



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
WORLD HEALTH ORGANIZATION



47th DIRECTING COUNCIL 58th SESSION OF THE REGIONAL COMMITTEE

Washington, D.C., USA, 25-29 September 2006

CD47/SR/4
26 September 2006
ORIGINAL: ENGLISH-PORTUGUESE
SPANISH

PROVISIONAL SUMMARY RECORD OF THE FOURTH MEETING ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA CUARTA REUNIÓN

Tuesday, 26 September 2006, at 3:10 p.m.
Martes, 26 de septiembre de 2006, a las 3.10 p.m.

President/Presidenta:

Hon. Leslie Ramsammy

Guyana

Contents *Contenido*

Item 4.12: Commission on Social Determinants of Health: Panel Discussion
Punto 4.12: La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: Debate de tipo panel

(continued overleaf)
(continúa al dorso)

Note: This record is only provisional. The summaries of statements have not yet been approved by the speakers, and the text should not be quoted. Delegates are requested to notify the Conference Documents Center (Room 215), in writing, of any changes they wish to have made in the text. Alternatively, they may forward them to the Responsible Officer, Governing Bodies Team, Pan American Health Organization, 525 - 23rd Street, N.W., Washington, D.C., 20037, USA, by 31 October 2006. The final text will be published in the *Proceedings* of the Council.

Nota: Esta acta es solamente provisional. Las intervenciones resumidas no han sido aún aprobadas por los oradores y el texto no debe citarse. Se ruega a los Delegados tengan a bien comunicar al Centro de Documentación de Conferencias (Oficina 215), por escrito, las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto. Como alternativa, pueden enviarlas al Oficial Responsable de Equipo, Cuerpos Directivos, Organización Panamericana de la Salud, 525 - 23rd Street, N.W., Washington, D.C., 20037, EUA, antes del 31 de octubre de 2006. El texto definitivo se publicará en las *Actas* resumidas del Consejo.

CONTENTS (*cont.*)
CONTENIDO (*cont.*)

- Item: 4.15:* Report of the WHO Commission on Intellectual Property Rights,
Innovation, and Public Health
- Punto 4.15:* Informe de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual,
Innovación y Salud Pública de la OMS

*The meeting was called to order at 3:10 p.m.
Se abre la reunión a las 3.10 p.m.*

- ITEM 4.1: COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH:
PANEL DISCUSSION
PUNTO 4.12: LA COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA
SALUD: DEBATE DE TIPO PANEL

The PRESIDENT drew attention to the report dealing with the work of the Comisión, contained in Document CD47/INF/1, and introduced the members of the panel: Dr. Bernard Nottage, Minister of Health and National Insurance of the Bahamas; Dr. Lidia Amarales, Vice Minister of Health of Chile; Sir Michael Marmot, Chair of the Commission, Professor of Epidemiology and Public Health and Director of the International Center for Health and Society at University College, London; and Dr. Paolo Buss, President of the Oswaldo Cruz Foundation and member of the Brazilian Academy of Medicine.

Sir Michael MARMOT (Chair of the Commission on Social Determinants of Health) said he was grateful to the Director of PAHO and the Acting Director-General of WHO for their ringing endorsement of the approach to the social determinants of health and the work of the Commission. That augured well for the prospects of reducing health inequalities in future. The aim of the Commission was to be evidence-based, providing the basis for policies to act upon the social determinants of health, complementing policies aimed at improving health systems, and reducing health inequalities. It was no use treating people's illnesses if they were then sent back to the conditions that made

them sick. It was necessary to identify “the causes of the causes.” The proximate causes of ill health should be situated in a broader framework comprising social context, structural determinants, and intermediate determinants. The social context studied by the Commission included culture, religion, social systems, human rights, the labor market, and education systems, all of which was impacted by globalization. The structural determinants of health included income, education, gender, ethnicity, and aging; the intermediary determinants were living and working conditions and health-related behaviors.

When examining under-5 mortality rates according to socioeconomic quintiles, it became clear that it was not simply a matter of the poorest having bad health and everybody else having good health. The data followed a gradient: the lower the socioeconomic status, the higher the under-5 mortality rate. It was therefore necessary to deal not only with the poor health of the poorest, but also with the fact that their poor health reflected the social gradient within society. The Commission also had to deal with the inequalities within and among countries. Statistical data from countries in the Region showed a rise in health inequalities between those with no education and those with 13 or more years of education. Another factor to be borne in mind was population aging, which was occurring faster in some developing countries, such as Mexico, for example, than in the developed countries.

Alcohol and tobacco consumption and drug use were also important determinants of health, but they had to be considered in the social context in which they were used. It

was important to understand, for example, why worldwide smoking rates were higher in the lower-income groups. Similarly, it was important to understand what accounted for obesity patterns across the developing world.

Healthy transport meant cutting back on driving and encouraging more walking. Lower- and middle-income countries accounted for 86% of the world's road deaths, although they had only 40% of the world's motor vehicles. That could only be tackled by taking action on the social and environmental context in which road transport took place. As for income, although being poor was bad for health, above a certain level more wealth did not guarantee better health. There seemed to be no correlation between life expectancy at birth and gross domestic product where there was purchasing power parity. A relatively poor country, such as Costa Rica, with a GDP per capita of \$9,606 of purchasing power, had a life expectancy for males of 78.2 years, equivalent to the United Kingdom's 78.4 years, although per capita income in the United Kingdom was three times as high. It was not so much a question of they could do with what they had. That in turn depended on their social environment. That was one way of explaining what the Commission did.

The Commission worked in a number of countries and with civil society groups, using "knowledge networks" (KNs) on globalization, early childhood development, gender, social exclusion, urban settings, health systems, and employment conditions. To put knowledge to work, the globalization network looked at ways in which globalization could improve social and economic conditions. The network on employment conditions examined how global economic integration processes and power relations at the local

level interacted to affect conditions of labor. The gender knowledge network focused on disparities between the sexes and opportunities for participation throughout life.

The Commission was also working with countries in WHO Regions, considering it vital to learn from the experience of putting the social determinants approach into action in particular countries. Countries in the Americas had been extremely active. Partner countries were setting up national health equity information systems and were making the economic case for investing upstream in health and building evidence of good practice.

O Dr. BUSS (Brasil) disse que essa é uma das iniciativas mais importantes do sistema da Nações Unidas para a área da saúde. Seguir fazendo “mais do mesmo” na área de saúde pouco contribui para melhorar a saúde da população. A discussão global sobre os determinantes sociais da saúde estava abandonada por uma crescente discussão exclusivamente técnica, e sua retomada é uma das iniciativas mais importantes da OMS nos últimos anos.

O setor de saúde precisa ser o principal defensor da discussão das origens sociais da saúde e da doença, pois nenhum outro setor tomará essa iniciativa. É o setor saúde, que tem a comprovação de que as causas sociais são as principais causas da doença, do adoecimento e da morte da população.

Um dos aspectos dessa discussão é definir como cada país vai enfrentar os determinantes sociais. Outro relaciona-se com a forma com que a comunidade global que trabalha com saúde vai mobilizar outros setores governamentais e outros setores das

Nações Unidas, para debater o tema dos determinantes sociais, e devidamente enfrentá-los. Somente assim haverá uma mudança efetiva no cenário global e no cenário da situação de saúde dos países.

A Constituição brasileira de 1988 enuncia que a saúde é um direito de todos e dever dos Estado, garantindo políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doença e de outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A maior parte dos achados estatísticos que a Comissão Global tem feito para todos os países do mundo é válida para o Brasil, e provavelmente também para outros países. Em torno do ano 2000, a taxa de mortalidade infantil no país, era de 15,8 por 1,000 nos 20% mais ricos da população, e chegava 35 por 1,000 entre os 20% mais pobres. Essa era uma diferença brutal, assinalou, quando se contabiliza o número de mortes de crianças de menos de um ano. Quando se examina as mortes violentas entre os adolescentes as maiores vítimas são os meninos negros, seguidos dos meninos brancos, das meninas brancas e das meninas negras. Isso não pode ser explicado apenas pelo fator racial. A cor no Brasil representa um proxy da situação social e essas brutais diferenças que se verificam entre essas categorias demonstram as causas sociais que levam à morte e ao adoecimento.

Ao tomar-se em consideração o sistema de saúde, 78% das mulheres de mais de 24 anos no Brasil já foram submetidas a alguma vez a um exame preventivo de câncer de colo de útero. Ou seja, 1 em cada 5 mulheres nunca fizeram o Papanicolau. Na prática, apenas 60% das mulheres sem escolaridade realizaram o exame, contra 93% das

mulheres com 15 anos ou mais de estudo. O Delegado questionou se isso representaria exclusivamente uma questão de educação das mulheres. Ou se isso representaria a educação das mulheres como proxy da situação social.

Foi por tudo isso que o Brasil decidiu acompanhar o movimento global iniciado pela OMS. Em março de 2006, um ano depois da constituição da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde pela OMS, o Brasil constituiu, por decreto do Presidente da República, a Comissão Nacional dos Determinantes. Trata-se de um grupo de 17 especialistas e personalidades da vida social e econômica, cultural e científica do país, nomeados pelo Ministério da Saúde, e um grupo inter-setorial.

O Brasil percebeu que de nada adianta mobilizar exclusivamente a sociedade civil. É preciso mobilizar o próprio governo, para responder a esses determinantes sociais com políticas públicas. Por isso esse grupo inter-setorial é formado pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde do Brasil, pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais, pela OPAS e por 16 ministérios. Estão presentes a Casa Civil, que é a coordenadora das políticas públicas, o Ministério da Fazenda, e os Ministérios do Planejamento, do Desenvolvimento Social, da Educação, da Ciência e Tecnologia, da Cultura, do Esporte, das Cidades, do Meio Ambiente, do Trabalho e do Emprego, da Previdência Social, ou seja, um conjunto de estruturas governamentais para que se possa identificar em profundidade a causalidade social da saúde e da doença no Brasil e com isso se possa fazer uma programação coordenada, articulada e inter-setorial no plano federal. A Comissão terá dois anos de trabalho, e durante esse tempo produzirá informes

periódicos ao governo e à sociedade. A Secretaria Técnica se encontra a cargo da Fundação Oswaldo Cruz.

Já foram estabelecidos três fóruns. O primeiro fórum é o acadêmico, que vai procurar gerais mais e melhores evidências sobre o tema dos determinantes sociais e sobre intervenções que sejam úteis para alterar esses determinantes sociais. O segundo fórum é articulação da sociedade civil. É preciso que as organizações não-governamentais, os sindicatos e as associações moradores tenham crescente compreensão da determinação social do processo de doença, e do que essas instituições podem fazer na demanda de políticas públicas. Para o Delegado, essas organizações devem negociar com o parlamento nacional, com as câmaras de vereadores e com as assembléias, e exigir que melhores políticas públicas sejam implementadas no enfrentamento de determinantes sociais. O terceiro fórum é gestores. Nele o Governo brasileiro está oferecendo condições para que estado e municípios possam criar suas próprias comissões de determinantes sociais.

Segundo o Delegado, os determinantes sociais têm o rosto, tem a face do território, entendido o território não apenas como uma base geográfica, mas como a complexidade social que está dentro de uma determinada base geográfica. Por isso se defende esse conceito de que a comissão dos determinantes, além de ser nacional, precisa existir a nível estadual e municipal.

O Delegado agradeceu pelo apoio da OPAS na constituição da Comissão brasileira e também da comissão nacional do Chile. Ele afirmou seu desejo que todos os países organizem comissões nacionais. Ele pôs à disposição dos interessadas um

documento em português. Trata-se de uma publicação da Fundação Oswaldo Cruz que foi enviada aos principais atores da área da saúde do país. Informou também que foi lançada uma página web sobre o assunto. E que no último Congresso brasileiro de saúde, que teve a participação de 12.000 pessoas, o tema foi discutido com intensidade e profundidade, através do canal de televisão da Fundação Oswaldo Cruz.

O Delegado informou que o Ministro da Saúde aprovou a liberação de \$4,5 milhões para desenvolver estudos sobre os determinantes sociais no Brasil. Já foram aprovadas cerca de 50 propostas de estudos e pesquisas. Em setembro foi realizada uma reunião conjunta da Comissão Nacional, do grupo inter-setorial, com a Comissão Global, na presença do Professor Marmot e de todo o grupo da OMS. O Brasil considera que a discussão política dos determinantes sociais da saúde faz parte da discussão da sua reforma sanitária brasileira, explicou ele. Não é possível que se discuta saúde apenas como assistência aos indivíduos ou pelo aspecto da saúde pública clássica. É preciso colocar o tema da saúde e o tema dos determinantes sociais na agenda dos políticos e dos governantes.

Hon. Bernard NOTTAGE (Caribbean Commission on Health and Development) said that in the Caribbean, there was recognition of the importance of social determinants of health in achieving both regional goals and the Millennium Development Goals. The region had made significant advances in public health and had achieved relatively good health indicators, as measured by life expectancy, infant mortality rates, and access to health care. Significant gains had also been made in reducing the burden of

communicable diseases. The current economic downturn and the high debt burden caused by social deterioration in some communities did, however, pose a risk for sustaining those gains. Health inequities persisted among population groups. Over 80% of the disease burden in the Caribbean, and of the resulting health expenditure, was accounted for by five main conditions: chronic noncommunicable diseases, obesity, mental health, HIV/AIDS, and injuries, both intentional and nonintentional.

The CARICOM region consisted of a diverse group of island and mainland States, whose economies were heavily dependent on service industries, particularly tourism, the production of bananas and sugar, and some extractive industries. The population of the region included a large youth segment of about 30% and a relatively small but rapidly aging group comprising 6% to 12% of the total. In spite of the multiplicity of languages and cultures, there were many similarities, leading to collaborative partnerships and initiatives and enhancing the capacity of Member States to provide socioeconomic support for their peoples. The social determinants of health in the Caribbean fell into three broad categories: socioeconomic factors, personal behavior and lifestyle choices, and access to medical services. Poverty rates were reported as ranging between 10% and 40%. The poor lived under a double burden, having to contend with low income and the diseases associated with poverty, as well as with debilitating chronic noncommunicable diseases. Housing was generally good, but a lack of resources for urban planning and development resulted in some slums and ghettos. Most of the population had good access to water and sanitation, but there were environmental and

health problems linked to inadequate disposal of liquid, solid, and hazardous waste. There was a growing need to address occupational health and safety issues, in both public and private sectors. The Caribbean had long recognized that providing education was the most equitable way to ensure the economic welfare of all the people, and countries had traditionally allocated a significant percentage of their gross domestic product to their education systems. That had resulted in high rates of literacy and the ability of the people to participate actively in a society which was increasingly knowledge-based. While access to primary and secondary education was good, there were concerns about inadequate childhood education facilities. Major gaps in training and knowledge in the key formative years had contributed to decreasing levels of functional literacy. Gender inequalities, especially in income, persisted across the region, but in tertiary education females outpaced males.

As elsewhere, risks to health in the Caribbean stemmed from personal behavior and lifestyle choices, such as eating processed foods, overnutrition, tobacco use, alcohol and drug abuse, and risky sexual behavior. The traditional extended family structure which used to support vulnerable groups had been eroded, possibly causing the current rise in violence and crime.

Access to medical services was still problematic in the Region, and was limited by financial and geographical constraints. In 2003 the Heads of Government in the Caribbean region, on the basis of the 2001 Nassau Declaration that “the health of the region is the wealth of the region,” had commissioned a task force to investigate the

social benefits to be gained from investing in health. The Caribbean Commission on Health and Development had evolved from that group. Its message to the region was to preserve the health gains of the recent past; to invest in social surveys and health information systems; to address the problem of chronic noncommunicable diseases, including obesity; to tackle mental health issues, to prevent injury and violence; to halt the spread of HIV/AIDS; and to strengthen human resource management while exploring equitable means of financing health care delivery.

To bring about universal access to health care, there must be adequate funding for health services. In the Commission's view, the growing dependence on user fees in public services to compensate for funding shortfalls made access less equal and should be discouraged. Adequate financing mechanisms should be explored. National health insurance was one of the options for health-care financing. Cost-effective interventions must be found to prevent and treat health problems and diseases. Another weapon in the war against the social determinants of ill-health was advocacy for health promotion through public policy, legislation, and regulation, together with action by other ministries and sectors. For example, collaborative interventions could include ensuring that adequate parks and green spaces were available to facilitate physical activity across the lifecycle, and reviewing food and trade policies with the view to facilitating healthy food choices.

Preventive actions against cardiovascular disease must include policies to combat tobacco use, such as taxation and restricting smoking in public places. Policies to promote physical education in schools and to reduce the intake of salt, unhealthy fats, and

excess calories, and to reduce imports of unhealthy foods, would also have a positive impact. Regional action should focus on mobilizing financial resources for health. There should be a continued focus on the HIV/AIDS epidemic in the region, with programs to benefit HIV-positive persons in need.

The report of the Caribbean Commission on Health and Development had been widely disseminated, and advocacy efforts addressed to all the Caribbean governments had proved fruitful. For example, the proposed high-level meeting of CARICOM Heads of Government was expected to deal with chronic noncommunicable diseases and the Heads of Government were committed to the view that the health of the region was the wealth of the region.

La Dra. AMARALES (Chile) celebra la oportunidad de referirse a los determinantes sociales en el marco de las políticas públicas. En Chile, en 1948 se crearon los servicios nacionales de salud, que constituyen un sistema único de salud. En ese momento había en el país una elevada mortalidad infantil por enfermedades infecciosas y maternas. En los años 50 se reconoce la dimensión social de la salud, en los 70 se trabaja por la salud para todos, y en los 70 y 80 se produce una orientación hacia lo privado. Pero los objetivos sanitarios de la década presente están alineados con los Objetivos del Milenio, y desde 2005 los determinantes sociales forman parte del plan de salud pública nacional y regional. Chile tiene 16 millones de habitantes, un crecimiento demográfico anual de 1,2%, alrededor de un 10% de su población tiene 66

años de edad o más, los pueblos originarios ocupan un 3,8% del territorio, y 40% de la población reside en la región metropolitana de Santiago.

En cuanto al índice de desarrollo humano, Chile ocupa el lugar 37; tiene una expectativa de vida de 77,9 años, una tasa de alfabetización de 95,7% y una cobertura escolar de 31%. Nadie vive con menos de un dólar al día, pero un 9,6% de la población vive con menos de dos dólares. Con un ingreso anual de \$10 mil por habitante, la expectativa de vida es similar a la de países como los Estados Unidos de América, cuyos ingresos per cápita duplican o triplican los de Chile. El tratamiento de aguas ha ido aumentando significativamente en las últimas décadas, y la pobreza ha disminuido en forma significativa de casi un 40% en los años 90 a un 17% o menos y está desapareciendo la indigencia. No obstante, persiste la inequidad en salud. La mortalidad infantil guarda relación con la escolaridad de la madre, y es significativamente menor en madres con 13 años o más de escolaridad. Pero, a pesar de que han mejorado las tasas, la inequidad ha aumentado en los últimos años; en la población que tiene menos educación, se registra una mayor mortalidad infantil aunque las políticas públicas estén orientadas a las clases más desposeídas. El riesgo de hipertensión y diabetes también guarda relación con la escolaridad, y a este respecto también hay inequidad. Por todo esto, para Chile es sumamente importante incorporar los determinantes sociales en las políticas públicas.

Chile desarrolla un plan de trabajo para crear las condiciones para acabar con la pobreza, dar un salto al desarrollo, consolidar la estabilidad de las instituciones, crear seguridad en la vida de las personas, terminar con la exclusión, estimular el despliegue de la cultura y la innovación, y alcanzar mayores niveles de justicia social. Los objetivos

sanitarios son mejorar los logros en materia de salud, reducir las desigualdades existentes y proveer servicios acorde a las expectativas de la población. La reforma de salud se basa en cinco leyes: la ley de auge, la de autoridad sanitaria, la de derechos y deberes, la de financiamiento y la de regulación. La ley de auge es un instrumento creado para responder a las enfermedades más prevalentes y dar garantías de atención, de financiamiento y de calidad. La ley de autoridad sanitaria crea ministerios de salud en cada una de las 13 regiones para enfrentar los nuevos desafíos, como el envejecimiento de la población y los cambios epidemiológicos. Para llevar adelante la reforma se ha elaborado un modelo de atención orientado a los determinantes sociales y a la prevención y promoción de la salud.

Es importante que los determinantes sociales contribuyan a disminuir las distancias entre los diferentes grupos de la sociedad facilitando el acceso, disminuyendo diferenciales en exposición a riesgos y en vulnerabilidad, y estableciendo las condiciones sociales adecuadas para mejorar la calidad de vida de la población.

Chile Solidario es uno de los programas intersectoriales que abarca la seguridad social, la vivienda social, los subsidios, el código del trabajo, la salud de los trabajadores y la protección de la infancia, y está centrado en los niños con necesidades y vulnerabilidades especiales.

Observando los objetivos sanitarios de la década y las líneas programáticas, se puede apreciar la intersección entre la misión y los objetivos sanitarios. Se trata de fortalecer y desarrollar el sistema público de salud y trabajar con otras instituciones para

mejorar los determinantes de la salud. Con tal fin también se está colaborando con otros países en proyectos sobre salud de los trabajadores y participación social. Los desafíos para el periodo 2006-2010 se cifran en reforzar la estructura institucional ministerial, incorporar los determinantes sociales en el plan de salud pública, y fortalecer la intersectorialidad a través de políticas públicas.

Sir Michael MARMOT (Chairman, Commission on Social Determinants of Health) said that compared to interventions aimed at treating or eradicating specific diseases, interventions on the social determinants of health were much more difficult, but it might be the most important thing that the health profession should be attempting. Doubts had sometimes been raised about whether action on the social determinants of health was feasible, but the descriptions of the work being done in Chile and Brazil showed that it was realistic to attempt such actions.

It was particularly encouraging to see partnerships being formed, such as that between the United Kingdom and Chile, or to see the readiness of countries such as Canada to share their experience. Thus when such work was being pursued even outside the scope of the Commission, on a bilateral or multilateral basis, there were grounds for confidence that it would be taken forward. The assistance of PAHO in that endeavor would be crucial, and he wished to thank the Director for her support.

The PRESIDENT observed that earlier the Director had given an inventory of actions being taken in Americas; the Acting Director-General of WHO had given a *tour de force* presentation of the public health challenges facing the world; Sir George

Alleyne had offered an inventory of tools that could make a difference; and in the current afternoon session the panelists had described what was being done on the social determinants of health: all of those strands led into a subject to be considered on the following day—the Health Agenda for the Americas.

*The meeting was suspended at 4:25 p.m. and resumed at 5:05 p.m.
Se suspende la reunión a las 4.25 p.m. y se reanuda a las 5.05 p.m.*

ITEM 4.15: REPORT OF THE WHO COMMISSION ON INTELLECTUAL
PROPERTY RIGHTS, INNOVATION, AND PUBLIC HEALTH
PUNTO 4.15: INFORME DE LA COMISIÓN DE DERECHOS DE PROPIEDAD
INTELLECTUAL, INNOVACIÓN Y SALUD PÚBLICA DE LA OMS

Dr. ZUCKER, (Assistant Director-General, Health Technology and Pharmaceuticals, WHO) wished to thank all who had contributed both formally and informally to the Report of the WHO Commission on Intellectual Property Rights, Innovation, and Public Health, on which WHO had now formed a follow-up team. The first step had been an advisory group comprised of the relevant Assistant Directors-General in Geneva and the Regional Directors, that would provide guidance to him in his role as the representative of the Director-General on these issues. As a second step, a secretariat had been established in Geneva to develop the next steps in preparation for the meeting of the intergovernmental working group (IGWG), including issues such as resources, staff, finance, and so on. The meeting would take place in Geneva in December 2006, and all Member States would be invited, as would all bodies that had formal relationships with WHO. As it had been realized that many individuals, groups,

and organizations also had an interest in the issue but lacked the formal relationship which would have given them the opportunity to address the IGWG, it had been decided to have a public forum where such individuals and bodies would be able to present their views and information. Owing to logistical and time constraints, the forum would be implemented as a Web-based system, through the Internet and a teleconferencing system.

WHO recognized the seriousness of the issues of intellectual property rights, innovation, and public health and looked forward to the active participation of all the Member States in resolving all of the issues that had been raised. The Report was very wide-ranging, and it was necessary to identify exactly what fell within the domain of WHO, as well as what the Organization could help implement in the short and the long term.

O Dr. ÁLVARES DA SILVA (Brasil) disse que durante a 59^a Assembléia Mundial da Saúde a Delegação do Brasil insistiu para que fosse incluída na agenda dos Comitês Regionais da Organização a consideração do relatório da Comissão da OMS sobre Direitos de Propriedade Intelectual, Inovação e Saúde Pública.

Disse que foi percorrido um longo caminho, desde que se aprovou a constituição da Comissão na 56^a Assembléia Mundial da Saúde, e que sua criação foi fruto de um dos mais extensos debates da área de saúde.

Ele mencionou que a versão eletrônica do relatório foi disponibilizada pouco antes realização da Assembléia Mundial. Não foi possível, naquela ocasião, discutir os seus resultados de maneira profunda. A agenda e o tempo da Assembléia já estavam

comprometidos com outros itens complexos. O importante, segundo o Delegado, era não perder de vista o trabalho da Comissão. Houve certo mal estar com relação ao relatório. Para uns, o relatório não respondia aos anseios dos países em desenvolvimento. Para outros, entretanto, o relatório não atendia às expectativas da indústria farmacêutica.

Na opinião do Delegado do Brasil, as delegações dos países encontravam-se divididas. Ademais do texto do relatório, havia ainda dois projetos de resolução sobre o tema, o que acentuava a polarização.

A situação parecia complicada e nada promissora, na opinião do Delegado. A Delegação do Brasil, entretanto, nunca deixou de buscar o diálogo e de explorar maneiras para superar o impasse. E esse diálogo foi se adensando até se converter numa massa de consenso permeada por um espírito de entendimento e de compromisso. Na sua opinião, talvez tenha sido esse espírito construtivo, o espírito de Genebra, que permitiu vencer as divisões e ressaltar a absoluta prioridade da saúde pública sobre as demais questões.

Proseguiu ele que, para muitos, o espírito de Genebra tornou-se visível na inversão da ordem entre “direitos de propriedade intelectual” e “inovação da saúde pública”, da Comissão para a Saúde Pública, Inovação e Direitos de Propriedade Intelectual da Resolução WHA59.24.

Mais, de acordo com o Delegado, não foi apenas do título que se manifestou o espírito construtivo de Genebra. Foi também em seu preâmbulo e em sua parte resolutiva, que enfatizaram a prioridade da saúde, a incorporação das flexibilidades do Acordo TRIPS nos acordos de comércio e o estabelecimento de um grupo intergovernamental

para a elaboração de uma estratégia global e um plano de ação com vistas ao estabelecimento de um quadro de referência sustentável para a realização de pesquisa em saúde, sobretudo naquelas áreas em que a pesquisa é pouca ou inexistente.

Ressaltou o Delegado que o que foi alcançado em Genebra foi muito importante, pois se conseguiu focalizar as atenções sobre um dos problemas mais sérios da saúde, a carência de pesquisa em doenças que afetam predominantemente os mais pobres. Existe agora a promessa de uma solução no desenvolvimento dos trabalhos do grupo intergovernamental e há razões para otimismo.

Ele informou que em Nova Iorque, na semana passada foi lançada a iniciativa UNITAID, pela qual Brasil, Chile, França, Noruega e Reino Unido estabeleceram um mecanismo de financiamento inovador e contínuo para compra, distribuição e controle de qualidade para medicamentos para AIDS, malária e tuberculose. A iniciativa UNITAID também pode ser compreendida como uma solução para baixar o preço dos medicamentos e torná-los acessíveis, em todas as dimensões do termo “acesso”, às populações mais carentes.

Para ele, há razão para otimismo e também para ousadia. Ele perguntou se não seria possível reproduzir a idéia da UNITAID, com relação a lista dos medicamentos essenciais da OMS. Também perguntou o que impediria que o Fundo Estratégico da OPAS seja fortalecido para permitir a compra, a distribuição e o controle de qualidade de medicamentos essenciais para a região. Indagou se isso não seria o desenvolvimento do espírito de Genebra.

O Delegado prosseguiu com outras indagações. O que seria preciso fazer para garantir que os medicamentos essenciais sejam acessíveis em todas as suas dimensões à população em geral? O que seria preciso de fazer para garantir que medicamentos essenciais sejam desenvolvidos para atender às doenças que afetam predominantemente os mais pobres e tornar-lhes acessíveis, em todas as dimensões do termo acesso? Perguntou, por fim, se pode condenar os mais pobres a sua própria sorte.

Deixar de responder a essas perguntas não seria uma solução aceitável, disse o Delegado. Seria preciso, segundo ele, envidar os maiores esforços da Organização, no melhor de sua tradição de defesa da saúde dos povos das Américas para garantir que o objetivo da saúde para todos, preconizada por Alma-Ata, não se perca, pois o que se vê atualmente são apenas fragmentos de uma boa idéia que nunca parece completa.

O Delegado concluiu afirmando que todos têm a obrigação moral de defender a causa da saúde pública de maneira integral e não fragmentada no seio da Organização. Nesse contexto, submeteu à consideração do Conselho Diretor o projeto de resolução que foi distribuído no dia anterior aos delegados.

Dr. WATERBERG (Suriname) said that the CARICOM countries had taken note of the report, considering it useful in providing developing countries with insights into the public health consequences of the World Trade Organization (WTO) Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS). There had been numerous reports describing the negative influence of streamlining national legislation on

the basis of the TRIPS Agreement without making use of all the flexibilities provided under the Doha Declaration and the declaration on compulsory licensing. The same might be said about the dangers for public health and the price and availability of essential medicines when incorporating TRIPS-plus provisions into national legislations. As it had been recognized that the developing countries lacked the capacity to deal with such complicated issues as TRIPS and TRIPS-plus, the CARICOM countries urged WHO and PAHO to become more active in making sure that access to essential drugs was a tangible human right, and to use their influence to protect against anything that would reduce such access.

Furthermore, WHO/PAHO should promote access to cheap antiretroviral drugs for chronic communicable diseases, which were the main cause of mortality in Caribbean countries. The Regional Office could help small and overburdened economies in establishing whether or not a patent submission was valid. It could also assist in collecting and disseminating the data needed to carry out effective price negotiations for essential medicines. The CARICOM countries supported the global framework on essential health research and development and encouraged WHO to take an active part in that effort to ensure that research and development were driven by health needs and delivered products that were appropriate, affordable, and accessible.

Developing countries were constantly challenged to increase the efficiency of their procurement and logistics systems in order to increase value for money in medicines procurement. Introducing patent legislation in a rash manner would do great harm to

their continuous efforts to increase access to and availability of medicines, as would trade negotiations that recommended TRIPS-plus features in national legislation.

Negotiations were currently under way between the United States of America and the Caribbean on establishing a free trade agreement with such TRIPS-plus features. The CARICOM countries requested PAHO's urgent technical assistance in assisting them to make access to essential drugs a tangible human right. Their limited human and financial resources and the small scale of their economies, required special and differential treatment for issues such as compulsory licensing and parallel import, among others. A more regional approach to the difficulties faced should be considered as a primary option by the Member States and pursuit of this option should be facilitated by TRIPS. The differing levels of the development indices of the various countries, as well as the diversity of health care problems, should also be accommodated.

Mr. PREVISICH (Canada) said that Canada acknowledged the importance, urgency, and complexity of the Commission's mandate and welcomed the considered approach that had been taken in the Report, situating the role of intellectual property rights within the broader context of the many factors that influenced scientific research, pharmaceutical development, and the pricing, marketing, and distribution practiced that ultimately determined what medicines were provided for the health needs of developing countries.

Canada actively supported international efforts to promote access to safe and effective medicines, while respecting of the intellectual property regime and ensuring that

its international obligations were respected. At the World Health Assembly in May 2006, Canada had worked with other nations to secure agreement on a resolution based on the report, which among other things had included the decision to create an intergovernmental working group with a mandate to develop a strategy and plan of action based on the recommendations of the Commission's report. Canada intended to participate actively in the work of the group. In that context, Canada's experience in implementing the TRIPS waiver provided practical experience that could contribute to the deliberations of the working group and influence how a number of the Commission's recommendation's were implemented.

Canada's Access to Medicines Regime (CAMR), which implemented the TRIPS waiver, established a legal framework permitting Canadian pharmaceutical manufacturers to export lower-cost generic medicines to address public health problems in developing and least developed countries with inadequate or no pharmaceutical manufacturing capacity. In view of the fact that no medicines had been exported under the CAMR since it was launched in 2005, the Minister of Health had recently announced an immediate and comprehensive review of the legislative framework. The Government of Canada was taking action to expedite this review, which was expected not only to help in addressing challenges in the Canadian framework, but also to be of interest to other governments seeking to employ the TRIPS waiver as one approach to improving access to medicines in the developing world.

El Dr. WAGNER (Ecuador) dice que en América Latina la inversión en ciencia y tecnología es escasa y que la falta de competitividad consiguiente es grave en algunas áreas de la salud, como la biotecnología, la propiedad intelectual, el acceso a los medicamentos y la protección de la biodiversidad.

En el marco del Tratado de Libre Comercio se pretende ratificar el derecho a la propiedad intelectual sin ampliar los mecanismos de protección de los titulares, porque ello liquidaría cualquier posibilidad de la población con menos ingresos a acceder a medicamentos genéricos y de bajo precio. En 1955, el Acuerdo general de aranceles y comercios se transformó en la OMC sobre la base de dos nuevos aspectos del comercio internacional: la venta de servicios y la propiedad intelectual. En el ámbito de esta nueva organización, los países del mundo reconocieron y regularon el derecho a la propiedad intelectual. Las patentes de protección de medicamentos y productos agropecuarios se crearon con una vigencia de 20 años y con disposiciones precisas respecto a sus límites, prohibiciones, salvedades y excepciones. Los acuerdos sobre distintos aspectos de los derechos de la propiedad intelectual en el comercio son instrumentos jurídicos que contienen dichas disposiciones y deben respectarse en virtud de la seguridad jurídica internacional.

La salvedad más importante a dichos acuerdos es la salud pública de los países: determinadas regulaciones estipulan que un Estado, por razones de salud pública no comerciales, puede declarar la necesidad de obtener la licencia. La Declaración de Doja permite que un gobierno declare licencias obligatorias por razones de salud pública

cuando se hayan agotado todos los esfuerzos para conseguir una licencia voluntaria. Ecuador se ha planteado no negociar con temas que hayan sido suscritos en acuerdos previos.

Por otra parte, es preciso mantener las importaciones paralelas, las salvaguardas a terceros, la independencia entre los registros sanitarios y los sistemas de patentes con el fin de evitar conflictos entre calidad y comercio. No debe olvidarse que los acuerdos mencionados establecen la imposibilidad de patentar el material genético, los descubrimientos ni los inventos que guarden relación con la vida. Ni la propiedad intelectual ni las patentes deben poner en riesgo la vida, el acceso a los medicamentos, la seguridad alimentaria ni la biodiversidad, porque son innegociables.

La Sra. MATA LEÓN (Venezuela) destaca que la propiedad intelectual no debería constituir un obstáculo para los avances científicos y tecnológicos, así como tampoco para el acceso a los medicamentos ni a los tratamientos adecuados a la enfermedad, sino que debería promover la innovación y la transferencia tecnológicas con el fin de evitar el monopolio y la competencia desleal.

Considera que, en realidad, la propiedad intelectual suele ir en contra de los intereses de las poblaciones más pobres y que muy a menudo se pone al servicio de los intereses de mercado, lo que contradice el párrafo 2º del Artículo 27 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Si bien es verdad que según el apartado C del párrafo 1 del Artículo 15 del Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales, una persona tiene el derecho a beneficiarse de la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones

científicas, literarias o artísticas de que sea autora, este es un derecho que está sujeto a limitaciones de interés público, como es la salud.

Por todo ello, afirma que la República Bolivariana de Venezuela considera que es necesario analizar las propuestas de los puntos 6.1 y 6.3, del Informe, con el fin de establecer los mecanismos y las acciones para ponerlas en práctica y establecer con carácter prioritario los mecanismos para garantizar la participación de la Región en la elaboración de la estrategia y del plan mundial de acción.

El Dr. GONZALEZ GARCÍA (Argentina) dice estar de acuerdo con lo afirmado por sus antecesores, especialmente con el Ministro de Brasil, pero hace hincapié en que, siendo un objetivo central de la OMS y de la OPS la lucha por lograr la equidad en el ámbito de la salud, es precisamente en los precios de los medicamentos donde habría que trabajar con más ahínco para tratar de estar presentes en los acuerdos comerciales donde se deciden estas cuestiones, sin olvidar que es un tema central que ha provocado auténticos dramas en el pasado, como en el caso del SIDA.

Por ello, considera que es importante la continuidad de la Comisión en esta materia, tras la celebración de las elecciones el próximo noviembre. En relación con el informe, dice que en él no se tratan algunos temas de propiedad intelectual como las patentes triviales, una estrategia de privatización del conocimiento biológico que supone una verdadera amenaza para el mundo. Por otro lado, señala que antes que recaudar fondos, es necesario bajar los precios de los medicamentos y evitar situaciones de riesgo

de pandemia, como en el caso de la gripe aviar, donde su correspondiente antiviral —el oseltamivir—ha sido patentado por un solo laboratorio.

Por último, indica que, pese a que en Argentina se han cosechado algunos éxitos en materia de medicamentos —petición por genéricos, remedios, etc. —sigue siendo un ámbito caracterizado por una gran falta de equidad. De ahí que sea conveniente que la OPS mantenga posiciones fuertemente políticas para evitar que, en el futuro, los acuerdos comerciales se impongan a los derechos de los ciudadanos.

El Dr. ALVARADO (Colombia) comparte lo dicho por sus antecesores en el uso de la palabra y manifiesta que, pide a las voces que consideran que la OPS y la OMS no deberían inmiscuirse en asuntos comerciales ni poner trabas al libre comercio en relación con los derechos de propiedad intelectual, en especial, en materia de medicamentos, el sector de la salud tiene el deber de garantizar el acceso de la población a los medicamentos, especialmente de las personas más pobres y, por tanto, de evitar que la excesiva protección de la propiedad de los productos farmacéuticos redunde en un aumento de los costos. Así, espera que en la resolución que se haga en esta materia consten garantías para que los Estados puedan aprovechar las flexibilidades previstas en el ADPIC y adaptar su legislación nacional al contenido de dicho Acuerdo.

The PRESIDENT, observing that a nongovernmental organization had wished to speak on the issue, requested it to make its submission in writing, whereupon it would be included in the report.

The resolution proposed by the Government of Brazil would be considered the next meeting.

O Dr. ALVARES DA SILVA (Brasil) perguntou qual seria o encaminhamento a ser dado. Ele gostaria de saber se a resolução seria arquivada ou se haveria algum tratamento especial. Também gostaria de saber se o tema seria decidido pelo colegiado ou pela secretaria, e também se seria examinado pelo plenário.

*The meeting rose at 5:45 p.m.
Se levanta la reunión a las 5.45 p.m.*