pasa a depender directamente de la Directora General¹⁶.

c) Principios orientadores

El Documento de Río propuso introducir una sección de principios a la Estrategia Mundial destinado a destacar los aspectos sociales y de salud pública del documento y a orientar su implementación. Venciendo la reticencia inicial de la Unión Europea y los Estados Unidos, el documento actual contiene un párrafo introductorio y 11 principios.

Existe consenso sobre importantes principios, como que los derechos de propiedad intelectual no impiden ni deberán impedir que los Estados Miembros adopten medidas para proteger la salud pública. Sin embargo, no existe consenso aún sobre un principio propuesto en el Documento de Río: “el derecho a la salud tiene precedencia sobre los intereses comerciales”. Se plantea como una alternativa el siguiente texto propuesto por los países desarrollados: “los objetivos de la salud pública y los intereses comerciales se deben equilibrar y coordinar de manera apropiada”. Tampoco existe aún consenso el derecho de toda persona al disfrute de la salud, reconocido como derecho humano fundamental en instrumentos internacionales, en particular el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aunque se encuentra reconocido en el preámbulo de la propia constitución de la OMS.

d) Tratado en Investigación y Desarrollo

Otro de los puntos positivos de esta segunda sesión del IGWG fue el acuerdo que se adoptó de alentar nuevos debates sobre un tratado en investigación y desarrollo en materia de salud y biomedicina. El objetivo es ayudar a establecer necesidades y prioridades en materia de investigación y desarrollo, identificar mecanismos de financiación sostenible y mejorar la coordinación internacional, para proporcionar una base más firme y sostenible a las actividades de investigación y desarrollo.

Las grandes compañías farmacéuticas y las delegaciones de algunos países europeos¹⁷ estaban en contra de la inclusión de esta propuesta en la Estrategia Mundial, no obstante

¹⁶ Para más información sobre el cambio institucional en la OMS, la nota de la Directora General está disponible en: <http://lists.essential.org/pipermail/ip-health/2007-November/011986.html>, y un artículo de IP-Watch al respecto en: <http://www.ip-watch.org/weblog/index.php?p=844>

¹⁷ Para un análisis de la posición de la Unión Europea respecto el Documento de Río, vean el resumen de Michelle Childs de KEI, disponible en: <http://lists.essential.org/pipermail/ip-health/2007-November/011893.html>



después de intensas negociaciones, Brasil, China, Kenya (en representación de los 46 países de la región AFRO), la India y los Estados Unidos contribuyeron a que la Unión Europea y Suiza superaran su oposición inicial. Al final un texto propuesto por Canadá fue aprobado por consenso y forma ya parte del elemento 2 (promoción de las actividades de investigación y desarrollo) de la Estrategia Mundial en los siguientes términos:

“2.4.c. Alentar nuevos debates de carácter exploratorio sobre la utilidad de posibles instrumentos o mecanismos para actividades esenciales de investigación y desarrollo en materia de salud y biomedicina, incluido, entre otras cosas, un tratado a este respecto”

En sus intervenciones durante la segunda sesión del IGWG, Médicos Sin Fronteras¹⁸, Oxfam¹⁹ y Knowledge Ecology International²⁰ defendieron la propuesta.

e) Mecanismos de incentivo a la I+D

Una de las conclusiones más importantes del informe CIPIH es que los derechos de propiedad intelectual son mecanismos inadecuados para estimular innovación en productos destinados principalmente a los países en desarrollo al carecerse de un mercado rentable. Por lo tanto, una parte esencial del mandato del IGWG es la de explorar y aplicar mecanismos de incentivo de la innovación destinada a los países en desarrollo.

En este sentido, el siguiente párrafo de la Estrategia Mundial tiene ya consenso:

“Los derechos de propiedad intelectual constituyen un incentivo importante para el desarrollo de nuevos productos de atención sanitaria. Este incentivo por sí solo no basta para satisfacer la necesidad de desarrollar nuevos productos contra enfermedades cuando el mercado comercial potencial de dichos productos es pequeño o incierto”

Knowledge Ecology International (KEI) y otras organizaciones así como algunos de los expertos designados, están proponiendo el estudio y la aplicación de fondos de recompensas, en lugar de monopolios, como mecanismo de incentivo que separe el coste de la innovación del precio de los productos²¹. El IGWG representa una oportunidad

¹⁸ La declaración de Médicos sin Fronteras está disponible en:

http://www.msf.org/msfinternational/invoke.cfm?objectid=20758DB3-15C5-F00A-254EB828BE6153FA&component=toolkit.article&method=full_html

¹⁹ La declaración de Oxfam está disponible en: <http://lists.essential.org/pipermail/ip-health/2007-November/011924.html>

²⁰ La declaración de Knowledge Ecology International está disponible en:

http://www.keionline.org/index.php?option=com_content&task=view&id=159

²¹ Para un resumen de la propuesta de premios de recompensa, ver la observación presentada por Jaime Love de KEI en la segunda audiencia pública en septiembre del 2007 y disponible en:

http://www.who.int/phi/public_hearings/second/contributions_section2/Section2_JamesLove-KEI_prizes.pdf



única en este respecto y el texto en negociación de la Estrategia Mundial y Plan de Acción contiene importantes propuestas.

La reciente resolución WHA 60.30 fue muy importante al pedir a la Directora General de la OMS que aliente la formulación de propuestas relativas a actividades de investigación y desarrollo, incluidos diversos mecanismos de incentivos, en que se afronte la vinculación entre los costos de investigación y desarrollo y el precio de los productos. No obstante, los Estados Unidos se han opuesto a incluir cualquier referencia a esta resolución en la Estrategia Mundial y el siguiente párrafo de la sección de contexto se encuentra con consenso pendiente de los EE.UU.:

“Se deben formular propuestas sobre actividades de investigación y desarrollo impulsadas por las necesidades sanitarias, propuestas que abarquen una variedad de incentivos, además de abordar la relación entre los costos de las actividades de investigación y desarrollo, y los precios de los medicamentos, vacunas, estuches de diagnóstico y otros productos de atención sanitaria, así como un método para adaptar la combinación óptima de incentivos a una afección o producto determinados con objeto de combatir las enfermedades que afectan desproporcionadamente a los países en desarrollo”

Tradicionalmente, la industria farmacéutica y muchos de los países desarrollados se han opuesto tradicionalmente a explorar y aplicar incentivos alternativos al sistema de monopolios. Durante la segunda sesión del IGWG, los Estados Unidos se opusieron a la utilización de la palabra “alternativo” en todo el documento, y están defendiendo el concepto de “mecanismo complementario (a los ya existentes)”.

En este sentido, los elementos 5 y 7 de la Estrategia Global que se encuentran aún por negociar serán claves. Es alentador que el siguiente párrafo introductorio al elemento 5 ha obtenido ya consenso:

“35. Los regímenes internacionales sobre propiedad intelectual tienen la finalidad, entre otras cosas, de incentivar el desarrollo de nuevos productos sanitarios. No obstante, hay que estudiar y aplicar planes de incentivos para las actividades de investigación y desarrollo, especialmente por lo que respecta a las enfermedades de tipo II y tipo III y a las necesidades específicas en materia de investigación y desarrollo de los países en desarrollo en cuanto a las enfermedades de tipo I. Es una necesidad ineludible reforzar la capacidad de innovación, así como la capacidad de gestionar y aplicar la propiedad intelectual en los países en desarrollo, en particular el uso pleno de las disposiciones del Acuerdo sobre los ADPIC y de los instrumentos relacionados con ese acuerdo, que proporcionan flexibilidades para adoptar medidas de protección de la salud pública”.

RETOS PARA EL FUTURO

Un informe emitido por la Secretaría del IGWG el 10 de noviembre muestra los progresos realizados por los grupos de redacción A y B hasta las 21.30 horas del 9 de



noviembre²². El informe debe ser finalizado y revisado por la secretaria del IGWG, teniendo en cuenta los debates del 10 de noviembre.

La secretaria anunció que la segunda sesión del IGWG se reanudara antes de la próxima Asamblea Mundial de la Salud, donde el IGWG debe presentar la Estrategia Mundial y Plan de Acción definitivos por resolución WHA 59.24. Tentativamente, la secretaria anunció que la reunión se realizara en Ginebra del 28 de abril al 3 de mayo de 2008.

Pero antes de la reanudación del IGWG II, el sub-grupo de redacción sobre el Plan de Acción continuara sus trabajos y esta previsto que se reúna durante 3 días en Ginebra después del Consejo Ejecutivo de la OMS, previsto del 21 al 26 de enero del 2008.

Asimismo, los Estados Miembros tienen hasta el 31 de enero del 2008 para presentar propuestas de texto sobre las partes de la Estrategia Mundial y el Plan de Acción que aún no se han discutido. No se aceptaran propuestas sobre texto negociado. La secretaria divulgará las propuestas que haya recibido a principios de marzo.

Para la continuación de esta importante negociación, serian deseable unas sesiones más abiertas con una mayor participación de la sociedad civil y de expertos. Las expectativas para los próximos meses son muy altas, pues después de la reunión de noviembre es innegable que las negociaciones del IGWG tiene el potencial de cambiar el modelo de investigación y desarrollo médico por un sistema que asegure innovación y acceso (I+A). Los Estados Miembros y la secretaria del IGWG están afrontando esta negociación con un importante nivel de compromiso y seriedad honrando esta oportunidad histórica de reconciliar los incentivos a la innovación y las necesidades de salud pública de las poblaciones más pobres.

²² Una copia del informe del 10 de noviembre está disponible en: <http://www.oliver-moldenhauer.de/msf/draftIGWG.pdf>

1621 Connecticut Avenue, Suite 500, Washington, DC 20009, USA +1.202.332.2670
1 Route des Morillons, CP 2100, 1211 Geneva 2, Switzerland +41 22 791 6727
24 Highbury Crescent, London, N5 1RX, UK +44 (0) 207 226 6663 ex 252



Misión Permanente de España
ante las Organizaciones Internacionales
GINEBRA

GLM/MGC/Nº68/07

La Misión Permanente de España ante la Oficina de las Naciones Unidas y otros Organismos Internacionales con sede en Ginebra saluda atentamente a la Organización Mundial de la Salud y, en relación con la C.L.1.2007 de 12 de febrero de 2007, por la que solicitaba observaciones al documento "Elementos de una estrategia global y plan de acción: progresos realizados hasta la fecha por el Grupo de trabajo Intergubernamental sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual" (A/PH/IGWG/1/5), tiene el honor de remitirle adjuntas las observaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.

La Misión Permanente de España aprovecha esta oportunidad para reiterar a la Organización Mundial de la Salud el testimonio de su más distinguida consideración.

Ginebra, 28 de febrero de 2007



Organización Mundial de la Salud
Ginebra



Misión Permanente de España
ante las Organizaciones Internacionales
GINEBRA

UNOFFICIAL TRANSLATION

The Permanent Mission of Spain to the United Nations Office and other International Organizations in Geneva presents its compliments to the World Health Organization and, referring to the C.L.1.2007 of 12th February in which the Government of Spain was invited to provide its comments and inputs to the document prepared by the Working Group on Public Health, Innovation and Intellectual Property, entitled "Progress to date in the Intergovernmental Working Group (A/PH/IGWG/1/5), has the honour to enclose the comments and inputs submitted by the Minister of Health and Consumers Affairs of Spain.

The Permanent Mission of Spain avails itself of this opportunity to reiterate to the World Health Organization, the assurance of its highest consideration.

Geneva, 28th February 2007

*World Health Organization
Geneva*



NON OFFICIAL TRANSLATION

WORLD HEALTH ORGANIZATION: PLAN OF ACTION PROPOSED BY THE INTERGOVERNMENTAL WORKING GROUP ON PUBLIC HEALTH, INNOVATION AND INTELLECTUAL PROPERTY

OBSERVATIONS BY THE MINISTRY OF HEALTH AND CONSUMER AFFAIRS OF SPAIN TO THE DOCUMENT ENTITLED "ELEMENTS OF A GLOBAL STRATEGY AND PLAN OF ACTION; PROGRESS TO DATE OF THE INTER GOVERNMENTAL WORKING GROUP ON PUBLIC HEALTH, INNOVATION AND INTELLECTUAL PROPERTY (A/PHI/IGWG/1/5, of 08.12.06)

The Ministry of Health and Consumer Affairs of Spain considers it necessary to make the following observations to the last three elements of the plan of action:

a) *Improvements in the practical introduction of medicines and access to them*

The measures set out are directed primarily towards developing countries and deserve a favourable opinion on the part of the Ministry of Health and Consumer Affairs of Spain. Nevertheless, the Ministry recommends that they be grouped together by major areas (approval, revision, inspection, foreign trade, logistics, prices and financing) and include a recommendation on standardized working procedures for the body or authority responsible. This manual of procedures could be drawn up or adapted by WHO for each country requiring support in this regard.

b) *Financial sustainability*

This heading is devoted principally to the R&D activity focussed on diseases with a high incidence in developing countries. The Ministry of Health and Consumer Affairs has driven systems for the application of funds originating from contributions by the pharmaceutical industry to clinical research on medicines and healthcare products, as reflected in the recent public call for tenders for non-commercial clinical trial projects (published on 1 February 2007).

This initiative could be submitted to the intergovernmental group for consideration in the event that perhaps it may be suitable for inclusion in the plan of action, duly adapted to each country. It is surely applicable to countries with a level of development in which there is public funding of medicines and, therefore, where it would be possible to establish an agreement of this kind with the supplier pharmaceutical companies. Nevertheless, the R&D on any kind of pathology requires not only the application of funds but also the existence of a



well-trained research community and, equally important, qualified research centres. Institutions of this kind require a scientific environment more in line with that of a developed country and, for this reason, we would have to assume that the basic and pre-clinical research would need to be carried out in countries with research centres of a sufficient level. However, the performance of clinical trials can definitely be transferred to developing countries, provided that they have a basic healthcare infrastructure that would enable the implementation of good clinical practice.

c) *Monitoring and communication mechanisms*

The draft of the plan makes all of these activities fall upon WHO, for which reason there is no scope for any comment other than to say that Spain will support the Organization in those aspects for which its support is required.

Spain joins in all the contributions made by the European Union.



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO POR EL GRUPO INTERGUBERNAMENTAL DE SALUD PÚBLICA, INNOVACIÓN Y PROPIEDAD INTELECTUAL.

OBSERVACIONES DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO DE ESPAÑA AL DOCUMENTO TITULADO "ELEMENTOS DE UNA ESTRATEGIA GLOBAL Y PLAN DE ACCIÓN: PROGRESOS REALIZADOS HASTA LA FECHA POR EL GRUPO DE TRABAJO INTERGUBERNAMENTAL SOBRE SALUD PÚBLICA, INNOVACIÓN Y PROPIEDAD INTELECTUAL" (A/PHI/IGWG/1/5, de 08.12.06)

El Ministerio de Sanidad y Consumo de España considera necesario efectuar las siguientes observaciones a los tres últimos elementos del plan de acción:

a) *Mejoras en la introducción práctica de medicamentos y acceso a los mismos*

Las medidas enunciadas se dirigen principalmente a países en desarrollo y merecen opinión favorable del Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Se recomienda, no obstante, agruparlas por grandes áreas (autorización, revisión, inspección, comercio exterior, logística, precios y financiación) e incluir alguna recomendación sobre procedimientos normalizados de trabajo para el organismo o autoridad responsable. Este manual de procedimientos podría ser elaborado o adaptado por la OMS para cada país que requiriese apoyo en este sentido.

b) *Sostenibilidad financiera*

Este epígrafe está dedicado principalmente a la financiación de la actividad de I+D sobre enfermedades de elevada incidencia en países en desarrollo. Desde el Ministerio de Sanidad y Consumo se han impulsado esquemas de aplicación de fondos procedentes de aportaciones de la industria farmacéutica a investigación clínica con medicamentos y productos sanitarios, como se recoge en la reciente convocatoria pública para proyectos de ensayos clínicos no comerciales (publicada el día 1 de febrero de 2007).

Podría presentarse esta iniciativa al grupo intergubernamental por si pudiera tener cabida en el plan de acción, debidamente adaptada a cada país. Es, con toda seguridad, aplicable a países con cierto nivel de desarrollo en el que exista financiación pública de medicamentos y por tanto, se pueda establecer un acuerdo de este tipo con las empresas farmacéuticas proveedoras. Ahora bien, la I+D en cualquier patología exige no solamente la aplicación de fondos sino la existencia de una comunidad investigadora bien formada y, no menos importante, de centros de investigación capacitados. Este tipo de instituciones precisa de un entorno científico más propio de país desarrollado, y por ello hay que considerar que la investigación básica y preclínica debe efectuarse en



países que cuenten con centros de investigación de nivel suficiente. Sin embargo, la realización de ensayos clínicos es perfectamente trasladable a los países en desarrollo, siempre que cuenten con un mínimo de infraestructura sanitaria que permita la implementación de buenas prácticas clínicas.

c) *Mecanismos de seguimiento y comunicación*

El borrador del plan hace recaer la totalidad de estas actividades sobre la OMS, por lo que no procede efectuar más comentario que España apoyará a la Organización en aquellos aspectos en que sea requerida.

España se suma a todas las aportaciones realizadas por la Unión Europea.

The Big Idea: Prizes to Stimulate R&D for new Medicines

the Ruby Hutchison Memorial Address

KEI Research Paper 2007:1

Presented November 14, 2006, Revised 26 March 2007¹

James Love, Knowledge Ecology International

Tim Hubbard, Wellcome Trust Sanger Institute

Table of Contents

Table of Contents.....	1
1. Introduction: The core idea.....	2
2. Background on prizes and their application to medical R&D.....	2
3. Shortcomings of current “price” incentive.....	4
4. Prize systems to simulate investments in medical innovation.....	9
5. Major issues in the design of prize funds.....	15
5.1. Voluntary or non-voluntary?.....	15
5.2. Relationship to the patent system.....	16
5.3. Fixed total prize fund obligations, or obligation to pay fixed prize per QALY?.....	17
5.4. Structure of prizes (and relationship to QALYs).....	17
5.5. Timing of payoff.....	20
5.6. Size of the Prize Fund.....	21
5.7. Valuation of inventions.....	22
5.8. Allocation of set-asides for priority or neglected areas.....	23
5.9. Treatment of follow-on innovation.....	23
5.10. Transition from current to new system.....	24
6. Solving the global free-rider issue.....	24
7. Comparison of the prize fund approach to Advanced Purchase Commitments (APC) or Advanced Marketing Commitments (AMC).....	25
8. The World Health Organization’s International Working Group on Public Health, Innovation and Intellectual Property.....	27
9. Prizes as an alternative to price discrimination for products.....	29
10. Incremental or fundamental reform?.....	31
11. Conclusion.....	33
References.....	35

¹ This paper was presented as the Ruby Hutchison Memorial Address, on November 14, 2006, in Sidney Australia. Ben Krohmal provided comments on an earlier draft. This paper benefited from our collaboration with many persons over the past five years, and it is simply impossible to name everyone for their many helpful comments and criticisms. Tim Hubbard is Head of Informatics at the Wellcome Trust Sanger Institute, Cambridge, UK. Views expressed in this article are those of the authors and not necessarily those of their organisations



1. Introduction: The core idea

The current system of financing research and development (R&D) for new medicines is deeply flawed by the impact of high prices on access to medicine, the wasteful spending on marketing and R&D for medically unimportant products, and the lack of investment in areas of greatest public interest and need. It can and should be replaced with something better.

The system for financing new drug development can be radically improved, spending less overall, aligning investment incentives more efficiently, while making drugs available to everyone at cheap generic prices.

Reforming the way we pay for R&D on new medicines involves a simple but powerful idea. Rather than give drug developers the exclusive rights to sell products, the government would award innovators money: large monetary “prizes” tied to the actual impact of the invention on improvements in health care outcomes that successful products actually deliver.

2. Background on prizes and their application to medical R&D

The idea of using prizes to stimulate innovation has a long history,² but in recent years, prize mechanisms have drawn new interest as a superior business model for the creation of medicines and some other knowledge goods.³

² See: Discussions in 1983. Brian Wright. “The Economics of Investment Incentives: Patents, Prizes, and Research Contracts”. *American Economic Review*. 73: 691-707, 1998. Michael Kremer. “Patent Buyouts: A Mechanism for Encouraging Innovation”. *Quarterly Journal of Economics* 113: 1137-67. 2001. Steven Shavell and Tanguy van Ypersele. “Rewards versus Rights”. *Journal of Law and Economics*. 44: 525-547. Previously published as “Rewards versus Intellectual Property Rights”. 1998 Harvard Law School, Olin Center for Law, Economics & Business, Discussion Paper No. 246, 2001. Nancy Gallini and Suzanne Scotchmer. “Intellectual Property: When is it the Best Incentive System?” University of California, Berkeley Working Paper E01-303., 2002. Paul Romer. “When Should We Use Intellectual Property Rights?” *The American Economic Review* vol. 92: 2, 2002. Lee Davis. “Should We Consider Alternative Incentives for Basic Research? Patents vs. Prizes”. Paper for the Druid Summer Conference on Industrial Dynamics. Copenhagen, Denmark. 2003. Michael Abramowicz. “Perfecting Patent Prizes”. *Vanderbilt Law Review*. 56: 114-236. Benjamin Krohmal, “Prominent Innovation Prizes And Reward Programs,” KEI Research Note 2007:1, March 1, 2007.

³ Recent papers by Joseph Stiglitz on prizes have attracted considerable attention, including for example, Joseph Stiglitz, “Give Prizes not Patents,” *New Scientist*, December 23, 2006, and Joseph Stiglitz. “Scrooge and Intellectual Property Rights: A Medical Prize Fund Could Improve the Financing of Drug Innovations,” *British Medical Journal*. 333:1279-80. In addition also to papers mentioned above, see May 27, 2003. James Love. *From TRIPS to RIPS: A better Trade Framework to support Innovation in Medical Technologies*. Paper for the Workshop on Economic Issues Related to Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries, Agence nationale de recherches sur le Sida, Marseille, France. August 22, 2003. Burton Weisbrod. “Solving The Drug Dilemma,” *Washington Post*. 2003. James Love. *A New Trade Framework for Global Healthcare R&D*. Paper for Columbia University's Workshop on Access to Medicines and the Financing of Innovations in Health Care. 2004. James Love and Tim Hubbard. “A New Trade Framework for Global Healthcare R&D”. *PLOS Biology*. 2(2): e52 DOI: 10.1371/journal.pbio.0020052. June 25, 2004. Joseph DiMasi and Henry Grabowski. “Patents and



This has been motivated in part by developments in information technologies, particularly the Internet, where vast knowledge goods and services are available for free, on the margin. These examples, which have been directly experienced and highly valued by millions of persons, are leading to new examinations of how other knowledge goods, including inventions of new drugs and vaccines, could be more widely shared.

In 2002, Aventis, the giant pharmaceutical firm, held a three-day scenario planning session in Ottrott-le-Haut, France, to consider what might happen if there were radical changes in the business models for new drug development. The meeting was authorized by the Aventis CEO and the company's board of directors, and included more than two dozen high-level Aventis executives and two critics of the existing regime of incentives: Tim Hubbard, Head of Human Genome Research for the Wellcome Trust Sanger Institute, and a leading proponent of placing genome research in the public domain, and James Love, then as Director of the Consumer Project on Technology and a proponent of compulsory licensing of patents on medicines in developing countries.

One product of this meeting was initially dubbed “Radical IPR Scenario # 1.” It involved a proposal to eliminate marketing monopolies for new pharmaceutical drugs, in return for a system of large cash prizes. In order to ensure the entire world shared the costs of drug development, there would be a global treaty that set minimum levels of support for R&D, either through similar prizes funds, or other research projects, including open source research similar to the Human Genome Project.

R&D Incentives: Comments on the Hubbard and Love Trade Framework for Financing Pharmaceutical R&D”. September 22, 2004. Dean Baker, “Financing Drug Research: What are the Issues?” Issue Brief, Center for Economic and Policy Research. January 17, 2005. Aidan Hollis. *An Efficient Reward System for Pharmaceutical Innovation*. January 2005. Thomas Pogge. “Human Rights and Global Health: A Research Program”. *Metaphilosophy*. 1/2(36). February 2, 2005, Representative Bernard Sanders, “Medical Innovation Prize Fund,” *Congressional Record*, Extensions of Remarks, E149. May 18, 2005. Aidan Hollis. *An Optional Reward System for Neglected Disease Drugs*. June 21, 2005. Thomas Pogge on Online Opinion. *A New Approach to Pharmaceutical Innovations*. 2005. James Love and Tim Hubbard. “Paying for Public Goods” in *Code: Collaborative Ownership and the Digital Economy*. Edited by Rishab Aiyer Ghosh. MIT Press, Cambridge. 207-229. 2005. James Love. *Medical Innovation Prize Fund System of Remuneration*. In *Remuneration Guidelines for Non-Voluntary Use of a Patent on Medical Technologies*. James Love. WHO UNDP. 77-80 and 101-104. March 2006. James Love. “Measures to Enhance Access to Medical Technologies, and New Methods of Stimulating Medical R&D.” Paper for the WIPO Open Forum on the Draft Substantive Patent Law Treaty (SPLT). April 18, 2006. Scott Woolley. “Prizes not Patents”. *Forbes Magazine*. May 2006. James Love, “A New Initiative at the WHO, Prizes Rather than Prices.” *Le Monde diplomatique*. May 2006. James Love, “Drug Development Incentives to Improve Access to Essential Medicines,” *Bulletin of the World Health Organization*. 84(5). 2006. Kevin Outterson. “Patent Buy-Outs for Global Disease Innovations for Low and Middle-Income Countries.” *American Journal of Law and Medicine*, Vol. 32. 2006. Carl Nathan, “Aligning pharmaceutical innovation with medical need,” *Nature*, Vol 13, No. 3, March 2007. Marlynn Wei. Should Prizes Replace Patents? A Critique of the Medical Innovation Prize Act of 2005. Boston University Journal of Science and Technology Law (working paper). 2007.



When the Aventis scenario exercise concluded, some thought it offered a superior and plausible alternative to the current systems of paying for R&D for new medicines, and could be translated into a broader global campaign for access to medical inventions. The campaign would focus on issues of fairness and economic efficiency. The new system was justified on both moral and economic grounds.

3. Shortcomings of current “price” incentive

It's not easy to summarize the complicated economics of the pharmaceutical industry, but some basic facts are helpful to review. According to the market research firm IMS, global sales for pharmaceutical products were \$602 billion in 2005, or 1.35 percent of global GDP. Some experts believe that the current system of market monopolies for drug sales increased 2006 drug prices by \$400 to \$480 billion. In the U.S. market, brand name products are on average twelve times more expensive than generics when purchased from manufacturers.⁴

The hefty price premiums for patented brand name products are tolerated for one reason and one reason only: this is how we stimulate R&D for new medicines.

A simple but often overlooked question is: how much R&D do we get for the price premium? The International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (IFPMA) claims that global private sector investments in R&D were about \$51 billion in 2005,⁵ or less than 9 percent of global sales.⁶ This is what we get for the \$400 to \$480 billion in higher prices. The patent system (as currently implemented) is a very expensive way to stimulate R&D. Consumers pay eight or nine dollars in higher prices to stimulate one dollar in R&D spending.

But what type of R&D does this buy? The granting of marketing monopolies creates big

⁴ In 2005, the U.S. market share for generic pharmaceutical products was 56 percent by volume, but only 9 percent by sales. On average, generic manufacturers sold products at only 8 percent of the price of branded products. Source: GPHA. Prices to consumers, which reflect pharmacy mark-ups and other distribution costs, have somewhat different relative prices, but still reflect large differences between patented and generic prices. Price premiums for “brand name” trademarks for medicines are also higher largely because of the long period of exclusive marketing rights, which associates the name of the product with the trademark, and presents entry barriers for generic products.

⁵ Statement on IGWG Agenda Item 2.3: “Elements of the global strategy and plan of action,” Dr. Eric Noehrenberg, Director, International Trade and Market Policy, International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations (IFPMA). December 2006.

⁶ The U.S. trade association PhRMA often presents data that suggests higher rates of investment in R&D, they are often misleading, because they don't take into account the fact that while most of the global R&D spending occurs in the United States, products are sold globally. PhRMA surveys systematically exclude R&D spending and sales by foreign subsidiaries of foreign pharmaceutical companies, and do not include revenues for non-PhRMA members.



incentives to develop products that have modest (if any) medical benefits, when compared to existing medicines. If marketed heavily, such products can fetch high prices, so long as they are perceived to be roughly as good as another high-priced medicine. In some cases, products are simple reformulations of existing drugs, with only minor benefits in drug delivery.

Among experts, it is well known that most new drugs are not very important, because they don't offer significant improvements over existing medicines, and at the cost of unknown adverse reactions that will only emerge over time.

A recent study by the FDA Center for Drug Evaluation and Research (CDER) found that of the 1,284 new drug approvals (NDAs) from 1990 to 2004, only 289, or 22.5%, were for "priority" reviews, defined as a product that presents a "significant improvement compared to marketed products in the treatment, diagnosis, or prevention of a disease."⁷ Of the priority products, 183 (14.3 percent of the total NDAs) were classified by the FDA as new molecular entities (NMEs).

Not only are most new drug approvals for products not very important medically, but the costs of drug development for the so called "me-too" products are often more expensive. The largest costs for the development of new drugs are for clinical trials involving humans. A recent study of clinical trials by Love and Patel found that the number of patients enrolled in clinical trials is almost twice as large for products that don't have significant therapeutic benefits over existing drugs. This is not surprising. Once regulators like the U.S. FDA determine that products have few incremental benefits over existing medicines, they are likely to require more proof that the products don't cause harm to patients. Companies also need larger trials to claim that small differences in efficacy are statistically significant.

The companies who sell the products also admit that they invest in clinical trials that have little scientific value, largely for marketing purposes. Eve Slater, as Merck's Senior President for Clinical Testing, complained to the *Wall Street Journal* that post-marketing studies "are billowing out of control," with "a total lack of science" in some studies. When rivals offer studies that can be used to influence doctors and patients "you have to do it, too, or you are dead in the water," Slater said.⁸

One measure of the lack of scientific relevance of many of the clinical trials is found on the section of the FDA drug marketing label titled clinical trials. Weighted by the number of patients, the FDA cites less than half of the clinical trials that companies report having undertaken, as evidence to support the safety and efficacy of the products.⁹

⁷ The FDA classification is prospective designation, and a post-approval evaluation may indicate proportions that are higher or lower.

⁸ Robert Langreth, "Drug Marketing Drives Many Clinical Trials," *Wall Street Journal*, November 16, 1998.

⁹ Love and Patel, "Size of Clinical Trials for Priority and non-priority drug approvals," forthcoming.



This is the current system of stimulating R&D. In 2005, prices were \$400 to \$480 billion higher due to patent monopolies, in return for \$51 billion in private sector R&D, and probably one half to two-thirds of the R&D investments were directed towards projects of almost no medical significance.

What do these high prices do in terms of access? In a country with comprehensive healthcare insurance, where all new medicines are available through insurance, access would not suffer. Unfortunately, that does not describe the world we live in.

The situation is direst in developing countries, where access to medicines is often appalling. The World Health Organization's "essential medicines list" (EML) is limited to products that are "cost-effective." The most recent version of the list included only 14-patented products, 11 of which were for the treatment of AIDS, and only 3 for all other diseases.¹⁰ AIDS drugs were only added to the list after activists launched a campaign for compulsory licenses on patents for AIDS drugs, and lobbied wealthy governments to fund the cost of treatment.

Major pharmaceutical companies routinely offer products in developing countries at high prices, not because they are concerned about re-importation to wealthy countries, but because the actual profit-maximizing prices are often those that target the elites who control the most income. A 2004 study of the pricing of Merck's asthma drug Singular found that it was only affordable for the wealthiest 10 percent of the South African population, the group that also controlled about half the country's income. Merck would have to decrease the price significantly to make the product affordable to even the top 20 percent of the population, let alone most people, and in doing so would have lower profits, even with more units sold.

In a 2004 meeting at the World Bank, a Novartis executive said the company considered India a country of 50 million potential customers, including only the 5 percent of the population with incomes comparable to Europeans. These stories are repeated all over the world, as illustrated by well-known disputes, such as over the prices of the heart disease drug Plavix in the Dominican Republic and Thailand, Pfizer's price of Norvasc in the Philippines, Pfizer's fluconazole in Honduras, or Tamiflu for government stockpiles, to mention only a few examples.¹¹

Developing countries like Brazil and Thailand, with large populations of AIDS patients, find

¹⁰ See March 2, 2007 letter to the WHO Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines, http://www.keionline.org/index.php?option=com_content&task=view&id=25.

¹¹ Andrew Leonard, "Pfizer's Philippine follies, *Salon*, April 4, 2006. <http://www.salon.com/tech/htww/2006/04/04/pfizer/index.html>. May 14, 2002. Letter from French embassy to Sr. Hugo Guiliani Cury, Secretary of State of the Dominican Republic regarding proposed compulsory license for patents on the heart disease drug Plavix. Also: Gelders S, Ewen M, Noguchi N, Laing R. Price, *Availability and affordability: An international comparison of chronic disease medicines*. 2006. World Health Organization and Health Action International. WHO- EM/EDB/068/E/05.06/3000.



their political will to provide treatment challenged by the high prices for new second-line AIDS drugs, which eat up health care budgets.

In developed economies the problems are less severe, but quite real. The United States reportedly has more than 50 million persons without health insurance, including many in the middle-class who face enormous challenges when diagnosed with severe illnesses. Some U.S. employers who provide insurance find ways to avoid hiring workers who will likely need expensive drugs. Public and private insurance companies everywhere try to limit access to some expensive new medicines.¹² Several governments have been in difficult negotiations over the high price of Gardasil, the new vaccine for the leading cause of cervical cancer.¹³ In many OECD countries, reimbursements for very expensive drugs for cancer and other severe illnesses are restricted to limited uses, or in some cases are not available at all.¹⁴

There are many other important issues concerning current mechanisms to simulate R&D. For example:

- New antibiotics are needed to combat resistance to older drugs. But once they are developed, it is better if the drugs are only used when the older drugs fail, to reduce the risks of resistance to the new medicines. On the other hand, companies that hold the patents on such medicines have incentives to encourage product use, in order to increase

¹² See, for example, Robert E. Wittes, "Cancer Weapons, Out of Reach," *Washington Post*, June 15, 2004. Daniel Costello, "Setting a price for putting off death: A few more months of life may not be worth the costs of new cancer therapies, some argue." *LA Times*, March 18, 2007.

¹³ "Glaxo May Face Resistance To Reimbursement," November 09, 2006, Dow Jones. Marie McCullough, "A downside to heralded HPV drug: Cost, access," *the Philadelphia Inquirer*, January 18, 2007, http://www.philly.com/inquirer/health_science/20070118_A_downside_to_heralded_HPV_drug_Cost_access.html. "The base price - \$360 for three shots given over six months - makes it the most expensive of an ever-growing list of childhood vaccines. Private insurance coverage of Gardasil is in flux. Many physicians are complaining about under-reimbursement. And for the uninsured, free or discounted vaccines are very limited for women over 18." Linda A. Johnson for the Associated Press, "Cancer vaccine's price, insurance problems limiting patient access," Feb. 2, 2007.

¹⁴ See cites in fn. 12. Also: James Love, "AstraZeneca tells New Zealand cancer patients they will withdraw cancer drug from the market to protest government pressures to lower prices," *the Huffington Post*, December 18, 2005. "Deal reached over cancer drug," *tvnz.co.nz*, Dec 19, 2005. Reinhard Angelmar, "NICE or Nasty?, Access and Reimbursement of Multiple Sclerosis Medicines in the UK," INSEAD Case Study 2006. "Roche: To Appeal UK Nice Tarceva Reimbursement Finding," Marc 9, 2007, *Dow Jones*. "The Basel-based pharmaceutical company plans to appeal the U.K. National Institute for Health and Clinical Excellence's, or NICE's, decision not to reimburse patients with lung cancer for Tarceva." Stephen B. Soumerai, "Benefits And Risks Of Increasing Restrictions On Access To Costly Drugs In Medicaid," *Health Affairs*, 23, no. 1 (2004): 135-146. Lars Rydén, Graham Stokoe, Gunter Breithardt, Fred Lindemans and Adriaan Potgieter, "Patient access to medical technology across Europe: on behalf of Task Force 2 of the Cardiovascular Round Table of the European Society of Cardiology," *European Heart Journal*, Volume 25, Number 7, page 611-616. S O Schweitzer, and S R Shiota, "Access and Cost Implications of State Limitations on Medicaid Reimbursement for Pharmaceuticals," *Annual Review of Public Health*, Vol. 13: 399-410, May 1992.



sales.¹⁵

- In many areas, products will be more useful if delivery systems or storage characteristics are improved, or medicines were used as co-formulated products or “cocktails,” such as ritonavir with other protease inhibitors. Often these opportunities are discouraged by restrictive licensing policies set by parties holding blocking patents.
- A system that focuses on market exclusivity also suffers from over-investment in wasteful marketing activities, and often from the irrational prescribing practices that such marketing efforts promote. Company designs of clinical trials often avoid the types of comparisons between drugs that would be most useful in designing rational prescribing practices.

Special health problems that disproportionately impact the poor.

When marketing exclusivity is the reward, investors rationally target research investments to address the problems of patients who have highest incomes, and can pay the highest prices. The WHO’s Commission on Intellectual Property, Innovation and Public Health (CIPiH) used a three category classification of diseases.¹⁶ Type I diseases are those for which the burden is roughly the same everywhere, and there is a significant market in high-income countries. Examples of Type I diseases would include diabetes, heart disease, asthma and most non-communicable diseases. Type II diseases are those for which there is some disease burden and market in high-income countries, but where most patients are low-income persons living in low-income countries. Examples of Type II diseases would include AIDS or tuberculosis. Type III diseases are those that almost entirely afflict poor people living in poor countries. Examples of Type III diseases would include malaria or Chagas’ disease. The CIPiH noted that under a system of incentives that targets prices (and incomes of patients), there is considerable under-investment in Type II and III diseases relative to need when measured on medical and social grounds, a problem that is widely discussed in the public health literature, and the subject of reports by periodic reports by the Global Forum for Health Research.¹⁷

¹⁵ Rudholm N., "Economic implications of antibiotic resistance in a global economy," *Journal of Health Economics*. 2002 Nov;21(6):1071-83. Laxminarayan, R., G.M. Brown, "Economics of Antibiotic Resistance: A theory of Optimal Use," *Journal of Environmental Economics and Management*, 42(2): 183-206, 2001. Laxminarayan, R., "Fighting Antibiotic Resistance: Can Economic Incentives Play a Role?" *Resources*, No. 143 (Spring): 9-12, 2001.

¹⁶ This was taken from the earlier report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health (CMH).

¹⁷ *The 10/90 Report on Health Research 2003-2004*, the Global Forum for Health Research. P. Trouiller, P. Olliaro, E. Torreele, J. Orbinski, R. Laing, N. Ford, "Drug development for neglected diseases: a deficient market and a public-health policy failure." *The Lancet*, Volume 359, Issue 9324, Pages 2188-2194. G. Yamey and E. Torreele, "The world's most neglected diseases: Ignored by the pharmaceutical industry and by public-private



Public health experts also note the special problems of treating patients in resource-poor settings, even for Type I diseases. For example, the lack of heat-stabilized insulin for diabetes is an enormous problem for patients living where reliable and convenient refrigeration is not available.

4. Prize systems to simulate investments in medical innovation

Economists have long seen prizes as a possible alternative to systems of exclusive marketing rights. In recent years, work on prizes was an academic backwater, seen more as a novelty than an important policy option. It was more than a decade after Brian Wright's widely read 1983 paper in the *American Economic Review*¹⁸ that academic economists began to display much interest in prizes. But by the late 1990s, as the impact of the internet and other new business models began to shake the technology sector, interest in new business models for knowledge goods began to grow.

Prizes are an appealing answer to a thorny dilemma. How can society ensure that knowledge goods, which are both costly to create and potentially “non-rival” in use, be shared freely? The patent system is a government intervention that makes a compromise. Inventors are given temporary legal monopolies. Goods are not shared for a period of time, and then they enter the public domain. The prize system is a way of rethinking the problem. If you can divorce the incentive for innovation from the product's price to consumers, knowledge goods, including the R&D for a new medicine, can be placed in the public domain immediately.

But if prizes replace prices as the relevant incentive, who determines the amount of the prize? This has been the major drawback to the use of the prize system. In many areas of the economy, there is a reluctance to abandon a system of prices determined by actual market transactions as the method of determining the value of the knowledge good.

Many of the academic papers on prizes focused on this problem, devising a variety of mechanisms and rules for setting the value of prizes, often seeking to mimic the outcomes of market transactions. For example, Michael Kremer's 1998 paper on patent buy-outs proposed a voluntary system for buying out patent rights by using auctions to determine values.¹⁹

partnerships," *BMJ*. 2002 Jul 27;325(7357):176-7. Hans Veeken, Bernard Pécoul (2000), Editorial: "Drugs for 'neglected diseases': a bitter pill," *Tropical Medicine & International Health* 5 (5), 309–311.

¹⁸ Brian Wright, "The Economics of Investment Incentives: Patents, Prizes, and Research Contracts," *the American Economic Review*. 73: 691-707. 1983.

¹⁹ Michael Kremer, "Patent Buyouts: A Mechanism for Encouraging Innovation," *Quarterly Journal of Economics*, November 1998, Vol. 113, No. 4, Pages 1137-1167.



Kremer soon began to focus on problems of R&D for medicines for diseases that primarily concern the poor, like malaria. But rather than a system of prizes or patent buy-outs, he called for large, government-funded programs to buy products at high prices. Kremer's proposals for “advanced purchase commitments” (APCs) or “advanced marketing commitments” (AMCs) were designed to address the problem of the poor not being able to pay the high prices for the drugs, and to tie the purchases to plans for delivering the products to patients. They were strictly voluntary, and did not seek to place inventions into the public domain. By maintaining the ability of drug developers to obtain high prices for products and control the patent rights, Kremer, Jeffrey Sachs and others were able to gain the support of the Gates Foundation and large pharmaceutical companies, groups that were anxious to show that tough intellectual property rules were consistent with development.

In May of 2001 in Montreux, the World Business Council for Sustainable Development (WBCSD) organized the first of two meetings between industry, academics and NGOs to discuss intellectual property rights in biotechnology and healthcare. This meeting sparked interest in new business models for drug development, including the use of prize funds, as well as other approaches to supporting “open source” medicines. The WBCSD effort led to the September 2002 Aventis scenario-planning exercise in Ottrott-le-Haut, on “Pharma Scenarios for Sustainable Healthcare,” referred to above, where Tim Hubbard and James Love presented Radical IP Scenarios #1 and #2. At the heart of the proposals were two ideas.

1. The trade framework should no longer focus on standardized rules of minimum levels of intellectual property protection (such as the WTO TRIPS agreement and various WTO accession commitments, and bilateral and regional intellectual property trade agreements) or drug prices (such as the 1993 U.S./Thailand, 1999 U.S./E.U./Korea or 2005 U.S./Australia agreements on pharmaceutical prices). Instead, the focus would be on agreements between countries to support investments in R&D, providing a more flexible system for addressing the “free rider” issue that would recognize the value of different approaches, including both public and private sector investments, and “open” and “closed” science projects. In the 2002 proposal for the development of medicines, this would be closely tied to a country’s GDP.
2. The primary “pull” incentive for private investment would no longer be the prospect of a marketing monopoly, but rather a system of prizes that rewarded the impact of the inventions on healthcare inventions. There would be a “separation” of the markets for the products and innovation. Innovations would enter the public domain, but innovators would profit when the inventions provided benefits to patients.

There was also work on proposals for new “competitive intermediaries” funded by mandatory employer/employee contributions to provide money for various open science projects.²⁰ These

²⁰ James Love and Tim Hubbard, “Paying for Public Goods” chapter in *Code: Collaborative Ownership and the Digital Economy*. Edited by Rishab Aiyer Ghosh. MIT Press, Cambridge, 2005. (pp. 207 - 229).



intermediaries would be similar to venture capital funds, but target investments in projects that yielded scientific rather than financial returns. Employers would be required to contribute, but would also be given the freedom to choose to which intermediaries they would give money. Proponents of this approach argue that employers would rationally target intermediaries that invested in the most promising advances in medical science, even when the investments were directed at basic or translational research, rather than final products.

Beginning in late 2002, the new paradigm proposals were presented at dozens of seminars and meetings, and were the subject of a Rockefeller-funded Bellagio series of meetings, as well as at three meetings at Columbia organized with Jeffrey Sachs and Joseph Stiglitz, and the main ideas were published in a number of papers.²¹

The initial reaction of the Aventis scenarios was positive but somewhat skeptical within the public health community, and largely negative among major pharmaceutical companies. However, interest in the proposals began to grow²² when academic economists begin to publish similar ideas,²³ the major pharmaceutical companies began to mount attacks on the proposals, DiMasi and Grabowski, well known academic authors and industry advisors, co-authored a critique,²⁴ and a U.S. government health official asked the WHO to not discuss the ideas.²⁵

In 2004, economist Aidan Hollis approached KEI (CPTech at that time) to explore ways to implement a system of prizes linked to health outcomes in a limited and voluntary fashion,

²¹ May 27, 2003. James Love. *From TRIPS to RIPS: A Better Trade Framework to Support Innovation in Medical Technologies*. Paper for the Workshop on Economic Issues Related to Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries, Agence nationale de recherches sur le Sida, Marseille, France. 2003. James Love. *A New Trade Framework for Global Healthcare R&D*. Paper for Columbia University's Workshop on Access to Medicines and the Financing of Innovations in Healthcare. 2003. Tim Hubbard and James Love. "Medicines Without Barriers". *The New Scientist*. 2004. Tim Hubbard and James Love. "We're Patently Going Mad: Lifesaving Drugs Must be Developed Differently - for All Our Sakes". *The Guardian*. 2004. James Love and Tim Hubbard. "A New Trade Framework for Global Healthcare R&D". *PLOS Biology*. 2(2): e52 DOI: 10.1371/journal.pbio.0020052. 2005. James Love and Tim Hubbard. "Paying for Public Goods". In *Code: Collaborative Ownership and the Digital Economy*. Edited by Rishab Aiyer Ghosh. MIT Press, Cambridge. 207-229. 2005. James Love. "Medical Innovation Prize Fund System of Remuneration". In: *Remuneration Guidelines for Non-Voluntary Use of a Patent on Medical Technologies*. James Love. WHO UNDP. 77-80 and 101-104. March 2006. James Love. "Measures to Enhance Access to Medical Technologies, and New Methods of Stimulating Medical R&D." Paper for the WIPO Open Forum on the Draft Substantive Patent Law Treaty (SPLT).

²² Dean Baker was advocating a different approach that involved government-funded drug development companies, which he claimed was superior the prize fund approach. September 22, 2004. Dean Baker. "Financing Drug Research: What are the Issues?" Issue Brief, Center for Economic and Policy Research.

²³ Burton A. Weisbrod, "Solving the Drug Dilemma," *the Washington Post* on August 22, 2003.

²⁴ 2004. "Patents and R&D Incentives: Comments on the Hubbard and Love Trade Framework for Financing Pharmaceutical R&D" by Joseph A. DiMasi and Henry G. Grabowski

²⁵ October 30, 2003. William Steiger, US Department of Health and Human Services, letter to The Honorable J.W. Lee, M.D., Director-General, World Health Organization.



focusing on R&D for neglected diseases. While recognizing the interest in exploring more limited applications of the prize fund approach, our preference was to focus attention on the possibility of a more radical change, targeting not only problems of so called “Type II and III” diseases, but as a model for any disease and any country, including in particular the U.S. market, which is the most important in the world, and not as a voluntary system, but as a new incentive system that would replace government-imposed marketing monopolies.

In January 2005, Hollis and political scientist Thomas Pogge separately published papers that presented proposals for voluntary prize funds, and Congressman Bernard Sanders introduced an ambitious, non-voluntary prize fund system in the U.S. Congress based upon the Hubbard/Love/CPTech proposals.

On February 24, 2005, 162 leading scientists, academic law professors, economists, NGOs, members of parliaments, government officials and others wrote the WHO Executive Board and the WHO Commission on Intellectual Property, Innovation and Health (CIPiH) to request that they evaluate a proposal for a New Global Medical R&D Treaty.²⁶ The February 24, 2005 proposal was ambitious, offering a complete alternative to the exiting trade framework involving TRIPS and TRIPS-plus measures on intellectual property rights and drug prices. In addition to creating new global minimum requirements to support medical R&D, it created a system of identifying and rewarding investments in priority research, open research, technology transfer, and the preservation and dissemination of traditional medical knowledge.²⁷

With respect to new incentives based upon prizes, Hollis proposed rewards for inventions that treated neglected diseases, with the amount of the rewards determined by the supply of innovations that improved Quality Adjusted Life Years (QALYs) in a competition for a fixed prize fund, an approach similar to the one being proposed for a bill in the U.S. Congress by Representative Sanders.

Pogge proposed an international agreement that would be an open-ended commitment to reward QALYs at a fixed rate or dollar per QALY, an approach that we had rejected because of the difficulty of independently determining rates for QALYs and the uncertainty of budget outlays. Like Hollis, Pogge’s proposal was voluntary, and innovators could choose to protect inventions as monopolies rather than participate in the prize program. Unlike Hollis, Pogge’s proposal was not limited to particular diseases.

²⁶ 24 February 2005, letter to World Health Assembly Executive Board and World Health Organization Commission on Intellectual Property, Innovation and Health, Request to Evaluate Proposal for New Global Medical R&D Treaty. Andrew Jack, “WHO Members Urged to Sign Kyoto-style Medical Treaty”. *Financial Times*, February 25, 2005. <http://news.ft.com/cms/s/67e10ff8-86d4-11d9-8075-00000e2511c8.html>.

²⁷ One novel and controversial aspect of the proposal was the creation of a system of tradable credits for investments in these projects, influenced in part by suggestions from Columbia economist Joshua Zivin, then with the Council of Economic Advisors.



On January 26, 2005, Representative Bernard Sanders (now a Senator from Vermont) introduced HR 417 in the 109th Congress under the title the Medical Innovation Prize Fund Act. Sanders based his bill on the proposals championed by Hubbard and Love. HR 417 was the first practical illustration of how a prize fund would operate, and it was the most ambitious. It had a budget, initially set at .5 percent of the U.S. GDP, and a management structure. It addressed a number of practical issues. These are some highlights:

HR 417 does not do away with the patent system. Innovators can still get patents, and use patents to protect inventions, up until the point when a product is registered for sale. At that point, however, rewards for the invention from the prize fund replace the exclusive rights of patent as the incentive mechanism. In effect, it changes the way the patent system works, and provides a new system of intellectual property incentives.

HR 417 was not a strict “QALY” proposal. A management structure would administer the prizes, under a set of general rules, including consideration of:

- (1) The number of patients who benefit from a drug, biological product, or manufacturing process including (in cases of global neglected diseases, global infectious diseases, and other global public health priorities) the number of non-United States patients.
- (2) The incremental therapeutic benefit of a drug, biological product, or manufacturing process, compared to existing drugs, biological products, and manufacturing processes available to treat the same disease or condition.
- (3) The degree to which the drug, biological product, or manufacturing process addresses priority health care needs, including:
 - a. Current and emerging global infectious diseases;
 - b. Severe illnesses with small client populations (such as indications for which orphan designation has been granted under section 526 of the Federal Food, Drug, and Cosmetic Act (21 U.S.C. 360bb)); and
 - c. Neglected diseases that primarily afflict the poor in developing countries.
- (4) Improved efficiency of manufacturing processes for drugs or biological processes.

Companies who registered new medicines with the U.S. FDA would compete for rewards by providing evidence that inventions benefit patients, as measured by *improved* health outcomes.

The rewards would be paid annually, over a ten-year period of time (because information about the safety and efficacy of new medicines emerges over time).

In cases where a new invention is based upon an earlier invention, HR 417 allows for sharing of rewards, so that a follow-on invention may completely replace an existing medicine, but the earlier product could still receive prize money, even with a zero market share, if the second product was based upon its technology. The aim is to give the correct incentives for products



that are both first- and second-movers, since both are important.

In the next version, the prize fund will seek to address the issue of products that are registered at nearly the same time, an issue raised by Dean Baker in discussions on the bill.

The amount of the reward for a particular drug would be determined by supply and demand. The size of the prize fund constitutes the "demand" for innovations. Companies (or non-profit developers) would enter the market to supply such innovations so long as the expected returns (the expected share of the prize fund rewards) are greater than the expected R&D costs.

The size of the prize fund is important, and the basic structure of HR 417 accommodates changes in views concerning the needed magnitude of incentives. If the government wants to stimulate more private investment in R&D, it can increase the size of the prize fund administratively, for example, from 50 basis points to 70 or 100 basis points of GDP. The amount of private investment in R&D thus becomes a matter of public policy. The size of the prize fund can be increased or decreased, and it has nothing to do with the price of the products themselves.

The policy-making board has the authority to determine many of the details of the prize fund reward system later, within certain parameters. As noted, rewards would be based upon evidence that inventions provide "incremental" benefits. No "single drug, biological product, or manufacturing process" could receive more than *five percent* of the total rewards in any given year. There were also certain "set-asides" for special public health problems or needs. These included the following initial minimum allocations:

4 percent for global neglected diseases;

10 percent for orphan drugs; and

4 percent global infectious diseases and other global public health priorities, including research on AIDS, AIDS vaccines, and medicines for responding to bio-terrorism.

The break in the link between the price of the product and the reward to the drug developer has many benefits, including the following:

1. Patients who need drugs and third parties that pay for medicines through insurance would no longer restrict access to medicines because of high prices. Formularies for medicines would no longer be based upon drug prices, but rather the medical qualities of the medicines.
2. Like in India for more than thirty years, drug manufactures would be able to sell any product. They would no longer have incentives to manufacture and sell inferior



medicines.

3. By removing legal monopolies, companies that are efficient and have a good reputation for quality would have an edge.
4. Incentives for marketing would be radically changed. Marketing of a product like Vioxx to patients who did not need the drug, as was done by Merck, would not be profitable, because the prizes would only reward incremental health care benefits. Marketing could also not move the price for the product itself, because of competition among generic suppliers. Only evidence of benefits would generate rewards, making it less profitable to market medicines as if they are fashion accessories or magic potions.

5. Major issues in the design of prize funds

There are a number of important issues in the design of a prize fund. Many of these are usefully discussed in Steven Shavell and Tanguy van Ypersele's influential 1998 and 2001 papers on prizes,²⁸ as well as a growing literature of economists and law professors on prizes.²⁹

5.1. Voluntary or non-voluntary?

Love and Hubbard have argued for a non-voluntary replacement of prizes for marketing monopolies, but have also considered the possibility of voluntary mechanisms in the recent deliberations in the WHO's Intergovernmental Working Group (IGWG) on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health.³⁰

²⁸ Steven Shavell and Tanguy van Ypersele. "Rewards versus Rights". *Journal of Law and Economics*. 44: 525-547. Previously published as "Rewards versus Intellectual Property Rights". 1998 Harvard Law School, Olin Center for Law, Economics & Business, Discussion Paper No. 246.

²⁹ Lee Davis. Intellectual Property Rights, Strategy and Policy. *Economics of Innovation and New Technology*. (13)5: 399-415. 2004. Lee Davis and Jerome Davis. How Effective Are Prizes as Incentives to Innovation? Evidence from Three 20th Century Contests. Paper for the Druid Summer Conference on Industrial Dynamics, Innovation and Development. Elsinore, Denmark. 2004. Michael Abramowicz. Perfecting Patent Prizes. *Vanderbilt Law Review*. 56: 114-236. 2003. Paul Romer. When Should We Use Intellectual Property Rights? *The American Economic Review* 92:2. 2002. Lee Davis. Should We Consider Alternative Incentives for Basic Research? Patents vs. Prizes. Paper for the Druid Summer Conference on Industrial Dynamics. Copenhagen, Denmark. 2002. Nancy Gallini and Suzanne Scotchmer. Intellectual Property: When is it the Best Incentive System? University of California, Berkeley Working Paper E01-303. 2001. Steve Calandrillo. An Economic Analysis of Intellectual Property Rights. *Fordham Intellectual Property, Media & Entertainment Law Journal*. 9: 301-360. 1998.

³⁰ Submission of CPTech to IGWG, 15 November 2006.



Hollis and Pogge have proposed voluntary prize mechanisms largely because they believe such mechanisms would be politically appealing to the existing pharmaceutical industry, which could choose between monopoly profits and the prize reward system.³¹ Some have even proposed that prizes be a supplement rather than replacement for marketing monopolies.

The differences between the voluntary and non-voluntary systems are most significant in cases where existing markets are large, such as for type I diseases, in OECD countries. For type III and some type II diseases, or for innovations that adapt medicines for resource-poor settings, a strong prize system might be the only significant reward for innovators in developing countries.

Voluntary prize mechanisms would also be the most expensive, since companies could opt for the larger sum between monopoly profits or the prizes, or in some proposals, for both. In such situations the result would either be high prices or larger prizes to encourage the adoption of prizes rather than monopoly profits. Voluntary mechanisms also do not address many well-known pricing abuses and access problems, if the patent owner chooses the monopoly over the prize. For these reasons, the non-voluntary option will provide greater benefits and likely generate more support from the persons who actually pay for medicines (consumers, employers, insurers, governments).

5.2. *Relationship to the patent system*

The prize system is often presented to the public as an alternative to the patent system, but it need not be. In many of the proposals for voluntary prize mechanisms, patent owners effectively choose whether or not to license patents for the uses tied to the prize payments. In some proposals, prizes would simply supplement the benefits of strong patent protection, and not replace the patent monopoly.³² Other proposals would have prizes co-exist with a weaker patent system. An example of the later is HR 417 from the 109th Congress, a legislative proposal by Bernard Sanders to create a Medical Innovation Prize Fund in the United States. HR 417 did not eliminate patents on medicines, but once the FDA approves products, the patent would no longer prevent generic competition for the patented invention. Inventors would effectively use patents to make claims on the prize fund, rather than to create monopolies for products. But HR 417 did not limit the prize fund payments to only patented inventions. Any new product would qualify, including one that was developed without patents, such as paclitaxel, the unpatented cancer drug developed by the NIH.

³¹ Hollis also considers making the voluntary prizes an alternative to tough price controls.

³² This is a possibility that seems to be suggested by Stiglitz in his BMJ article.



5.3. Fixed total prize fund obligations, or obligation to pay fixed prize per QALY?

Hubbard and Love, as well as Hollis, proposed fixed prize funds with payments divided among innovators on the basis of the relative merits of each innovation. Pogge proposed a fixed payment per QALY, with an open-ended obligation to pay for prizes.

There are three major reasons why we support the fixed total prize fund approach:

First, it provides greater ability to control and predict government budget outlays. This is a major issue for the governments that will have to pay the prizes.

Second, by fixing the size of the prize fund, the marginal cost of using an innovation is zero, since it does not change the annual budget for the prize payments. This is essential for the elimination of *price-sensitive* medical formularies.

Third, by fixing the size of the prize fund, the developers of products will have an incentive to lobby for fair and efficient methods of valuing inventions. If too much money is given to one inventor, prizes available for everyone else are smaller.

5.4. Structure of prizes (and relationship to QALYs)

Hollis and Pogge propose a strictly proportional link to QALYs as the standard for measuring benefits and allocating prize fund awards. The flaw of this is that it over-rewards products with very large QALYs at the expense of other valuable product with much lower QALYs. We believe rewards partly but not exclusively be linked to QALYs, to ensure the development of a broader range of products, and to address other R&D objectives.

First, how would a strictly proportional QALY payout work? In the Hollis formulation, if three drug developers were responsible for 1,000; 2,000; and 7,000 QALYS, the total number of QALYs would be 10,000 and the shares of the fund would be divided as follows: $1,000/10,000 = 0.1$; $2,000/10,000 = 0.2$; and $7,000/10,000 = 0.7$.

We prefer a system where the administrators of a prize fund have the flexibility to consider different approaches, rather than only one that is strictly proportional to QALYs.³³

³³ The approaches used can also be transparent and predictable, although the issue of predictability has to be placed into perspective. In a world with strong exclusive rights and prices completely unfettered by government regulation, patent owners still face considerable uncertainty, given the well known risks that unanticipated adverse



Larger QALYs are associated with both the efficacy of the products and the number of patients who use them. Diseases like breast cancer, heart disease, diabetes and asthma have very large patient populations. Some diseases or conditions have very few patients. In the current market, governments and private insurers are willing to pay higher prices for products that have relatively small client populations, such as the high prices paid for Gleevec (STI571) or Ceredase (Alglucerase), medicines used to treat diseases classified as “orphans” by the U.S. FDA.

The arguments for paying higher prices for products with smaller client populations are several, including the fact that the costs of drug development are normally not strongly tied to the size of the potential market. There are also benefits in having new medicines on the market because they may later be used for new indications, as has been the case for medicines such as AZT (originally developed for cancer, now used for AIDS), Viagra (originally developed for heart disease, now used to enhance erections) or ritonavir (originally developed as a standalone protease inhibitor, now used as a booster of protease inhibitors).

It is possible to simulate prize fund payments and development costs to better understand the consequences of different reward designs.

For a simple example, consider a world where the risk-adjusted cost of drug development is fixed at \$200 million, the size of the prize fund is \$2 billion, and there are 5 potential candidates for R&D, expecting to yield 1,000; 2,000; 3,000; 7,000 and 25,000 QALYs. If the prizes were allocated with a strictly proportional payout per share of QALYs, as proposed by Hollis and Pogge, only two the projects would be brought to market. If the prize fund were allocated half on the basis of QALYs and half for bringing a new product for market, all five projects would be brought to market.

effects or the emergency of superior alternatives will reduce demand for products. And methodologies for government reimbursement programs that involve independent evaluation of the value of medicines are also constantly being changed in response to lobbying by right-owners and new thinking by academic researchers and policy makers. Add to this, the stochastic nature of the R&D process itself. These risks are not by themselves problematic, if capital markets are efficient, and if investors believe that the overall level of funding will be large, rather than small.



Table 1
Two prize payments methods compared
 2,000 prize fund, 200 fixed R&D cost

	<i>QALYs (000)</i>	<i>Rewards Proportional to QALYs</i>	<i>Prize Payments</i>	
			<i>Rewards Proportional to QALYs (only feasible projects)</i>	<i>Half allocated proportional to QALYs, half for successful new drugs</i>
<i>Projects</i>	1	53		226
	2	105		253
	3	158		279
	7	368	438	384
	25	1,316	1,563	858
Totals	38	2,000	2,000	2,000

The above is just a simple illustration of a prize fund structure that levels out the rewards somewhat, giving relatively larger prizes to the projects associated with fewer QALYs and less to projects with more QALYs, which could ensure that more projects are undertaken.³⁴ In the real world, it is much more complicated to model. Risk-adjusted costs are themselves a function of the expected payoffs (companies will take larger gambles or spend more on known risks if the expected payoffs are higher), for example, but the basic point is quite important. The fact that we currently accept much higher prices for products with smaller client populations provides some evidence that the market itself seeks to accommodate the issue of high fixed-development costs.

More sophisticated modeling is possible for the relationship to R&D costs and QALYs, and also for consideration of other approaches, such as option pricing models, to address the valuation of new antibiotics or products developed for potential health threats, such as medicines and vaccines for avian flu, SARS or bio-terrorism.

Some issues of prize fund design can also be addressed through instruments like caps on shares given to any one product, or set-asides for special categories of medicines, approaches already incorporated in HR 417.

³⁴ For a different view, see: Aidan Hollis, "Determining rewards in a prize fund," *Drug Development*, July 08, 2006..



5.5. *Timing of payoff*

It is very difficult to know what the benefits of a product will be when it is first placed on the market. We recommend prizes be paid out over time, as more is known about utilization, safety and efficacy of products. The Sanders bill uses a 10-year period for evaluation, with payments made annually, given the evidence available for that year, a system that approximates the existing effective term of marketing monopolies. A longer period could be used, but periods too long may not be desirable, given the high discount rates for the private investors.

Under the current system of incentives linked to marketing monopolies, governments issue 20-year patents on products, processes or uses of products, and exclusive rights in pharmaceutical test data,³⁵ orphan product exclusive marketing protections, various *sui generis* programs to extend patent terms and other legal barriers to entry. Table 2 looks at the current (February 2007) status of new molecular entities that were approved for marketing by the U.S. FDA from 1990 to 2005.

³⁵ Judit Rius Sanjuan, James Love, Robert Weissman: "Protection of Pharmaceutical Test Data: A Policy Proposal" (November, 2006).



Table 2
Status of competition: NMEs approved by FDA from 1990 to 2005
Orange Book Status as of February 2007

Year of FDA approval	Monopoly seller	Facing competition	Withdrawn	Facing competition or withdrawn	Year on the market
1990	50%	27%	23%	50%	17
1991	20%	57%	23%	80%	16
1992	31%	42%	27%	69%	15
1993	52%	28%	20%	48%	14
1994	59%	14%	27%	41%	13
1995	67%	27%	7%	33%	12
1996	79%	13%	8%	21%	11
1997	56%	13%	31%	44%	10
1998	83%	7%	10%	17%	9
1999	80%	9%	11%	20%	8
2000	89%	7%	4%	11%	7
2001	100%	0%	0%	0%	6
2002	88%	0%	12%	12%	5
2003	95%	0%	5%	5%	4
2004	94%	3%	3%	6%	3
2005	92%	8%	0%	8%	2
1990-1994	41%	35%	24%	59%	
1995- 1999	73%	13%	13%	27%	
2000- 2005	93%	3%	4%	7%	

Source: Julie Patel and Michael Palmedo, February 2007

5.6. *Size of the Prize Fund*

The 2005 Sanders proposal would create a prize fund of 50 basis points of U.S. GDP. Love's 2005 WHO publication on remuneration for non-voluntary use of patents simulated a lower rate for countries, starting with a top rate of 20 basis points for high income countries, and reducing



that rate according to rankings on the UNDP human development index.³⁶ Pogge's 2005 papers recommended a global prize fund of approximately 10 basis points of world GDP.

The size of a prize fund should be related to its objectives, and seen in the broader context of other efforts to fund R&D. If the prize fund were the only source of R&D funding, it would have to be very large. If prizes co-exist with other instruments to finance R&D, such as patent monopolies, public sector R&D funding, employer contributions to research funds³⁷, UNITAID-type global transactions taxes, or other sources, then the prize fund might be smaller. Holding all other R&D funding options constant, the larger the prize fund, the more investment it will stimulate.

In looking at the appropriate size of a prize fund, there are several factual and policy issues that should be considered, including the current levels and composition of investment in R&D for new medicines by the public and private sector, the anticipated risk and profit premiums (discount rates) for attracting private investment, and the opportunities for the public sector to strategically subsidize some aspects of drug development costs, such as for clinical trials. Governments will also be making implicit or explicit assumptions about the elasticity of supply of improved health care outcomes. To the degree that greater investments in R&D for new medicines have high yields in terms of improved outcomes, they are economically efficient and attractive uses of scarce resources.

5.7. *Valuation of inventions*

The government of Australia, a country with a population just over 20 million persons, evaluates the “value” of medicines in order to set reimbursements for its Pharmaceutical Benefit Scheme (PBS). Other governments do things that are quite similar. In the U.K., evaluation of benefits is by the National Institute of Clinical Excellence (NICE). In Australia, the U.K., Canada, New Zealand and in many OECD countries, governments are making decisions on the allowed reimbursement rates for new medicines. The U.S. Congress is asking the U.S. Federal government to do the same. Private insurance companies also have to decide if or how much they will reimburse medicines. Explicitly or implicitly, these evaluations are based upon evidence of the pharmoeconomic benefits of the products.

Logically, there is very little difference between determining the value of a reimbursement and determining the value of a prize. If one can be done, so can the other.

The basic tools for valuation are already at hand, filling volumes of specialized journals, but

³⁶ Base rate * (178 – rank of HDI)/177.

³⁷ “Paying for Public Goods,” section on Supporting Health Care R&D.



there is room for considerable improvement, particularly in terms of the evidence now collected from clinical trials.

5.8. *Allocation of set-asides for priority or neglected areas*

As described above, the Sanders bill recognizes that policy makers want to address certain health problems, and that this extends to the systems to stimulating R&D on new medicines. For example, in the United States and Europe, special marketing exclusivity provisions are provided for products with small markets (sometimes referred to as “orphan” products following the U.S. passage of the “Orphan Drug Act” in 1982). The Sanders bill created initial set-asides for three categories of priority research:

- 4 percent for global neglected diseases;

- 10 percent for orphan drugs; and

- 4 percent for global infectious diseases and other global public health priorities, including research on AIDS, AIDS vaccines, and medicines for responding to bio-terrorism.

The bill allows the set-aside percentages to be modified by the board that administers the prize fund.

5.9. *Treatment of follow-on innovation*

One of the most important aspects of any incentive mechanisms for new medicines concerns the treatment of follow-on inventions. The most risky investments and the most difficult science are often for the first product in a therapeutic class. It is often not difficult to engineer around the first product and introduce additional molecules that use similar mechanisms for treatments. Moreover, the later products are often better than the first, in terms of efficacy or safety. Even when the differences are small, for example, between Zocor and Lipitor, it may be rational to switch patients to the newer product. This can radically reduce the market share of the product that established the value of the approach. An incentive system needs to provide incentives to both early movers and the follow-on inventions that improve upon the early entrant. HR 417 addresses this issue as follows:

- In cases where a new drug, biological product, or manufacturing process offers an improvement over an existing drug, biological product, or manufacturing process and the new drug, biological product, or manufacturing process competes with or replaces the



existing drug, biological product, or manufacturing process, the Board shall continue to make prize payments for the existing drug, biological product, or manufacturing process to the degree that the new drug, biological product, or manufacturing process was based on or benefited from the development of the existing drug, biological product, or manufacturing process.

In short, under HR 417 the prize payments for the new product will reflect the incremental value of the improvements and the early entrant will continue to receive prize payments even if its market share falls to zero.

5.10. *Transition from current to new system*

The 2005 Sanders Bill proposed an immediate transition to the new system. In the first year, 90 percent of the prize payments would be given to products already on the market. The share allocated to the older products would be reduced by 9 percent each year.

6. Solving the global free-rider issue

The current global system for stimulating medical R&D relies extensively on a complex and growing web of global trade agreements to ensure minimum levels of intellectual property protection and in some cases, minimum prices for medicines. These include the WTO TRIPS accord and the many bilateral and regional trade agreements that that provisions on intellectual property of drug pricing.³⁸

Global agreements that seek only to enhance the exclusive marketing rights for medicines are highly imperfect instruments to address concerns about the equitable distribution of the costs of medical R&D. These obligations are focused not on R&D itself, but on the intermediate measures that will influence drug prices. In practice, countries with very similar systems of intellectual property protection often pay very different amounts for medicine. In most countries, reimbursements for medicines are tied to drug prices. Despite fairly similar intellectual property regimes, one observes very different outcomes in terms of actual outlays among developed economies, such as the United States, Canada, France, Germany, Australia, Korea and New Zealand. The same is true for developing economies, where the different cultures, traditions and levels of states' support for reimbursing purchases of medicines lead to quite different outcomes in countries like Kenya, India, South Africa, Brazil, Costa Rica, the

³⁸ Such as the 1999 U.S./Korea and E.C./Korea agreements, and the more recent efforts by the E.C. to set minimum reimbursements in Turkey, or the U.S. efforts to undermine price negotiations or increase reimbursements in Australia, Malaysia, Canada, Germany, Thailand, and elsewhere.



Philippines, and Thailand.

To the extent that the current global framework does increase global outlays in patented medicines, it is quite inefficient, raising global outlays from \$400 to \$500 billion in 2005, for only \$51 billion in private sector outlays on R&D, little of which was invested in products that were medically important. High drug prices have created a pervasive and harmful culture of rationing of medicines, as evidenced by the paucity of patented medicines on the WHO essential drugs list, and the extensive efforts by governments and private insurance companies to justify limiting reimbursements for new medicines.

The current global framework also completely ignores global obligations to support investments in basic research, public goods like the Human Genome Project, investments in emerging public health threats, high risk translational research, diseases that primarily afflict poor people living in poor countries, or the types of clinical trials that would best evaluate the benefits and risks of existing medicines.

A shift from prices to prizes would require a new global framework to address the legitimate problems of sharing the costs of research and development for new products. The proposal to the WHO in February 2005 was one effort to address this issue. It presented a global framework that recognized the importance of both public and private sector investments in R&D, and it offered a framework for obligations and incentives to invest in projects and areas of public interest. The new global framework focuses on R&D directly, rather than the flawed mechanisms of high drug prices. It is entirely consistent with a shift from prices to prizes as the primary “pull” mechanism to stimulate medical R&D.

7. Comparison of the prize fund approach to Advanced Purchase Commitments (APC) or Advanced Marketing Commitments (AMC)

While prize mechanisms are beginning to attract more attention, in some circles a related but somewhat different approach is better known. Largely because of the effective advocacy of Michael Kremer and Jeffrey Sachs, and the support from Bill Gates and large pharmaceutical companies, there has been considerable work to explore the possible role of “advanced purchase commitments” (APCs) or “advanced marketing commitments (AMCs). First proposed by Kremer and Sachs as mechanism for stimulating “greenfield” R&D on new vaccines for malaria and other illnesses of the poor, APCs and AMCs are now largely discussed in the context of “late stage” R&D on products that are already far into the pipeline.

The APC and AMC approaches both embrace the notion that prices should continue to be the main signal for investors, even when patients are poor. They do not change the nature of price-sensitive formularies. They do not move toward a world where the prices of innovation are zero



on the margin. They do make a political statement: the price system works well when you have enough money to pay for it.

The most appealing argument in favor of the APC/AMC approaches is that they link the R&D incentive to the delivery of the products to patients. However, there is no reason why a prize would not do the same thing, so long as prizes reward actual outcomes. In important ways, prizes would create more sustainable systems of finance. In the APC/AMC approaches, governments or donors would spend large sums of money, billions of dollars in many proposals, to buy products at high prices and then deliver them to the poor. The developer of the products has no obligation to transfer the invention to the public domain and indeed, no incentive to develop products that are particularly inexpensive to manufacture. When the APC/AMC payments stop, or even before they begin, the developer can charge whatever it wants, assisted by the fact that the governments or donors have deliberately established a high price.

The APC/AMC requires a specification of the products eligible for purchases. In some versions, the prices are determined before the products are fully developed. This feature of the APC/AMC creates considerable problems, as governments and donors are expected to anticipate technologies best suited to the health care objectives, and to the prices that will stimulate development of such technologies. This introduces the need for considerable information and judgment, as well as presents the possibility that the APC/AMC will be tailored for specific companies, just as a job description can be designed for a single applicant.

For many of these reasons, advocates of the APC/AMC approach have moved away from assertions that the mechanism should use “greenfield” R&D ventures, and now propose that the focus be placed on “late stage” R&D projects. How “late” would that be? If products are indeed “fully cooked” and ready for commercialization, the APC/AMC becomes simply a negotiation over a price in a procurement. If the APC/AMC approach is too early, it risks the inefficiencies associated with similar central planning exercises.

The prize fund approach would suffer from these same problems if it is too closely tied to a special technological standard, and to a lesser but important extent, if tied to a narrow disease category.

Hubbard/Love, Hollis, Pogge, Sanders, Weisbrod and some others have advocated an approach that is not tied to technology standards, but rather to improved health outcomes themselves, leaving the question of the technology itself to the developer. We all have proposed systems that are quite broad in terms of disease coverage. In our view, the objectives of the proponents of the APC/AMC approach would be better served by a system of prizes. A system of prizes would create or enhance the incentives for R&D that lead to better health outcomes, with the benefit of providing incentives to create products for which the costs of manufacturing and delivery are minimized. Also, if the prizes are implemented within a fixed budget (as is advocated by



Hubbard/Love, Hollis and Sanders), it would ensure that products would benefit from marginal cost pricing.

8. The World Health Organization's International Working Group on Public Health, Innovation and Intellectual Property.

In May 2006, the World Health Assembly adopted resolution WHA 59.24, which created a new Intergovernmental Working Group on Public Health, Innovation and Intellectual Property (referred to by the WHO internally as PHI/IGWG). This resolution combined two resolutions, one that concerned the recently completed report of the WHO's Commission on Intellectual Property, Innovation and Public Health (CIPiH), and another concerning a "Global Framework on Essential Health Research and Development" that had been first sponsored by Kenya on November 16, 2005, and later co-sponsored by Brazil.

Under WHA 59.24, the WHA decided:

(1) to establish, in accordance with Rule 42 of the Rules of Procedure of the World Health Assembly, an intergovernmental working group open to all interested Member States to draw up a global strategy and plan of action in order to provide a medium-term framework based on the recommendations of the Commission. Such a strategy and plan of action aims at, inter alia, securing an enhanced and sustainable basis for needs-driven, essential health research and development relevant to diseases that disproportionately affect developing countries, proposing clear objectives and priorities for research and development, and estimating funding needs in this area;

The first meeting of the PHI/IGWG took place in December 2006. In February 2006, Bangladesh and Bolivia submitted papers to the PHI/IGWG calling for consideration of new methods of stimulating investments in medical R&D, including the use of prizes. The Bangladesh submission said:

We note with great interest a shift in the global policy discussion, away from the status quo of TRIPS compliant patent regimes for medicines and toward new models for rewarding innovation, such as prize funds. The prize fund model separates the incentives for innovation from the prices of medicines. Innovation would be rewarded directly from nationally, regionally or globally managed prize funds based on improvements in health care outcomes, while ensuring low prices for medical innovations from generic competition immediately upon market entry.

The Bolivian submission echoed these themes, calling for the de-linking of R&D incentives from



the prices of products, and called for the PHI/IGWG to evaluate the plausibility of creating a new system of prizes to reward development of essential medicines that improve health care outcomes:

Desvincular precios de los incentivos a la investigación y desarrollo (I+D)

Un numero creciente de economistas, expertos en salud, y empresas del sector privado están examinando los beneficios de cambiar la naturaleza de los incentivos privados para la investigación y desarrollo, para que no se vinculen a los precios de los medicamentos. Destacamos en particular el trabajo sobre premios (recompensas) de Tim Hubbard, James Love, Aidan Hollis, Thomas Pogge, y Joseph Stiglitz.

Sugerimos al IGWG evaluar la factibilidad de la creación de un sistema nuevo de premios para recompensar el desarrollo de medicamentos esenciales. Estos premios podrían recompensar las invenciones que mejoren las resultas.

The PHI/IGWG is focusing on new approaches to R&D for Type II and III diseases. The position of the large pharmaceutical industry has recently become more receptive to the consideration of prizes in this area. For example, in a January 11-12 meeting in New York on “Overcoming the gaps in TB drug development,” organized by MSF, the meeting participants adopted this statement on support for new approaches to R&D.

The TB community must engage in the World Health Organization's Intergovernmental Working Group on Innovation, Intellectual Property and Public Health to establish a global R&D framework to help design new ways of setting R&D priorities and financing. With respect to TB drug development, participants of the New York symposium support current discussion at the WHO for a treaty on essential health R&D that addresses the question of who pays for essential medical R&D and de-links incentives from drug prices, instead rewarding the impact of inventions according to health care outcomes.³⁹ [Emphasis added]

The New York statement on R&D was supported by the industry participants in the event. A representative from Novartis attending the event said that the current incentive systems do not work for diseases like TB, and that they were willing to look at alternatives, a view later shared by a representative from the IFPMA in a Geneva event on intellectual property rights and access to medicine, and echoed privately by a number of industry officials. These industry officials are unwilling, however, to endorse the prize model as the primary mechanisms to support R&D for Type I diseases.

³⁹ Conference Statement: NO TIME TO WAIT: Overcoming the gaps in TB drug development. 12 January 2007. Press Release: Tuberculosis Experts Outline Proposals to Speed Up Drug Development, January 12, 2007.



9. Prizes as an alternative to price discrimination for products.

Some critics of prizes have suggested that forms of price discrimination are a preferred method to promote access, because they are less disruptive of the current paradigms. However, price discrimination approaches can be difficult to implement in practice, often yield unsatisfactory results, and present conflicts with other policy objectives, such as the free movement of goods.

Price discrimination in medicines and vaccines is already pervasive. U.S. consumers generally pay more for patented pharmaceutical products than do consumers in Australia, Canada, New Zealand or Europe. Consumers in the Philippines generally pay higher prices for medicines than do consumers in Thailand. Prices in Northern European countries historically have been higher than prices in Southern European countries. Prices are quite different from country to country, and also within countries. Some of the price differences have nothing to do with the ability to pay.⁴⁰ For example, uninsured patients in the U.S. lack the ability to bargain, and often pay higher prices than do patients that have insurance, despite their lesser ability to pay. Because of inefficient distribution systems, consumers in Indonesia pay higher prices for generic antibiotics than do consumers in Canada.

In other cases, price discrimination is a rough but imperfect effort to extract higher prices from different classes of consumers. An example of this would be the two tiers of pricing of medicines between the public and private sector in some countries. But price discrimination is plagued with problems. It is difficult to monitor the ability of different groups to pay for medicines, and often companies simply target the highest price consumers. In developing countries, it is often the case that products are priced to sell to only the wealthiest 5 to 20 percent of consumers. The putative rationale for such policies is that it is costly if not impossible to prevent the rich from buying lower priced products that are affordable for the poor. The same argument is made with regard to pricing of products between rich and poor countries. Even information about price differences can lead to indirect price controls, through reference price mechanisms, for example, not to mention the theoretical possibility of parallel trade between countries.

One area where price discrimination is being severely challenged is in the European Union. Today there are 27 member states in the European Union. Incomes between states are quite different. The average per capita income for these countries was \$26,460 in 2004. 10 member states with a population of more than 100 million persons have average incomes that are less

⁴⁰ See, for example, the many examples in Susanne Gelders, Margaret Ewen, Nakae Noguchi, Richard Laing, "Price, availability and affordability: An international comparison of chronic disease medicines," Background report prepared for the WHO Planning Meeting on the Global Initiative for Treatment of Chronic Diseases held in Cairo in December 2005. WHO-EM/EDB/068/E.



than half of this. The European Union is now struggling with a dilemma. The policy of a unified market is creating huge problems for access to medicines, within Europe.

Table 3

EU Member State	Population in millions	GDP/POP
Bulgaria	7.8	\$ 3,090
Romania	21.8	3,358
Latvia	2.3	5,913
Poland	38.6	6,277
Lithuania	3.4	6,559
Slovakia	5.4	7,611
Estonia	1.3	8,615
Hungary	10.1	9,970
Czech Republic	10.2	10,490
Malta	0.4	13,250
Slovenia	2.0	16,100
Portugal	10.4	16,125
Greece	11.1	18,486
Cyprus	0.8	19,250
Spain	42.6	24,411
Italy	58.0	28,928
Germany	82.6	33,179
Belgium	10.4	33,875
France	60.3	33,940
Austria	8.2	35,646
United Kingdom	59.5	35,704
Netherlands	16.2	35,741
Finland	5.2	35,750
Sweden	9.0	38,489
Ireland	4.1	44,293
Denmark	5.4	44,704
Luxembourg	0.5	63,800

A switch from prices to prizes would allow the members of the European Union to reconcile the need for incentives for new drug development with access to medicine and the EU policy of a single market for the products. Prizes would be a particularly appropriate paradigm for Europe, where governments and employers already are providing extensive social insurance for pharmaceutical products, prices are already often determined by negotiations, and the free movement of goods is a core value. A system of prizes for Europe would also help address the



troubling movement toward rationing for new medicines, particularly for the most expensive new medicines for severe illnesses.

This is also true in the larger global market, where the problems of limiting parallel trade and other diversions of medicines are making it more difficult to consider price discrimination as a viable strategy to protect consumer and promote access.

10. Incremental or fundamental reform?

There are two assumptions implicit in proposals that consider prize mechanisms only as special and limited programs to deal with areas of complete market failure, such as neglected diseases or sales to populations with almost no ability to pay. One is that the current system is functioning reasonably well, and it would not be prudent to change without more evidence that the alternative would work. The second is that it is politically difficult, if not impossible, to introduce a radical change in the way that R&D is financed for Type I diseases or for high-income markets, given the political power of the incumbent pharmaceutical companies. While we support even limited efforts to experiment with the use of prizes to stimulate medical R&D, including those being considered today by the WHO's Intergovernmental Working Group (IGWG) on Public Health, Intellectual Property and Innovation, we have considered and rejected both assumptions against a broader and more radical reform.

Tying the incentive for R&D to the price of products fundamentally flaws the current system of financing R&D for new medicines. It has led to appalling disparities of access to medicines, well-known pricing abuses in both high- and low-income countries, massive waste in terms of excessive marketing of products and investments in medically unimportant products, and under-investment in products that have the greatest medical benefits. Prices for new medicines treating severe illnesses are very aggressive, which leads to increasing rationing of access, even in the high-income countries. The existence of high prices in the United States and other high-income countries is leading to enormous pressures on other countries to accept high prices, through such measures as new intellectual property norms, exercised both formally and informally.

The intellectual property norms incorporated into the 1995 WTO TRIPS agreement were at the time considered to be quite tough. WTO members were obligated to provide 20-year patents on pharmaceutical products, and to abide by a set of rules when using compulsory licensing or other exceptions to patent rights. However, subsequent analysis and debate over the TRIPS agreement has shown that TRIPS itself can be a fairly flexible instrument, if WTO members are willing to use the various exceptions and limitations to rights that are allowed in the agreement. These flexibilities include the ability to grant non-remunerative exceptions to patent rights in certain cases, to embrace relatively high standards for patentability, and to grant non-voluntary authorizations to use patents, subject to "adequate" remuneration.



Even before the TRIPS agreement came into force, the United States and other high-income countries sought a number of new bilateral, regional and multilateral agreements on intellectual property rights and drug pricing that go far beyond the 1995 TRIPS obligations. The Clinton Administration continued an aggressive “TRIPS plus” trade policy that was not modified until AIDS activists aggressively disrupted the presidential campaign of Al Gore in 1999.⁴¹ The U.S. trade policy was then somewhat moderated, with formal changes announced by President Clinton on December 1, 1999,⁴² followed by an executive order on AIDS and sub-Saharan Africa in May 2000.⁴³ But as important as the changes in policy were, they were fairly limited, and in practice did not extend greatly beyond policies relating to a single disease, AIDS, and were limited when applied even to AIDS outside of Sub-Saharan Africa. For example, President Clinton’s trade team negotiated a 1999 agreement with Korea setting mandatory minimum price reimbursements for innovative medicines (the A-7 pricing agreement), and a 2000 FTA agreement with Jordan that dramatically narrowed the grounds under which Jordan could issue compulsory licenses on patents, as well as the protection of pharmaceutical test data and other provisions.

The 2000 USTR 301 report to Congress was the first to abide by the new program to address public health concerns. While it had been moderated, it still contained a number of citations for inadequate intellectual property protection on medicines, including complaints about failures to adopt intellectual property protections of pharmaceutical test data that go beyond WTO TRIPS obligations for Argentina, Chile, Hungary, India, Israel, Korea, Lithuania, Poland, Romania and Uruguay. On January 9, 2001, days before leaving office, President Clinton asked the WTO to bring trade sanctions against Brazil for a compulsory licensing statute, at a time when Brazil was considering issuing a compulsory license for the patents on the AIDS drug efavirenz (EFV).⁴⁴

President Bush took office initially sympathetic to some measures to balance trade policies on intellectual property protection, notably by deciding to keep the Clinton Executive Order on AIDS and Africa, and by participating constructively in the 2001 WTO negotiations that led to the widely praised Doha Declaration on TRIPS and Public Health. But by 2002, extensive lobbying and vast campaign contributions by the pharmaceutical industry led to changes in trade

⁴¹ Bob Davis, "Gore Hopes New AIDS Pact Will Help Shake Protesters," *Wall Street Journal*, August 12, 1999. For a personal account, see: Mark Milano, "Personal Perspective: Zapping for Drugs," *The Body*, Fall 2006. <http://www.thebody.com/cia/fall06/zapping.html?m172o>.

⁴² "President Clinton Announces New Cooperative Effort To Help Poor Countries Gain Access To Affordable Medicines, Including For Hiv/Aids Treatment," December 1, 1999, <http://clinton4.nara.gov/WH/New/WTO-Conf-1999/factsheets/fs-012.html>.

⁴³ Executive Order 13155 - Access to HIV/AIDS Pharmaceuticals and Medical Technologies. May 10th, 2000. Neil Lewis, "Clinton Issues Order to Ease Availability of AIDS Drugs in Africa," *New York Times*, May 11, 2000.

⁴⁴ WT/DS199/3 9 January 2001 (01-0093), Brazil - Measures Affecting Patent Protection, Request for the Establishment of a Panel by the United States.



policy, and were followed by the launching of a plethora of new bilateral and regional trade negotiations that sought tough TRIPS-plus measures, as well as new trade agreements on drug pricing. The European Union and other high-income countries also pursued similar agreements.

Perhaps much more important than the formal agreements are the arm-twisting and pressuring of countries to prevent them from using the flexibilities existing in both the TRIPS and the new TRIPS plus trade measures. In addition to the enormous power of the various threats and efforts to link pharmaceutical policies to broader trade and foreign policy considerations, countries North and South faced considerable in-country lobbying by pharmaceutical companies, and consistently inaccurate, biased, and pro-industry press coverage and academic commentary, which created effective soft norms against the use of TRIPS flexibilities or effective price controls. Even aggressive price negotiations are branded as “piracy” and theft of intellectual property. The most recent example of this dynamic is the bitter debate over the recent decision by Thailand to issue compulsory licenses on medicines for AIDS and heart disease.

Without a more fundamental reform in developed economies, it is unlikely that poor people in developing countries will be allowed to use the existing flexibilities in trade agreements. In this sense, the more radical reforms may be needed for a sustainable solution to the global problem of access.

11. Conclusion

In this article we have argued that it is possible to construct a viable new system to finance innovation in a way that maximizes access to new inventions while continuing to exploit commercial competitive market incentive mechanisms.

1. The prize mechanisms should be thought of as part of a larger ecosystem of financing of medical R&D, and should be implemented in combination with other instruments, such as direct or indirect government funding of basic research, non-profit product development partnerships (PDPs), clinical trials, and other traditional and non-traditional types of funding R&D. What the prizes offer uniquely is an alternative to the marketing monopoly as an incentive for private investment.
2. When implemented properly, Prize based models can directly reward successful R&D projects, while permitting marginal cost pricing of products, and avoiding the trap of overly bureaucratic and centralized decision-making.
3. By decoupling the rewards for successful R&D investment from the sales of products, the new model will permit governments to create more efficient and useful incentives for R&D that focus on inventions that improve health outcomes.



4. Prize mechanisms can be implemented in ways that are consistent with a robust patent system, but are best implemented in systems where the patent system is used to establish ownership of inventions and thus claims on the prize rewards, rather than through exclusive rights to market products.
5. It is important that those incentives are linked to broad research priorities, and not be overly prescriptive in terms of diseases, mechanisms or technologies.
6. By eliminating marketing monopolies on products, there is an opportunity for much greater efficiency through unrestricted competition to manufacture the resulting medical products.
7. The elimination of marketing monopolies, the de-coupling of R&D incentives from prices, and the creation of an evidence based reward system linked to changes in health outcomes, will lead to significant reductions in expenditures to market products, the area of the largest waste in the current system.
8. It is important that the total obligations to finance the reward payment are not directly tied to utilization, but rather measures of a country's ability to contribute to global R&D costs, so that countries do not have incentives to limit access to products in order to control budget outlays on innovation rewards.
9. Prize mechanisms can be introduced in areas where the markets are functioning the poorest, such as for diseases that primarily affect poor people living in poor countries. But the largest benefit will come from the adoption of prize mechanisms in higher income markets, such as the United States, both because improvements in the efficiency of R&D incentives in high income countries are important for the development of medicines used everywhere, and also because pricing norms in high income countries are forcefully exported to developing countries, creating enormous hardships.
10. Whilst additional detailed modeling will be required to improve reward structures and evaluation criteria, these efforts are feasible, and not materially different from efforts by governments or insurance companies to determine acceptable reimbursements for insured products.
11. A significant shift to a new system of incentives that relies upon prizes rather than prices will also require a shift to a new global trade framework that focuses less on intellectual property rights and more on country contributions to mechanisms that support R&D, including but not limited to prize incentive mechanisms.

The major challenge to switching financing systems for medical innovation on a global scale



depends on whether there is sufficient political leadership.

References

- Abramowicz, Michael. "Perfecting Patent Prizes." *Vanderbilt Law Review* vol. 56: 114-236.
- Angelmar, Reinhard. "NICE or Nasty? Access and Reimbursement of Multiple Sclerosis Medicines in the UK." INSEAD Case Study 2006.
- Baker, Dean. Issue Brief. "Financing Drug Research: What are the Issues?" Center for Economic and Policy Research, 22 Sept. 2004.
- Calandrillo, Steve. "An Economic Analysis of Intellectual Property Rights." *Fordham Intellectual Property, Media & Entertainment Law Journal* vol. 9: 301-360.
- Clinton, President William. Access to HIV/AIDS Pharmaceuticals and Medical Technologies: Executive Order 13155. 10 May 2000.
- Costello, Daniel. "Setting a Price for Putting off Death: A Few More Months of Life May Not Be Worth the Costs of New Cancer Therapies, Some Argue." *LA Times* 18 Mar. 2007.
- Davis, Bob. "Gore Hopes New AIDS Pact Will Help Shake Protesters." *Wall Street Journal* 12 Aug. 1999.
- Davis, Lee, Jerome Davis. "How Effective Are Prizes as Incentives to Innovation? Evidence from Three 20th Century Contests." Druid Summer Conference on Industrial Dynamics, Innovation and Development Elsinore, Denmark, 2004.
- Davis, Lee. "Intellectual Property Rights, Strategy and Policy." *Economics of Innovation and New Technology* vol. (13)5: 399-415.
- Davis, Lee. "Should We Consider Alternative Incentives for Basic Research? Patents vs. Prizes." Paper for the Druid Summer Conference on Industrial Dynamics, Copenhagen, Denmark, 2003.
- DiMasi, Joseph and Henry Grabowski. "Patents and R&D Incentives: Comments on the Hubbard and Love Trade Framework for Financing Pharmaceutical R&D." 22 September 2004.
- Dow Jones. "Glaxo May Face Resistance To Reimbursement." 9 Nov. 2006.
- Dow Jones. "Roche: To Appeal UK Nice Tarceva Reimbursement Finding." 9 Mar. 2007.
- Gallini, Nancy and Suzanne Scotchmer. "Intellectual Property: When is it the Best Incentive System?" *Working Paper E01-303*. 2001 University of California, Berkeley.
- Gelders, S.; Ewen, M.; Noguchi, N.; Laing R.; Price. "Availability and affordability: An international comparison of chronic disease medicines." World Health Organization and Health Action International 2006. WHO-EM/EDB/068/E/05.06/3000.
- Hollis, Aidan. "Determining Rewards in a Prize Fund." *Drug Development* 8 Jul. 2006.
- Hollis, Aidan. "An Efficient Reward System for Pharmaceutical Innovation." January 2005.
- Hollis, Aidan. "An Optional Reward System for Neglected Disease Drugs." 18 May 2005.
- Hubbard, Tim and James Love. "Medicines Without Barriers." *The New Scientist* 2004.
- Hubbard, Tim and James Love. "We're Patently Going Mad: Lifesaving Drugs Must Be Developed Differently - for All Our Sakes." *The Guardian* 2004.
- Jack, Andrew. "WHO Members Urged to Sign Kyoto-style Medical Treaty." *Financial Times* 25 Feb. 2005. See also: <http://news.ft.com/cms/s/67e10ff8-86d4-11d9-8075-00000e2511c8.html>.
- Johnson, Linda A. "Cancer Vaccine's Price, Insurance Problems Limiting Patient Access." *Associated Press* 2 Feb. 2007.
- Kremer, Michael. "Patent Buyouts: A Mechanism for Encouraging Innovation." *Quarterly Journal of Economics* vol. 113, no. 4: 1137-1167.
- Benjamin Krohmal, "Prominent Innovation Prizes And Reward Programs," KEI Research Note 2007:1, March 1, 2007
- Langreth, Robert. "Drug Marketing Drives Many Clinical Trials." *Wall Street Journal* 16 November 1998.
- Laxminarayan, R. "Fighting Antibiotic Resistance: Can Economic Incentives Play a Role?" *Resources* no. 143



- spring 2001: 9-12.
- Laxminarayan, R., G.M. Brown. "Economics of Antibiotic Resistance: A Theory of Optimal Use." *Journal of Environmental Economics and Management* 42(2): 183-206.
- Leonard, Andrew "Pfizer's Philippine Follies." *Salon* 4 April 2006. See also:
<http://www.salon.com/tech/htww/2006/04/04/pfizer/index.html>.
- Lewis, Neil. "Clinton Issues Order to Ease Availability of AIDS Drugs in Africa." *New York Times* 11 May 2000.
- Love, James and Julie Patel. "Size of Clinical Trials for Priority and non-Priority Drug Approvals." forthcoming.
- Love, James and Tim Hubbard. "Paying for Public Goods." *Code: Collaborative Ownership and the Digital Economy*. Ed. Rishab Aiyer Ghosh. Cambridge, MA: MIT Press, 2005: 207-229.
- Love, James and Tim Hubbard. "A New Trade Framework for Global Healthcare R&D." *PLOS Biology*, June 25, 2004. 2(2): e52 DOI:10.1371/journal.pbio.0020052.
- Love, James. "A New Initiative at the WHO, Prizes Rather than Prices." *Le Monde diplomatique* May 2006.
- Love, James. "AstraZeneca Tells New Zealand Cancer Patients They Will Withdraw Cancer Drug from the Market to Protest Government Pressures to Lower Prices." *The Huffington Post* 18 Dec. 2005.
- Love, James. "A New Trade Framework for Global Healthcare R&D." Workshop on Access to Medicines and the Financing of Innovations in Healthcare. Columbia University, 2003.
- Love, James. "Drug Development Incentives to Improve Access to Essential Medicines." *Bulletin of the World Health Organization* vol. 84(5) 2006.
- Love, James. "From TRIPS to RIPS: A Better Trade Framework to Support Innovation in Medical Technologies." Workshop on Economic Issues Related to Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries. Agence nationale de recherches sur le Sida, Marseille, France, 22 Aug. 2003.
- Love, James. "Medical Innovation Prize Fund System of Remuneration." Remuneration Guidelines for Non-Voluntary Use of a Patent on Medical Technologies. WHO UNDP March 2006: 77-80 and 101-104.
- Love, James. "Measures to Enhance Access to Medical Technologies, and New Methods of Stimulating Medical R&D." Paper for the WIPO Open Forum on the Draft Substantive Patent Law Treaty (SPLT) 18 April 2006.
- McCullough, Marie. "A Downside to Heralded HPV Drug: Cost, Access." *The Philadelphia Inquirer* 18 Jan. 2007.
- Milano, Mark. "Personal Perspective: Zapping for Drugs." *The Body* Fall 2006. (See also:
<http://www.thebody.com/cria/fall06/zapping.html?m172o>).
- Nathan, Carl, "Aligning pharmaceutical innovation with medical need," *Nature*, vol 13, No. 3, March 2007.
- Outtersson, Kevin. "Patent Buy-Outs for Global Disease Innovations for Low and Middle-Income Countries." *American Journal of Law and Medicine* vol. 32, 2006.
- Pogge, Thomas. "A New Approach to Pharmaceutical Innovations." *Online Opinion*. 21 June 2005.
- Pogge, Thomas. "Human Rights and Global Health: A Research Program." *Metaphilosophy* 1/2(36).
- Romer, Paul. "When Should We Use Intellectual Property Rights?" *The American Economic Review* vol. 92, 2002: 2.
- Rudholm, N. "Economic Implications of Antibiotic Resistance in a Global Economy." *Journal of Health Economics* 21 Nov. 2002 vol. 21(6): 1071-83.
- Rydéna, Lars, Graham Stokoe, Gunter Breithardt, Fred Lindemans, Adriaan Potgieter. "Patient Access to Medical Technology Across Europe: on Behalf of Task Force 2 of the Cardiovascular Round Table of the European Society of Cardiology." *European Heart Journal* vol. 25, No. 7: 611-616.
- Sanders, Representative Bernard, United States Congressional Record, Extensions of Remarks, E149. Medical Innovation Prize Fund. 18 May 2005.
- Sanjuan, Judit Rius, James Love, Robert Weissman. "Protection of Pharmaceutical Test Data: A Policy Proposal" November, 2006.
- Schweitzer, S. O., S. R. Shiota. "Access and Cost Implications of State Limitations on Medicaid Reimbursement for Pharmaceuticals." *Annual Review of Public Health* vol. 13, May 1992: 399-410.
- Shavell, Steven and Tanguy van Ypersele. "Rewards versus Rights." *Journal of Law and Economics* vol. 44: 525-547. (Previously published as Discussion Paper No. 246. "Rewards versus Intellectual Property Rights." *Harvard Law School, Olin Center for Law, Economics & Business*, 1998.



- Soumerai, Stephen B. "Benefits And Risks Of Increasing Restrictions On Access To Costly Drugs In Medicaid." *Health Affairs*, 23, no. 1 (2004): 135-146.
- Steiger, William, U.S. Department of Health and Human Services. Correspondence to the Honorable J.W. Lee, M.D., Director-General, World Health Organization. 30 Oct. 2003.
- Stiglitz, Joseph. "Give Prizes not Patents." *New Scientist* 23 December 2006.
- Stiglitz, Joseph. "Scrooge and Intellectual Property Rights: A Medical Prize Fund Could Improve the Financing of Drug Innovations." *British Medical Journal* vol. 333: 1279-80.
- Trouiller, P., P. Olliaro, E. Torreele, J. Orbinski, R. Laing, R. Ford. "Drug Development for Neglected Diseases: a Deficient Market and a Public-Health Policy Failure." *The Lancet* vol. 359, iss. 9324: 2188-2194.
- TVnz, "Deal reached over cancer drug," 19 Dec. 2005. tvnz.co.nz. Accessed 19 Dec. 2005.
- Veeken, Hans, Bernard Pécoul. "Drugs for 'Neglected Diseases': a Bitter Pill." *Tropical Medicine & International Health* vol. 5(5): 309-311.
- Marlynn Wei. Should Prizes Replace Patents? A Critique of the Medical Innovation Prize Act of 2005. Boston University Journal of Science and Technology Law (working paper). 2007.
- Weisbrod, Burton A. "Solving the Drug Dilemma." *The Washington Post* 22 Aug. 2003.
- Wittes, Robert E. "Cancer Weapons, Out of Reach." *Washington Post* 15 Jun. 2004.
- Woolley, Scott. "Prizes Not Patents." *Forbes Magazine* May 2006.
- Wright, Brian. "The Economics of Investment Incentives: Patents, Prizes, and Research Contracts." *The American Economic Review* vol. 73: 691-707.
- Yamey, G., and E. Torreele. "The World's Most Neglected Diseases: Ignored by the Pharmaceutical Industry and by Public-private Partnerships." *BMJ* vol. 27, iss. 325(7357): 176-7.