



COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS

Bruxelas, 26.2.2003
COM(2003) 93 final

**COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO
AO CONSELHO E AO PARLAMENTO EUROPEU**

Actualização do programa de acção da Comunidade

**Aceleração da luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose no contexto da
redução da pobreza**

Questões políticas pendentes e desafios futuros

ÍNDICE

COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO AO CONSELHO E AO PARLAMENTO EUROPEU Actualização do programa de acção da Comunidade Aceleração da luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose no contexto da redução da pobreza Questões políticas pendentes e desafios futuros	1
Exposição de Motivos	4
1. Introdução	7
2. Contexto e desafios	7
2.1. Um acordo internacional sem precedentes - tentativa de início de resolução das contradições.....	8
2.2. Poucos progressos a nível mundial em termos de acesso e mobilização de recursos	10
3. Resultados do PA até ao momento	11
3.1. Impacto.....	12
3.1.1. Maximização do impacto das intervenções em matéria de Saúde, SIDA e Demografia orientadas para a luta contra as principais doenças transmissíveis e para a redução da pobreza	12
3.1.2. Reforço da estratégia farmacêutica e das capacidades.....	15
3.1.3. Reforço da capacidade de produção local.....	15
3.2. Preços abordáveis.....	16
3.2.1. Preços diferenciados.....	16
3.2.2. Direitos aduaneiros e encargos.....	17
3.2.3. Protecção da propriedade intelectual	17
3.2.4. Responsabilidade social das empresas (RSE)	18
3.3. Investigação e desenvolvimento	19
3.3.1. Reforço da investigação em matéria de doenças relacionadas com a pobreza	19
3.3.2. Parceria entre a Europa e os Países em Desenvolvimento para a Realização de Ensaio Clínicos (EDCTP).....	20
3.3.3. Reforço das capacidades de I&D dos países em desenvolvimento.....	20
3.3.4. Incentivos indirectos ao aumento do investimento na I&D do sector privado consagrada ao desenvolvimento de bens públicos mundiais específicos.....	21
3.4. Participação em parcerias globais: estratégia e diálogo político.....	22
4. Acompanhamento e avaliação.....	24
5. Conclusões	26

Anexo 1: Acrónimos	30
Anexo 2: Matriz	31
Anexo 3: Objectivos de desenvolvimento do milénio	44
Anexo 4: Preços e reduções de preços em relação a determinados medicamentos contra o VIH/SIDA e a malária.....	48

COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO AO CONSELHO E AO PARLAMENTO EUROPEU

Actualização do programa de acção da Comunidade

Aceleração da luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose no contexto da redução da pobreza

Questões políticas pendentes e desafios futuros

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

Em Fevereiro de 2001, a Comissão adoptou o programa de acção (PA) intitulado *Aceleração da luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose no contexto da redução da pobreza*. O PA envolveu uma série de acções destinadas a **aumentar o impacto das intervenções em curso, tornar mais abordáveis medicamentos importantes e promover a investigação e o desenvolvimento de determinados bens públicos mundiais** para a luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose a nível nacional, regional e mundial. O PA está a ser aplicado desde há dois anos e chegou agora o momento de avaliar a sua implementação, as questões políticas pendentes e os desafios futuros.

O PA e a respectiva implementação são importantes acima de tudo porque não cessa de aumentar o número de pessoas afectadas, infectadas e a morrer em consequência do VIH/SIDA, da malária e da tuberculose. Só em 2001, cerca de três milhões de pessoas foram vitimadas pela sida e mais cinco milhões foram infectadas pelo VIH. O fardo que a malária e a tuberculose (TB) representam continua igualmente a aumentar. Em 2001, a TB matou cerca de dois milhões de pessoas e a malária 1 milhão. As tendências actuais sugerem que, em 2020, cerca de mil milhões de pessoas terão sido infectadas pela TB, 200 milhões terão desenvolvido a doença e 35 milhões terão morrido em consequência dela. A TB e a malária contribuem ainda para mais dois a quatro milhões de mortes por ano.

A comunidade internacional chegou a consenso sobre a urgência da luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose nos países em desenvolvimento e sobre os mecanismos para que esse objectivo possa ser alcançado. Todos os membros da comunidade internacional subscreveram os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM). O lugar de destaque ocupado pelo VIH/SIDA, a malária e a tuberculose, realça a relação existente entre a redução global da pobreza e os investimentos no sector da saúde. A Comissão de Macroeconomia e Saúde (CMH) da OMS apresentou dados convincentes em relação à necessidade de concentrar a acção na luta contra estas três doenças e demonstrou por que motivo os investimentos no sector da saúde constituem uma estratégia eficaz de redução da pobreza. Prosseguiu igualmente o debate sobre bens públicos mundiais (BPM), estando a ser ponderados incentivos adequados para a produção de BPM específicos, como os que permitem o controlo das epidemias de VIH/SIDA, malária e tuberculose. Ainda não existem vacinas contra o VIH/SIDA e a malária, nem vacinas eficazes contra a tuberculose, e muitos destes bens públicos mundiais estão dependentes de acções a nível internacional.

No que respeita ao **aumento do impacto**, têm-se registado poucos progressos em termos de reforço do apoio ao sector da saúde. Apesar das grandes reduções de preços alcançadas após a

adopção do PA, são poucas as pessoas que têm acesso aos medicamentos anti-retrovíricos e a medidas eficazes de luta contra a TB e a malária. O aumento pretendido das despesas no sector da saúde nos países em desenvolvimento para, no mínimo, 30-40 dólares norte-americanos por pessoa e por ano requererá, até 2007, cerca de 27 mil milhões de dólares norte-americanos por ano de subvenções de doadores, bem como despesas adicionais a cargo dos orçamentos dos países em desenvolvimento no valor de 23 mil milhões de dólares norte-americanos. Estima-se que só a luta contra o VIH/SIDA, a malária e a TB requer 9,2 mil milhões de dólares norte-americanos por ano. Os resultados comprovativos da eficácia do PA a nível nacional necessitam de ser avaliados a mais longo prazo. No entanto, está previsto o aumento das despesas comunitárias em infra-estruturas sociais, verificou-se a reorientação de programas pouco activos e as despesas incidiram melhor nas prioridades estabelecidas no PA. A nível da UE, foram adoptadas pelo Conselho e pelo Parlamento várias resoluções que confirmam as prioridades nele estabelecidas. A Comissão adoptou igualmente uma Comunicação em matéria de saúde e de pobreza que define quatro grandes tipos de abordagem com vista à melhoria dos resultados sanitários e propôs um regulamento sobre doenças relacionadas com a pobreza (VIH/SIDA, malária e tuberculose), que prevê um aumento significativo dos recursos financeiros. No que respeita à **maior acessibilidade** dos medicamentos, os direitos de propriedade intelectual e o Acordo TRIPS foram temas salientes aquando do lançamento da nova ronda da OMC consagrada ao desenvolvimento. Em 2001, na Reunião Ministerial dos Membros da OMC em Doha, a adopção da Declaração sobre a relação entre o Acordo TRIPS e a saúde pública constituiu uma evolução significativa. A estratégia da Comissão com vista a um sistema de preços diferenciados para a melhoria do fornecimento de medicamentos essenciais aos países em desenvolvimento também conduziu a resultados tangíveis. Nos dois últimos anos, a noção de preços diferenciados tem vindo gradualmente a ser de uma aceitação mais generalizada a nível da UE como meio eficaz de promoção de um melhor acesso das pessoas pobres aos medicamentos essenciais. A este propósito, a Comissão adoptou uma proposta de Regulamento do Conselho destinada a impedir o desvio de comércio para o mercado da UE de medicamentos vendidos a preços diferenciados nos países em desenvolvimento.

No que respeita ao **aumento do investimento na investigação e desenvolvimento**, foram afectados recursos significativos provenientes dos programas-quadro à investigação do VIH/SIDA, malária e tuberculose, nomeadamente à criação da nova iniciativa Parceria entre a Europa e os Países em Desenvolvimento para a Realização de Ensaio Clínicos (EDCTP). A EDCTP constitui claramente um novo passo em frente, na medida em que contribui para transmitir uma imagem unificada do contributo da investigação europeia para a luta contra estas três doenças nos países em desenvolvimento. Nos próximos anos, será necessário dar prioridade a incentivos adicionais, directos e indirectos, com vista à investigação e desenvolvimento de bens públicos mundiais específicos de luta contra estas doenças.

A nível mundial, a Comunidade Europeia empenhou-se fortemente na abordagem das questões abrangidas pelo PA, designadamente no contexto do G8, em especial em Okinawa, em cimeiras entre a UE e os EUA e no Fórum UE/OUA. A Comissão é um membro activo do Conselho de Administração do Fundo Mundial de Luta contra o VIH/SIDA, a Tuberculose e o Paludismo (GFATM). Os países em desenvolvimento dispõem de uma representação influente no Conselho de Administração do GFATM e nas decisões gerais de administração deste Fundo, que aborda questões politicamente importantes que não haviam sido contempladas de forma satisfatória noutras instâncias, como os preços diferenciados, as quais, no entanto, não podem ser solucionadas apenas no âmbito do GFATM. Em relação a estas questões, são necessárias novas iniciativas de cooperação a nível europeu e com parceiros específicos, como os Estados Unidos.

Dois anos após a sua adopção, o PA continua a constituir um enquadramento global, coerente e prospectivo da política da UE destinado a dar um contributo significativo para o aperfeiçoamento das acções de luta contra estas três doenças transmissíveis a nível mundial, regional e nacional. É, no entanto, ainda urgentemente necessária uma acção colectiva em larga escala. Há áreas em que os progressos são menos visíveis devido essencialmente à falta de recursos adequados a nível da Comissão e/ou dos Estados-Membros para empreender uma acção muito vasta em domínios como os da capacidade de produção local, da transferência de tecnologias, dos incentivos à investigação e desenvolvimento inovadores por parte do sector privado e da criação de parcerias efectivas, designadamente com os países em desenvolvimento em causa.

O PA demonstrou ser crucial a existência de uma voz influente da UE e conduziu a que as posições desta sobre acções especificamente centradas no VIH/SIDA, na malária e na tuberculose tenham sido significativamente reforçadas a nível mundial, graças também à colaboração com outros parceiros. No entanto, é necessário envidar mais esforços no sentido de prever consultas regulares e estruturadas com os países em desenvolvimento. Propõe-se a sua intensificação, através da criação de um **Fórum das Partes Interessadas na Luta contra as Principais Doenças Transmissíveis no Contexto da Redução da Pobreza.**

A UE deparará com grandes desafios na tentativa de fazer adoptar e aplicar os vários mecanismos necessários para a luta contra estas três doenças a nível dos países em desenvolvimento e de outros membros da OCDE, da sua indústria e da sociedade civil.

1. INTRODUÇÃO

O programa de acção da Comunidade relativo à luta contra as doenças transmissíveis no contexto da redução da pobreza (a seguir denominado programa de acção ou PA) assenta no quadro estratégico descrito na Comunicação de Setembro de 2000 intitulada "Aceleração da luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose no contexto da redução da pobreza".¹ Este programa define, no âmbito de uma iniciativa internacional alargada, uma estratégia de resposta ambiciosa e coerente da Comunidade em relação à situação de urgência mundial criada pelo VIH/SIDA, pela malária e pela tuberculose (TB) para o período compreendido entre 2001 e 2006. Estas doenças afectam as populações mais pobres e comprometem quer a saúde a nível mundial, quer o desenvolvimento sustentável. A resposta da Comunidade implica uma série de acções globais e articuladas destinadas a: (i) aumentar o impacto das intervenções existentes; (ii) tornar mais abordáveis os medicamentos essenciais; e (iii) promover a investigação e o desenvolvimento de bens públicos mundiais específicos de luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose a nível nacional, regional e mundial.

A presente comunicação analisa a aplicação do PA nos seus dois primeiros anos de existência e destina-se essencialmente ao Conselho e ao Parlamento Europeu. É igualmente importante que o publico em geral empenhado em contribuir para melhores resultados em termos de desenvolvimento sustentável tome conhecimento dos progressos alcançados na luta contra estas três doenças nos países em desenvolvimento. O presente documento aborda o contexto global e os principais desafios a nível mundial e apresenta os resultados obtidos em termos de impacto, preços abordáveis e investigação. Inclui ainda uma secção específica dedicada ao acompanhamento e avaliação, a que se seguem recomendações em relação ao futuro.

2. CONTEXTO E DESAFIOS

Nos dois últimos anos, o VIH conduziu a uma perda total de mais de 160 milhões de anos de vida saudável, a malária a uma perda de 80 milhões e a tuberculose a quase 72 milhões

1. Está ainda a aumentar o número de pessoas afectadas, infectadas e moribundos em consequência do VIH/SIDA, da malária e da tuberculose (TB). Só em 2001, cerca de três milhões de pessoas foram vitimadas pela sida e mais cinco milhões foram infectadas pelo VIH. Metade de todas as primo-infecções pelo VIH (mais de 6 000 casos por dia) ocorrem na faixa etária dos 15 aos 24 anos. As regiões em que a disseminação é mais rápida são a Europa Oriental, a Ásia Central, a China e a Índia. A maior parte destas primo-infecções ocorre em toxicodependentes que se injectam. No entanto, em termos mundiais, a sida continua a ser um flagelo importante em todas as regiões.
2. O fardo que a malária e a TB representam continua igualmente a aumentar. As tendências actuais indicam que, em 2020, quase mil milhões de pessoas terão sido infectadas pela TB, 200 milhões terão desenvolvido a doença e 35 milhões terão morrido. Um terço da população mundial está actualmente infectado pela tuberculose. Em 2001, a TB matou cerca de dois milhões de pessoas e a malária 1 milhão. A TB e a malária contribuem para mais dois a quatro milhões de óbitos por ano. A maior parte das pessoas mortas devido à malária são crianças jovens que

¹ COM (2001) 96 de 21.2.2001 e COM(2000) 585 de 20.9.2000.

vivem na África Subsaariana. A TB está predominantemente associada a uma elevada prevalência de SIDA e constitui um factor importante no Sudeste Asiático, na Ásia Oriental, no Pacífico e na América.

2.1. Um acordo internacional sem precedentes - tentativa de início de resolução das contradições

1. Nos dois últimos anos gerou-se um consenso alargado no seio da comunidade internacional sobre a urgência da luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose nos países em desenvolvimento e sobre os meios a utilizar para o efeito. Mais do que nunca, os funcionários governamentais, os políticos, os responsáveis e os decisores, os membros da sociedade civil e os dirigentes de empresas tomaram consciência do pesado encargo que estas doenças representam e da forma como pode vir a evoluir caso não sejam intensificadas as medidas de luta. Este consenso conduziu a uma nova dinâmica política, que permitiu chegar a um **acordo internacional sem precedentes** sobre as medidas com maior impacto.
2. Todos os membros da comunidade internacional aderiram aos **Objectivos de Desenvolvimento do Milénio** (ODM - Anexo 3), no âmbito dos quais a redução para metade, até 2015, da percentagem da população que vive numa situação de pobreza extrema assume uma importância fundamental. Os objectivos no sector da saúde ocupam um lugar de destaque, o que sublinha a relação existente entre a redução global da pobreza e os investimentos no sector da saúde. O objectivo específico 6, "*Combater o VIH/SIDA, a malária e outras doenças*", sugere um forte empenho e o reconhecimento de que, na ausência de medidas de luta contra estas doenças, não será possível concretizar o objectivo central da redução da pobreza a nível mundial. Em termos específicos, o objectivo é travar e fazer regredir a propagação do VIH/SIDA e a incidência da malária e da TB até 2015. De uma forma geral, considera-se hoje em dia que o PA contribuiu directamente para a obtenção do consenso internacional em relação ao objectivo 6 dos ODM.
3. Foram adoptados a nível mundial ou regional outras **metas mais específicas** em relação a estas três doenças: para o VIH/SIDA, na Sessão especial da Assembleia Geral da ONU de Junho de 2001; para a malária, na Cimeira Africana sobre o Controlo da Malária, que decorreu em Abuja, em Abril de 2000; e para a tuberculose, na Assembleia Mundial da Saúde de Maio de 2000. Relativamente a estas três doenças, estão igualmente a ser analisados, no âmbito do Fundo Mundial de Luta contra o VIH/Sida, a Malária e a Tuberculose (GFATM), os objectivos, as metas e as medidas e indicadores associados.
4. Nos dois últimos anos, o trabalho empreendido pela **Comissão de Macroeconomia e Saúde (CMH) da OMS** constituiu um ponto de viragem importante a nível mundial². Este relatório apresenta dados comprovativos de que o pesado encargo constituído por estas doenças³ reduz o crescimento económico e limita ainda mais os

² Relatório final de Dezembro de 2001, Comissão de Macroeconomia e Saúde da OMS.

³ O impacto da doença nas pessoas e nas sociedades mede-se estimando o número de anos de vida saudável perdidos em consequência da doença. Cumulativamente, o número total de anos de vida saudável perdidos em consequência de doença podem ser descritos como o "encargo que a doença representa". O encargo total de uma sociedade em termos de doença representa a diferença entre o estado de saúde real da população e uma situação ideal em que todas as pessoas atingem a velhice sem problemas de saúde.

recursos de que os governos dispõem para investir na saúde pública, bem como em medidas de luta contra a pobreza. Esta Comissão demonstrou o motivo pelo qual o aumento dos investimentos no sector da saúde constitui uma estratégia eficaz de redução do número de pessoas pobres e estima em 18% por ano o rendimento dos investimentos nesta área nos países em desenvolvimento. A CMH contribuiu para o reforço do consenso mundial sobre a necessidade de diminuir os encargos com a doença suportado pelas pessoas pobres através da maior concentração dos esforços nestas três doenças.

5. Após a adopção do PA, o debate sobre **bens públicos mundiais** (BPM) prosseguiu em várias instâncias. O PA constituiu uma afirmação clara da necessidade de uma estratégia de âmbito mundial em relação aos BPM assente no princípio de que os investimentos nos domínios da saúde e do desenvolvimento são do interesse de todos, pobres e ricos. Esta estratégia não se circunscreve à simples "ajuda". Uma vez que os fornecedores de bens públicos podem não ser adequadamente compensados no âmbito de uma negociação comercial ou através dos mecanismos existentes de financiamento público, a CE e os Estados-Membros da UE estão actualmente a elaborar **incentivos adequados** com vista à produção de BPM específicos (produtos, serviços e conhecimento) que permitam contribuir para o controlo de epidemias como as de VIH/SIDA, malária e tuberculose.
6. Há cada vez mais dados comprovativos de que a **prevenção, o tratamento e os cuidados** são parte integrante de um mesmo processo. Torna-se também cada vez mais claro que é possível prestar cuidados e tratar pessoas com SIDA em contextos com poucos recursos, o que constitui uma parte importante das iniciativas destinadas a aumentar a eficácia da prevenção. Esta tomada de consciência foi perceptível aquando da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS) de Junho de 2001 sobre o VIH/SIDA e esteve na origem do consenso alcançado na XIV Conferência Internacional sobre a Sida, realizada em Julho de 2002, quanto à necessidade de considerar a profilaxia e o tratamento prioridades complementares e não mutuamente exclusivas. A relação essencial entre a prevenção e o tratamento está também bem estabelecida no domínio da luta contra a tuberculose, uma vez que só uma taxa de cura de 80% pode controlar a transmissão numa comunidade em que a doença seja fortemente endémica. Há cada vez mais dados comprovativos da existência de uma forte relação análoga no domínio da malária, nomeadamente no que respeita ao controlo da malária nas grávidas, que é frequentemente fatal para as mães ou os filhos.
7. A opinião pública continua a manifestar grande interesse na necessidade de facilitar e melhorar o **acesso aos medicamentos** nos países pobres. Um elemento importante das campanhas públicas foi o estabelecimento de uma melhor relação entre a protecção da saúde e a protecção dos direitos de propriedade intelectual dos fabricantes de medicamentos. Na Conferência Ministerial de Doha de 2001, os membros da Organização Mundial do Comércio (OMC) negociaram com sucesso uma declaração sobre a interpretação e implementação da relação entre o Acordo TRIPS e a saúde pública "...por forma a contemplar o direito dos membros da OMC de protegerem a saúde pública e, nomeadamente, de promoverem o acesso de todos aos medicamentos". A Comunidade Europeia e os seus Estados-Membros desempenharam um papel decisivo na obtenção de um acordo em relação a esta declaração e continuam a ocupar um lugar de destaque nas negociações subsequentes sobre as questões pendentes.

2.2. Poucos progressos a nível mundial em termos de acesso e mobilização de recursos

1. Apesar do acima exposto, registaram-se poucos progressos em relação ao fornecimento urgente de meios preventivos, terapêuticos e de prestação de cuidados de qualidade, incluindo produtos de base e equipamento. Este foi um dos elementos fulcrais do PA. Existe um consenso generalizado de que a utilização adequada de preservativos e a prevenção pelos anti-retrovíricos da transmissão vertical poderia travar a propagação da pandemia de VIH/SIDA. O Tratamento Anti-retrovírico Altamente Activo (Highly Active Antiretroviral Treatment - HAART) provou em muitos casos poder salvar vidas, tendo constituído igualmente um incentivo à prevenção eficaz, que passa pelo reforço das consultas e testes facultativos, e, em termos mais gerais, pela informação e educação sanitária. Embora nos dois últimos anos os preços dos medicamentos anti-retrovíricos (ARV) e de alguns medicamentos contra infecções oportunistas tenham começado a baixar, nalguns casos fortemente (ver anexo 4), e países como o Brasil tenham registado progressos significativos no acesso generalizado aos medicamentos por parte das pessoas infectadas pelo VIH, a verdade é que só 0,3% das pessoas com VIH/SIDA têm acesso aos ARV nos países em desenvolvimento. Por conseguinte, é necessário desenvolver tratamentos mais eficazes, melhor adaptados e simplificados.

As intervenções destinadas a evitar a propagação da TB ainda não alcançaram a eficácia pretendida, embora o **tratamento directamente acompanhado de curta duração (DOTS)** tenha demonstrado ser possível alcançar elevadas taxas de cura e uma redução da incidência, da morbilidade e da mortalidade devida a esta doença. Apesar de 148 países aplicarem actualmente a estratégia DOTS, só cerca de 55% da população mundial a ela tem acesso. Em vários países, a aplicação a nível nacional da estratégia DOTS conduziu à inversão da tendência de aumento de prevalência da tuberculose, o que os coloca em condições de, todas as décadas, reduzir para metade o número de novos casos ou incidência de TB.

Mosquiteiros tratados com insecticida e tratamentos profilácticos intermitentes podem fazer diminuir grandemente o fardo que a malária representa. Apesar da distribuição de mais de cinco milhões destes mosquiteiros no período compreendido entre 2000 e 2001, a percentagem de crianças africanas com menos de cinco anos de idade que dormem em mosquiteiros tratados com insecticida permanece inferior a 10% e a taxa média de utilização de mosquiteiros é de apenas 1% nas populações africanas em risco. Na última década, a taxa de mortalidade infantil devida à malária só baixou no Vietname. Na África Subariana, a incidência de malária aumentou. O aumento rápido da resistência aos medicamentos sugere que a mortalidade devida à malária tem tendência a aumentar acentuadamente. A adopção, em Maio de 2001, da Convenção de Estocolmo sobre os Poluentes Orgânicos Persistentes (POP) permitiu avançar rumo à supressão progressiva do recurso ao DDT como meio de luta contra a malária. Foram concedidas isenções a alguns países em desenvolvimento, sob condição de que prossiga a investigação sobre agentes químicos e não químicos seguros de carácter alternativo, com vista à descoberta de um meio igualmente eficaz e económico de profilaxia da malária.

Uma questão particularmente importante em relação ao VIH/SIDA é a actual ênfase da comunidade internacional na **instabilidade e insegurança**, que a conduzem a propor e aplicar medidas nem sempre assentes na defesa dos **direitos fundamentais da pessoa humana**. Muitos países prestam cada vez mais atenção O respeito ou

desrespeito pelos direitos humanos ou cívicos e a eventual discriminação em relação às pessoas com VIH/SIDA representa uma preocupação crescente em muitos países, mas estes factores nem sempre estão a ser suficientemente tomados em consideração. O debate não se restringe ao direito à saúde e abrange igualmente a não discriminação no local de trabalho e na sociedade, o direito sucessório, a liberdade de circulação e o direito ao casamento. A legislação discrimina frequentemente em relação às pessoas infectadas pelo VIH.

2. **Recursos financeiros ainda irrisórios** A CMH calcula que as actuais despesas efectivas dos países menos avançados no sector da saúde⁴ (cerca de 13 dólares norte-americanos por pessoa e por ano) necessitam de aumentar para, no mínimo, 30-40 dólares norte-americanos por pessoa e por ano. Para tal, serão necessárias até 2007 subvenções de doadores num montante de 27 mil milhões de dólares norte-americanos por ano (sendo actualmente disponibilizados 6 mil milhões de dólares norte-americanos), bem como despesas orçamentais adicionais de 23 mil milhões de dólares norte-americanos por parte dos países em desenvolvimento. A CMH também procedeu a uma estimativa pormenorizada das necessidades financeiras anuais, que ascendem a 9,2 mil milhões de dólares norte-americanos em matéria de VIH/SIDA, malária e TB. Trata-se de uma estimativa do valor mínimo dos investimentos susceptíveis de se traduzir em prestações imediatamente, centrados no desenvolvimento dos níveis menos diferenciados dos sistemas sanitários locais, como os postos sanitários e os serviços móveis. Os países africanos acordaram em afectar 15% dos respectivos orçamentos nacionais ao sector da saúde (Abuja, Abril de 2000). Alguns, como a Nigéria, estão a aproveitar a redução da dívida para proceder a novos investimentos significativos neste sector, designadamente no que respeita ao VIH/SIDA. Países com um elevado encargo de doença estão a demonstrar o seu empenho na luta contra a TB através do financiamento próprio de 60% dos custos de tratamento desta doença. No entanto, a mobilização de recursos permanece um desafio considerável, designadamente em África, e muito especialmente no tocante ao VIH/SIDA. O Fundo Mundial de Luta contra o VIH/SIDA, a TB e a Malária (GFATM) estabeleceu como objectivo despesas adicionais de 2,3 mil milhões de dólares norte-americanos até 2003 e de 4,6 mil milhões de dólares norte-americanos até 2004; até ao momento, foi disponibilizado um montante de 2,1 mil milhões de dólares norte-americanos para os cinco próximos anos.

3. RESULTADOS DO PA ATÉ AO MOMENTO

O PA destina-se a articular **acções a nível nacional** destinadas a melhorar o acesso da população às iniciativas, bens e serviços existentes com **acções de âmbito mundial no domínio dos medicamentos a preços abordáveis e do investimento no desenvolvimento de bens públicos mundiais específicos**. Foram identificadas três áreas de acção inter-

⁴ Os países menos avançados são actualmente 49: Afeganistão, Angola, Bangladesh, Benim, Butão, Burkina Faso, Burundi, Camboja, Cabo Verde, República Centro-Africana, Chade, Comores, República Democrática do Congo, Jibuti, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Haiti, Quiribati, República Democrática Popular do Laos, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Malvinas, Mali, Mauritânia, Moçambique, Myanmar, Nepal, Níger, Uganda, Ruanda, Samoa, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Ilhas Salomão, Somália, Sudão, Togo, Tuvalu, República Unida da Tanzânia, Vanuatu, Iémen, Zâmbia (UNCTAD 2001 - <http://www.unctad.org/en/pub/ldcprofiles2001.en.htm>).

relacionadas e complementares entre si (**impacto, preços abordáveis e investigação**). A sua implementação requer medidas coerentes, colectivas e simultâneas.

3.1. Impacto

3.1.1. *Maximização do impacto das intervenções em matéria de Saúde, SIDA e Demografia orientadas para a luta contra as principais doenças transmissíveis e para a redução da pobreza*

O objectivo ambicioso do programa de acção, isto é, em parceria com países em desenvolvimento e outro parceiros, **atribuir uma prioridade cada vez maior às dotações nacionais / regionais com vista à melhoria dos resultados no domínio da saúde** conduziu, até ao momento, a resultados pouco visíveis. Será necessário um lapso de tempo mais alargado para que o impacto real destas acções seja manifesto. As dotações no domínio da saúde são, em termos gerais, comparativamente mais elevadas nos programas financiados pela CE que decorrem na Ásia, na América Latina e no Mediterrâneo do que nos do Fundo de Europeu Desenvolvimento (FED). É necessário adoptar, no seio da família RELEX, orientações mais coerentes com vista à concretização dos ODM, especialmente no que respeita aos países em que a epidemia de VIH/SIDA se está a propagar rapidamente (Índia e China). A criação do **Grupo Interserviços responsável pelo programa de acção comunitário** (Novembro de 2002) destina-se a fazer avançar este programa quer a nível da Comissão, quer em todos os países em desenvolvimento.

1. Em finais de 2001, foram comunicadas às delegações da Comissão **orientações em matéria de programação** nos domínios da saúde, SIDA e demografia. Todos os documentos comunitários de estratégia por país/programas indicativos nacionais (excepto os relativos a "países ACP não notificados") foram concluídos até finais de 2002⁵. **As dotações atribuídas à "saúde como sector prioritário" no âmbito do 9º FED representam 3,7% (280 milhões de euros)**. 22,3% dos recursos totais do 9º FED (1,6 mil milhões de euros) foram destinados ao "apoio macroeconómico subordinado à satisfação de determinadas condições em termos de desenvolvimento social" envolve . Em 2002, foram programados, no âmbito dos 6º-9º FED, fundos regionais e intra-ACP em favor da saúde nos países ACP (o que perfaz um total de 104 milhões de euros: 60 milhões de euros destinados ao GFATM nos 6º e 7º FED e 44 milhões de euros destinados à saúde reprodutiva / malária nos 8º e 9º FED). Está actualmente a ser analisado juntamente com os países ACP um financiamento adicional proveniente dos fundos regionais intra-ACP e das reservas do 9º FED. A dotação relativa à saúde no âmbito do programa MEDA para o período compreendido entre 2002 e 2004 representa 2%. No que respeita aos programas da Ásia (2002-2004), ela ascende a 14,1% e, no tocante à América Latina, corresponde a 1,9%. As actuais disposições plurianuais em relação todos os países em desenvolvimento prevêm um montante total de 423,2 milhões de euros para a "saúde e demografia", o que representa menos de 3,3% do valor total da ajuda comunitária ao desenvolvimento programada. A maioria dos Estados-Membros da UE - Finlândia, DE, UK, B, FR, S e NL - tem vindo a dar mais ênfase aos ODM relativos à saúde na programação da respectiva ajuda.

⁵ Documento de trabalho dos serviços da Comissão: "Progress report on the implementation of the Common Framework for Country Strategy Papers" (Relatório sobre os progressos alcançados na aplicação do enquadramento comum para os documentos de estratégia por país), SEC(2002) 1279, 26.11.2002. As disposições relativas ao financiamento plurianual constam do Anexo 2.

2. No início de 2002, a Comissão chegou a um acordo com a Comissão de Desenvolvimento do Parlamento Europeu no sentido de assegurar que pelo menos 35% das **despesas do orçamento comunitário relativas ao desenvolvimento** sejam consagradas às infra-estruturas sociais. Trata-se de um indicador relativo à saúde e à demografia, à educação, ao aprovisionamento de água, aos equipamentos sanitários e ao governo e à sociedade civil, no âmbito da categoria sectorial 1 do CAD. As actuais dotações plurianuais em termos de "infra-estruturas sociais" para todos os países em desenvolvimento totalizam 4,651 mil milhões de euros, ou seja, 36.3% do valor total da ajuda comunitária ao desenvolvimento programada.
3. Em 2001, a Comissão reexaminou 22 **programas inactivos no sector da saúde** (ACP e ALAMEDA) e, sempre que necessário, anulou autorizações ou transferiu os respectivos fundos⁶. A reforma dos serviços de relações externas da Comissão contribuiu para acelerar significativamente os níveis de desembolso. Em Fevereiro de 2001, a taxa de **desembolso** global da carteira afectada à Saúde, SIDA e Demografia foi fixada em 17,1% (relação desembolso/valor total das autorizações). Esta taxa está actualmente fixada em 23% em relação a essa mesma carteira (1995-2000). No entanto, os valores relativos a 2001 e 2002 são mais prometedores, dado que, nos dois últimos anos, se registou uma melhoria clara da execução orçamental global, incluindo, em 2001, um aumento de 20% dos pagamentos em relação ao ano anterior⁷.
4. A Comunidade Europeia e os seus Estados-Membros estão cada vez mais empenhados na **harmonização das políticas e procedimentos**, por forma a aumentar o impacto a nível de cada país. Foram lançadas em Setembro de 2002 missões conjuntas Comissão Europeia/União Europeia a vários países-piloto (Moçambique, Marrocos, Vietname e Nicarágua) destinadas a avaliar a possibilidade de se proceder a uma maior harmonização nos sectores da saúde e da educação. Por certo que a coordenação mais estreita dos doadores deve assentar numa abordagem gradativa, que abranja desde as consultas conjuntas e o intercâmbio de informação até análises conjuntas da situação e estruturas de programação e implementação comuns, passando pelo intercâmbio real de informação entre a sede e as delegações/embaixadas. A Comissão instituiu uma **Task Force** com vista à elaboração de um **plano pormenorizado de harmonização das acções** nos sectores da saúde, do VIH/SIDA e da educação, que deverá conduzir à melhoria dos trabalhos em curso em cada país sobre a utilização de indicadores específicos e à avaliação dos progressos alcançados em termos de ODM.
5. No decurso de 2001, foram adoptadas várias **resoluções** sobre o programa de acção: a Resolução do Conselho de 14 de Maio de 2001; a Resolução do Parlamento Europeu de 4 de Outubro de 2001⁸; e a Resolução da Assembleia Parlamentar

⁶ Embora não tenham sido anulados todos os projectos inactivos do sector da saúde, em termos gerais a relação fundos inactivos / recursos activos é de 27% no que respeita à saúde em geral, 10,3% em relação ao VIH/DST e de 6,8% no tocante aos programas orientados para a luta contra as doenças transmissíveis.

⁷ COM(2002) 490 final - Relatório anual de 2001 sobre a política de desenvolvimento da CE e a implementação da assistência técnica, 12.09.2002.

⁸ Em 15 de Março de 2001, a Resolução do Parlamento Europeu relativa ao acesso aos medicamentos contra o VIH/SIDA para as vítimas desta doença nos países em desenvolvimento referiu a inclusão no programa de acção da Comissão de um compromisso em relação à aplicação de preços diferenciados e apelou à criação de um sistema que permita aos países em desenvolvimento o acesso equitativo, a preços abordáveis, aos medicamentos e vacinas.

Conjunta ACP-UE, de 1 de Novembro de 2002. A proposta da Comissão relativa à base jurídica para contribuição da Comunidade a favor do Fundo Mundial de Luta contra o VIH/SIDA, a Tuberculose e o Paludismo (GFATM) foi adoptada em 23 de Outubro de 2001 e, em 19 de Dezembro de 2001, o Conselho e o Parlamento Europeu adoptaram a contribuição da CE para o GFATM⁹.

6. A Comissão reformulou o **regulamento**, ao instituir uma rubrica orçamental especial (B7-6311) em relação ao VIH/SIDA, à malária e à TB, em consonância com o desenvolvimento do plano de acção¹⁰. Ao longo de 2002, este regulamento foi objecto de análise aprofundada no Conselho e no Parlamento¹¹. A Comissão propôs um aumento praticamente para o triplo dessas dotações, que passariam de 25,27 milhões de euros para 73,35 milhões de euros. . Prevê-se que o regulamento seja aprovado pelo Parlamento Europeu e pelo Conselho no início de 2003.
7. Em Março de 2002, a Comissão adoptou uma Comunicação sobre **a saúde e a luta contra a pobreza**¹², tendo o Conselho subsequentemente adoptado uma resolução, em 30 de Maio de 2002. A resolução do Conselho referia-se ao **aumento da importância e à melhoria da prestação da ajuda**. Nela se afirmava: "[...] A fim de melhorar os resultados no sector da saúde e de atingir os objectivos de desenvolvimento fixados a nível internacional para este sector, a UE prestará um forte apoio aos países em desenvolvimento que se comprometeram a trabalhar no sentido de alcançar as metas por si estabelecidas em matéria de investimentos no sector da saúde, tais como as que foram definidas na Cimeira de Abuja (15% dos orçamentos nacionais). [...] Neste contexto, o Conselho recorda as suas conclusões na Conferência das Nações Unidas sobre o Financiamento do Desenvolvimento em Monterrey, aprovadas pelos Ministros dos Negócios Estrangeiros em 14 de Março e subscritas pelo Conselho Europeu de Barcelona, em que os Estados-Membros se comprometem colectivamente, como primeiro passo significativo, a aumentar o seu volume global da APD nos próximos quatro anos. *Uma parte substancial desse aumento deverá ser destinada ao apoio ao desenvolvimento social nos países em desenvolvimento, com especial realce para a melhoria dos resultados em matéria de saúde e de educação* [...] ". Os debates no Parlamento Europeu sobre a saúde e a luta contra a pobreza iniciaram-se em Outubro de 2002 e estão ainda a decorrer.
8. Em 2001, na reunião do Comité de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD) da OCDE, a Comissão manifestou a sua determinação numa maior participação de contratantes dos países em desenvolvimento na execução de programas e projectos comunitários de desenvolvimento, através de uma iniciativa em favor de uma **maior**

⁹ Decisão nº 36/2002/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 19 de Dezembro de 2001, relativa à contribuição da Comunidade para o Fundo Mundial de Luta contra o VIH/SIDA, a Tuberculose e o Paludismo (JO L 7 de 11.2.2002, pp. 1-2).

¹⁰ Proposta de Regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho relativo à luta contra as doenças relacionadas com a pobreza (VIH/SIDA, malária e tuberculose) nos países em desenvolvimento - COM/2002/0109 final -COD 2002/0051.

¹¹ Paralelamente, a Comissão propôs a revisão do Regulamento relativo à rubrica orçamental especial sobre a ajuda aos programas populacionais (B7-6312), por forma a nele integrar a saúde e os direitos reprodutivos e sexuais.

¹² COM(2002) 129 final de 22.03.2002. Esta comunicação define as relações existentes entre saúde e pobreza, descreve os elementos essenciais de uma abordagem coerente em matéria de desenvolvimento com vista à melhoria da saúde e do bem-estar e institui pela primeira vez um só quadro político comunitário de orientação do investimento nos domínios da saúde, sida e pobreza no contexto da ajuda global da CE aos países em desenvolvimento.

desvinculação da ajuda comunitária. A Comissão propôs uma experiência-piloto com os medicamentos e os equipamentos/produtos de luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose. O primeiro dossiê comunitário que beneficiou da desvinculação foi um concurso internacional no Zimbabué. Em 18 de Novembro de 2002, a Comissão adoptou uma comunicação relativa à desvinculação da ajuda, que clarifica melhor a abordagem adoptada pela Comunidade face à Decisão do CAD da OCDE.

3.1.2. *Reforço da estratégia farmacêutica e das capacidades*

1. Assistiu-se a um **reforço significativo da estratégia farmacêutica** em relação aos países ACP. A CE programou, no âmbito de uma parceria com a OMS, 25 milhões de euros (9º FED) a favor da cooperação regional e do reforço de capacidades, incluindo a intensificação e melhoria da estratégia e dos regimes regulamentares dos medicamentos essenciais. A proposta de financiamento foi debatida no Comité FED em Novembro de 2002, embora a sua adopção apenas vá ocorrer após a ratificação formal do 9º FED. Estão em curso novas iniciativas com vista ao desenvolvimento e ao financiamento de uma parceria estratégica de âmbito mais vasto¹³ com a OMS.
2. Em Abril de 2002, o Comité de Peritos da OMS sobre os medicamentos essenciais aprovou a **12ª Lista-Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS** (tendo a primeira destas listas sido adoptada em 1977), que inclui 325 medicamentos, incluindo 12 ARV¹⁴ para o tratamento da infecção pelo VIH. Paralelamente à lista-modelo, a OMS divulgou directrizes sobre a intensificação do tratamento com ARV. Esta medida é considerada um avanço em termos do pacote global de "prevenção através do tratamento", que poderá contribuir para um acesso mais generalizado ao tratamento nos próximos anos.
3. Estão a desenrolar-se conversações entre a Comissão e os países ACP, o movimento *Roll Back Malaria* (Travar a Malária), os Médicos Sem Fronteiras e outros parceiros sobre os **protocolos nacionais existentes relativos à malária**. É necessário alterá-los para que passem a abranger terapêuticas de associação com artemisina, especialmente na África Oriental¹⁵.

3.1.3. *Reforço da capacidade de produção local*

1. É necessário reflectir sobre a **capacidade mundial de fabrico** de muitos medicamentos essenciais e matérias-primas farmacêuticas. Se a epidemia continuar a alastrar, não é impossível que a actual capacidade de produção farmacêutica venha a revelar-se insuficiente. Assim, por exemplo, existem apenas quantidades finitas de matérias-primas para alguns ARV, dado o número limitado dos respectivos fabricantes. A Comissão analisará a importância destas limitações de capacidade de

¹³ Esta parceria estratégica poderia abranger o envolvimento da CE nos organismos dirigentes, estatutários e políticos do parceiro seleccionado; a contribuição para debates de estratégia; a cooperação financeira em actividades operacionais; e o apoio financeiro às capacidades de base (15.7.2002 - Nota da DG DEV A/2 destinada à Reunião de Gestão Conjunta).

¹⁴ Trata-se, nomeadamente, da nevirapina e da zidovudina, anteriormente indicadas para a prevenção da transmissão mãe-filho, mas hoje em dia também recomendadas para o tratamento da infecção pelo VIH de adultos e crianças. Os novos medicamentos da LME são o abacavir, a didanosina, o efavirenz, o indinavir, a lamivudina, o lonipavir, o nelfinavir, o ritonavir (em baixa dosagem), o saquinavir e a estavudina.

¹⁵ A nova LME inclui um produto que associa a artemisina à lumefantrina (Co-artem).

produção à medida que os preços diferenciados e os concursos públicos se desenvolverem, que os preços abordáveis forem sendo promovidos e que a procura for aumentando.

2. Estão a decorrer várias iniciativas com vista ao desenvolvimento da **capacidade de produção local**. Uma destina-se à produção local de preservativos na África do Sul, em articulação com a sua comercialização social. O Banco Europeu de Investimento (BEI) está a aprofundar esta análise e a ponderar o seu apoio financeiro. A CE está igualmente a procurar encontrar outros parceiros em áreas prioritárias no que respeita à transferência de tecnologias e à produção local de medicamentos, como os anti-retrovíricos, o artesanato e a vacina oral contra a poliomielite.
3. A **transferência de uma elevada capacidade de produção** para países pobres e o desenvolvimento das capacidades em termos de I&D constitui uma parte importante da estratégia de acesso sustentável aos medicamentos. Estas acções devem decorrer paralelamente, dado ser impossível dominar a tecnologia sem que haja adaptações significativas e sem um aumento da competência técnica a nível local. Isto não constituirá, aliás, necessariamente uma desvantagem para a indústria farmacêutica europeia. Em relação a alguns produtos, a libertação de capacidade com vista a uma produção eventualmente mais rentável pode vir a criar uma situação vantajosa para todas as partes. No entanto, nalguns casos, como o das vacinas, é importante que a capacidade de fabrico seja desenvolvida bastante antes de diminuir a produção nos mercados da OCDE. Hoje em dia, regista-se uma carência real de certas vacinas tradicionais pouco rentáveis, como a vacina oral contra a poliomielite e a vacina contra a febre amarela, dado que os produtores dos países desenvolvidos tenderam a fazer incidir a produção nas vacinas mais rentáveis e caras¹⁶.

3.2. Preços abordáveis

3.2.1. Preços diferenciados

1. A Europa continuou a defender com sucesso o **conceito de preços diferenciados**. O PA, as Conclusões do Conselho de Maio de 2002 e as Resoluções do Parlamento Europeu sobre esta matéria incluem todas elas referências claras à necessidade de adoptar, por norma, preços diferenciados em relação a medicamentos importantes destinados aos países em desenvolvimento mais pobres e de simultaneamente evitar a importação para o mercado da UE de produtos com preços diferenciados. Decorreram conversações com os Estados-Membros e a sociedade civil sobre o aprofundamento deste objectivo de preços diferenciados e sobre outras acções do PA. A questão dos preços diferenciados é também regularmente abordada pela CE nos debates relativos aos contratos de bens e serviços financiados pelo GFATM. Em termos gerais, regista-se um consenso generalizado a favor dos preços diferenciados e o apoio a este mecanismo está a aumentar a nível europeu. No entanto, até ao momento, as conversações com os EUA só gradualmente têm vindo a conduzir a resultados tangíveis¹⁷.

¹⁶ *State of the World's Vaccines and Immunisation (Situação Mundial em termos de Vacinas e Imunização)*, Novembro de 2002, OMS, UNICEF e Banco Mundial.

¹⁷ Na reunião de Outubro de 2002 do Conselho de Administração do GFATM, os EUA aceitaram que os preços diferenciados fossem utilizados como mecanismo de adjudicação de contratos GFATM.

2. Em 30 de Outubro de 2002, a Comissão adoptou uma proposta de **Regulamento do Conselho destinado a evitar o desvio** para a União Europeia de certos medicamentos essenciais inicialmente destinados aos países em desenvolvimento mais pobres e vendidos a preços muito reduzidos¹⁸. O referido regulamento prevê uma maior protecção em relação à importação para a UE de medicamentos vendidos aos países menos avançados e aos países em desenvolvimento de baixo rendimento a preços que beneficiaram de uma redução de pelo menos 80% em relação ao preço médio à saída da fábrica na OCDE, ou, alternativamente, vendidos ao custo directo de produção, acrescido de uma margem máxima de até 10%. Este projecto de regulamento tem carácter inovador, destina-se a proteger os produtos abrangidos ou não pelos direitos de propriedade intelectual e define igualmente um objectivo a alcançar em matéria de redução de preços. Na prática, os produtores e os exportadores são convidados a notificar à Comissão os produtos para que pretendem obter protecção adicional. Esta lista, bem como a identificação correcta dos produtos graças a um logotipo obrigatório e, eventualmente, a uma menção facultativa, permitirá que, nas fronteiras do mercado da UE, as autoridades aduaneiras suspendam a concessão da autorização de entrada a produtos suspeitos de terem beneficiado de preços diferenciados. A participação da indústria neste regime é inteiramente facultativa. O projecto de regulamento convida igualmente os produtores não europeus a notificarem os respectivos produtos. Espera-se que possa servir de modelo para outros países desenvolvidos. Quantos mais forem os medicamentos apresentados para aprovação no âmbito do referido regulamento, maior a probabilidade de outros países, incluindo os EUA, se tornarem receptivos à ideia de evitar de uma vez por todas o desvio de medicamentos a preços reduzidos para os respectivos mercados.

3.2.2. *Direitos aduaneiros e encargos*

A Comissão encomendou um estudo sobre direitos aduaneiros e outros encargos pagos quando os medicamentos são importados para os países em desenvolvimento. Os resultados preliminares revelam **grandes discrepâncias na aplicação de direitos aduaneiros e outros encargos e taxas**. Nos 57 países analisados, os direitos aduaneiros aplicados aos compostos, medicamentos e vacinas variam entre 0% e 35%. Como é evidente, as populações de vários países em desenvolvimento que aplicam taxas elevadas beneficiariam com a sua redução. Nas negociações pautais de Doha sobre bens não agrícolas, poderia analisar-se a necessidade de melhorar a situação em termos de redução dos direitos aplicados aos medicamentos.

3.2.3. *Protecção da propriedade intelectual*

1. No decurso de 2001 e 2002, a CE e outros membros da OMC fizeram avançar significativamente as conversações relativas aos **direitos de propriedade intelectual (DPI) no contexto da saúde pública**. Estas iniciativas traduziram-se de forma mais clara nos resultados das negociações de Doha, com a adopção da Declaração de Doha sobre o Acordo TRIPS e a Saúde Pública. A referida declaração clarifica de modo útil os direitos, obrigações e flexibilidade no âmbito do Acordo TRIPS. Além disso, autoriza que os PMA difiram até 1 de Janeiro de 2016 a implementação da legislação sobre patentes no que respeita aos medicamentos essenciais. Actualmente, estão a decorrer conversações no âmbito do Conselho TRIPS sobre o ponto 6 da

¹⁸ Proposta de Regulamento do Conselho destinado a evitar o desvio para a União Europeia de certos medicamentos essenciais (COM/2002/0592 final - ACC 2002/0257)

Declaração de Doha. Esperava-se que as questões pendentes estivessem resolvidas até ao final de 2002, muito embora, na altura em que a presente comunicação estava a ser finalizada, as conversações estivessem a decorrer ainda. Em Março de 2002, a CE apresentou um documento de síntese em que analisa duas eventuais "soluções expeditas" em relação às dificuldades com que deparam os membros da OMC cuja capacidade de fabrico é insuficiente ou nula no que respeita à utilização efectiva das licenças obrigatórias previstas no Acordo TRIPS. A CE considera que a alínea f) do artigo 31º deve ser alterada por forma a prever uma derrogação claramente definida em relação à restrição às exportações impostas por esse mesmo artigo. Esperava-se que as questões pendentes fossem solucionadas até ao final de 2002, mas este prazo não pôde ser observado devido à recusa dos EUA de subscreverem um projecto de decisão que havia sido aprovado por todos os restantes Membros da OMC. Para ultrapassar este impasse, a UE apresentou uma proposta de compromisso em 7 de Janeiro de 2003, o que conduziu ao reatamento das negociações em Genebra.

2. A Comissão está igualmente a elaborar um plano de trabalho com vista ao **reforço da assistência técnica** nos domínios do comércio e desenvolvimento, que envolve o apoio aos esforços envidados pelos países em desenvolvimento com vista à sua participação nas negociações comerciais, ao reforço da capacidade dos países em desenvolvimento implementarem acordos comerciais e às reformas políticas e aos investimentos necessários¹⁹. Vários países, como a Maurícia, solicitaram estudos específicos sobre a propriedade intelectual (PI) e está a ser negociado um contrato sobre um estudo geral relativo à implementação do Acordo TRIPS na África Subsariana. Registaram-se menos progressos no trabalho em colaboração com a **Organização Mundial da Propriedade Intelectual (OMPI)**, embora tenham sido reforçadas as parcerias com associações importantes da sociedade civil, como a Oxfam e os MSF, e com a indústria farmacêutica (designadamente no que respeita aos preços diferenciados).
3. Alguns Estados-Membros, nomeadamente o Reino Unido e os Países Baixos, organizaram **fóruns consagrados especificamente ao debate sobre o acesso aos medicamentos e às questões de PI**. Em Novembro de 2002, Grupo de Trabalho de Alto Nível sobre o Acesso aos Medicamentos do Reino Unido apresentou um conjunto de recomendações para apoiar medidas específicas em relação à agenda de I&D, bem como para facilitar a adopção de um sistema facultativo de preços diferenciados generalizados como norma operacional²⁰.

3.2.4. *Responsabilidade social das empresas (RSE)*

A **responsabilidade social das empresas (RSE)** não foi especificamente mencionada no PA, embora a sua importância crescente constitua uma oportunidade para alargar os objectivos globais do programa. Em Setembro de 2002, a Comissão lançou uma estratégia de implementação da RSE, após a adopção, em Julho, de uma comunicação específica²¹ e do

¹⁹ Comunicação da Comissão sobre comércio e desenvolvimento (COM(2002) 513 final).

²⁰ Relatório do Grupo de Trabalho de Alto Nível ao Primeiro-Ministro intitulado "Increasing access to essential medicines in the developing world, policy recommendations and strategy" (Aumentar o acesso a medicamentos essenciais no mundo em desenvolvimento - recomendações políticas e estratégia). Clare Short, Secretária de Estado da Cooperação para o Desenvolvimento Internacional, 28 de Novembro de 2002.

²¹ Responsabilidade Social das Empresas: um contributo das empresas para o desenvolvimento sustentável (COM(2002)347).

lançamento das bases do Fórum Multilateral sobre RSE, instituído em 16 de Outubro de 2002. Várias empresas e ONG prevêem participar activamente na mesa-redonda específica (prevista para 2003) sobre RSE e Desenvolvimento, que irá promover a dimensão internacional da RSE e na qual serão analisados temas como os da saúde, do VIH/SIDA (desenvolvimento de políticas adequadas no local de trabalho e responsabilidade do sector privado) da educação, da igualdade entre os géneros e das **normas laborais essenciais**. Alega-se frequentemente que as empresas não são autorizadas pelos respectivos accionistas a proceder a contribuições financeiras significativas para o desenvolvimento, embora muitas se preocupem cada vez mais em adquirir ou preservar a respectiva imagem de marca, ao adoptarem práticas responsáveis neste domínio. Surgem agora vários exemplos de **empresas que contribuem para a satisfação das necessidades dos seus empregados infectados pelo VIH** e é necessário empreender novas iniciativas no sentido de incentivar as empresas (e não apenas a indústria farmacêutica) e os accionistas a manifestarem um maior empenho a nível social, a reconhecerem a responsabilidade que lhes incumbe na concretização dos ODM e participarem na agenda internacional de desenvolvimento. Neste contexto, está igualmente a ser ponderada a oferta aos trabalhadores do tratamento da malária e da tuberculose por parte das empresas do sector agrícola e mineiro.

3.3. Investigação e desenvolvimento

Graças ao Programa de Acção, a Comunidade Europeia aceitou apoiar novas abordagens que promoverão o desenvolvimento de **bens públicos mundiais específicos** de luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose. Este apoio será prestado através de **incentivos directos e indirectos**, que assegurarão níveis muito mais elevados de financiamento público em relação ao reforço das capacidades nos domínios da investigação, ciência e tecnologia (C&T).

3.3.1. *Reforço da investigação em matéria de doenças relacionadas com a pobreza*

1. O **Quinto Programa-Quadro** de Acções de Investigação, Desenvolvimento Tecnológico e Demonstração (5PQ, 1998-2002) afectou um montante superior a 109 milhões de euros à investigação sobre o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose. Foram financiados mais de 77 projectos de investigação, no âmbito dos programas Qualidade de Vida (QoL) e Cooperação Internacional (INCO), 32 dos quais relativos ao VIH/SIDA (dotados de um orçamento de cerca de 49 milhões de euros), 24 relativos à malária (29 milhões de euros) e 21 relativos à tuberculose (30 milhões de euros). Esta investigação abrange métodos com vista a uma maior penetração do tratamento directamente acompanhado de curta duração (DOTS), bem como a validade a longo prazo da utilização de mosquiteiros tratados com insecticida (MTI). Os projectos de investigação foram implementados em parceria com instituições de investigação dos Estados-Membros da UE, de países associados, de países de África, da América Latina, da Ásia e dos EUA. Os projectos financiados no âmbito do programa QoL destinam-se ao desenvolvimento de novos projectos de vacinas e novas substâncias. Nalguns destes projectos foram alcançados resultados científicos notáveis, o que permite esperar o desenvolvimento de novas medidas profilácticas e/ou terapêuticas contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose.
2. As doenças relacionadas com a pobreza passaram a ser uma das prioridades do **Sexto Programa-Quadro** de Acções de Investigação, Desenvolvimento Tecnológico e Demonstração (6PQ, 2002-2006). O 6PQ foi adoptado em Julho de 2002, tendo a dotação atribuída à investigação do VIH/SIDA, da malária e da tuberculose registado um aumento substancial de 400 milhões de euros. A estratégia global de I&D do 6PQ assenta em duas vertentes:

- i) apoio a grandes consórcios de investigação que integram várias disciplinas e abordagens e geram novas parcerias entre os vários intervenientes. Serão abrangidas várias fases do processo de I&D, desde a descoberta até aos testes de segurança no ser humano. Estão afectados cerca de 200 milhões de euros a estas actividades.
- ii) criação de um programa de ensaios clínicos, destinado a agrupar e apoiar as actividades europeias no domínio dos ensaios clínicos especificamente orientadas para intervenções em países em desenvolvimento (EDCTP). A Comissão afectou 200 milhões de euros a esta iniciativa.

3.3.2. *Parceria entre a Europa e os Países em Desenvolvimento para a Realização de Ensaios Clínicos (EDCTP)*

O objectivo global da EDCTP consiste em **acelerar o desenvolvimento e a avaliação de novas vacinas, medicamentos e outros instrumentos profilácticos e terapêuticos de luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose**. Está a ser actualmente debatida no Parlamento Europeu e no Conselho a utilização, pela primeira vez, do artigo 169º do Tratado com vista à instituição e implementação da EDCTP²², a qual tem três grandes objectivos:

- 1) criação de redes e cooperação entre programas nacionais, a fim de assegurar a sua eficácia e impacto;
- 2) aceleração do desenvolvimento de novos produtos, através do apoio a ensaios clínicos efectuados nos países em desenvolvimento;
- 3) reforço da capacidade de investigação clínica nos países em desenvolvimento.

A EDCTP disporá de um orçamento indicativo de 600 milhões de euros. Um terço do orçamento será pago pela Comunidade, 200 milhões de euros serão pagos pelos Estados-Membros e pela Noruega e espera-se que os restantes 200 milhões de euros provenham do sector privado, das empresas de I&D, de fundações e organismos caritativos e de fundos de desenvolvimento comunitários (FED ou rubrica orçamental especial).

Prevê-se que a EDCTP se encontre operacional no segundo semestre de 2003. Em conformidade com a Declaração de Doha, os países em desenvolvimento deveriam ter acesso aos produtos desenvolvidos por esta parceria. Uma estrutura de gestão cuidadosamente equilibrada assegura que os países em desenvolvimento sejam intervenientes importantes e tratados em pé de igualdade no que respeita às decisões estratégicas. Para esse efeito, os parceiros africanos não só participarão na definição de prioridades em relação às novas medidas, como na elaboração de planos de acção estratégicos sobre ensaios clínicos.

3.3.3. *Reforço das capacidades de I&D dos países em desenvolvimento*

1. Os testes clínicos e a introdução de novos medicamentos e vacinas nos países em desenvolvimento requerem a **formação dos profissionais de saúde nacionais**. No âmbito do orçamento da EDCTP, estão, portanto, afectados 150 milhões de euros ao reforço da capacidade dos países em desenvolvimento. As actividades previstas incluem o apoio ao estabelecimento de redes e à cooperação Sul-Sul e Norte-Norte, à

²² O artigo 169º permite que a Comunidade participe em programas de investigação empreendidos por vários Estados-Membros, promovendo assim a cooperação entre actividades nacionais e criando valor acrescentado e massa crítica a nível dos países europeus e dos países em desenvolvimento.

transferência de tecnologias e ao reforço e à modernização do equipamento e dos serviços dos centros de investigação e clínicos dos países em desenvolvimento. Para assegurar a sustentabilidade destas acções, importa desenvolver mecanismos que incitem o pessoal formado e qualificado a permanecer em África.

2. Acima de tudo, o apoio ao reforço da capacidade no domínio dos ensaios clínicos deve estar ligado a **medidas mais gerais de apoio às infra-estruturas** dos países em desenvolvimento. Deverão ainda ser criados mecanismos para o efeito. Um elemento importante é a definição de prioridades em relação aos investimentos no sector da saúde por parte dos países em causa. A esse propósito, são essenciais esforços sustentados de apoio às infra-estruturas e aos investimentos, através do reforço das capacidades institucionais dos países em desenvolvimento.

3.3.4. *Incentivos indirectos ao aumento do investimento na I&D do sector privado consagrada ao desenvolvimento de bens públicos mundiais específicos*

1. A CE pretende aumentar as despesas globais de I&D da UE para 3% do PIB²³. Para o efeito, analisará várias iniciativas de promoção do investimento do sector privado. Os **incentivos indirectos** à intensificação da investigação do sector privado nos domínios do VIH/SIDA, da malária e da tuberculose incidiram até ao momento na facilitação do acesso ao mercado e no aumento da rentabilidade. Nesta perspectiva, ponderar-se-á a instituição de um procedimento regulamentar especial para obter a autorização de introdução no mercado dos produtos ligados à luta contra a pobreza.
2. Esta abordagem foi bem sucedida no que respeita às doenças raras (as chamadas doenças órfãs). A esperança de que o **Regulamento da UE relativo aos medicamentos órfãos**²⁴ promovesse o desenvolvimento de medicamentos que permitissem tratar as doenças relacionadas com a pobreza (cuja prevalência é inferior ao limiar estabelecido na Europa pelo referido regulamento, como a malária) ainda não foi concretizada, nem constituía o seu principal objectivo. Deverão, portanto, ser reanalisados ou estudados **outros instrumentos legislativos específicos destinados a incentivar o desenvolvimento clínico** de novas terapêuticas das doenças relacionadas com a pobreza. Poderia tratar-se de disposições específicas com vista a uma aprovação rápida e do alargamento do período de exclusividade da autorização de introdução no mercado. Paralelamente a outros subsídios indirectos à investigação, desenvolvimento e teste de produtos, como a tributação das empresas, o alargamento da protecção das patentes e/ou a transferência de direitos ligados às patentes foram apresentados no PA como um outro tipo de evolução a analisar futuramente. Atender-se-á igualmente aos pareceres científicos no sentido do desenvolvimento de medicamentos em contextos desprovidos de recursos e da certificação das BPF/BPC. Numa primeira fase, a CE reviu a sua regulamentação farmacêutica para que o CEF, o organismo que transmite dados científicos à AEAM, possa emitir pareceres científicos sobre os medicamentos destinados a serem utilizados apenas em países terceiros.
3. Em Junho de 2002, a **Task Force da CE encarregada da investigação sobre a vacina contra a sida** analisou resultados preliminares dos estudos do Banco Mundial sobre a capacidade e a vontade de financiar a vacina. Após esta reunião, foram

²³ COM(2002) 499 final de 11.09.2002.

²⁴ Regulamento da UE sobre os medicamentos órfãos (COM/141/2000).

intensificados os contactos com a Iniciativa Sul-Africana de Vacina contra a Sida (SAAVI) e com a Iniciativa Internacional de Vacina contra a Sida (IAVI). A Comissão também afectou 1,35 milhões de euros suplementares ao Conselho de Investigação Médica da África do Sul para consolidar a experiência adquirida e reforçar o programa em curso, financiado pela CE, de preparação em relação à vacina, criando assim as condições adequadas necessárias para a expansão das iniciativas de desenvolvimento da vacina contra a sida na África do Sul. A Comissão faz parte do Conselho Consultivo Estratégico da IAVI e do Grupo Consultivo de Preparação Nacional da Parceria Internacional dos Microbicidas.

4. Nos dois últimos anos, a Comissão analisou vários meios tendentes à intensificação e reforço de parcerias com alianças de âmbito mundial directa ou indirectamente ligadas às três principais doenças transmissíveis. Em Maio de 2002, decorreram conversações com a **Aliança Mundial para as Vacinas e a Imunização (GAVI)**. A GAVI esforça-se por dotar 80% dos países mais pobres de sistemas adequados de prestação de cuidados capazes de introduzir a vacina contra a hepatite B até 2002 e de assegurar uma taxa de cobertura vacinal de pelo menos 80% no que respeita à vacinação de rotina em todos os distritos. A Comissão está a reflectir sobre a forma de ajudar os países a elaborarem planos de prossecução dos programas de vacinação financiados pela GAVI após o fim da subvenção quinquenal (nomeadamente através da articulação com o apoio orçamental às estratégias de redução da pobreza que utilizam como indicador a cobertura vacinal). A GAVI é considerada um importante parceiro na consolidação das iniciativas destinadas a preparar o terreno para uma futura vacina contra a sida. A Comissão deverá igualmente reflectir sobre a melhor forma de promover a participação do sector privado.

3.4. Participação em parcerias globais: estratégia e diálogo político

1. No decurso de 2001 e 2002, a Comunidade Europeia e os seus Estados-Membros manifestaram uma atitude pró-activa na abordagem de questões específicas constantes do Programa de Acção em **instâncias de âmbito mundial**, como as Cimeiras do G8²⁵, as Cimeiras UE/EUA de Queluz, Washington e Gotemburgo, as Cimeiras UE/Canadá e UE/Japão de 2001, o acompanhamento do Plano de Acção do Cairo no âmbito do Fórum UE/OUA (que esteve na base da Cimeira Euro-Africana de Lisboa, em 2003), a Conferência LDCIII de Bruxelas de 2001, a Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS) sobre o VIH/SIDA de 2001, a Conferência de Barcelona sobre a sida de 2002, a Conferência Ministerial da OMC de Doha, a Conferência de Monterrey e a Cimeira de Joanesburgo.
2. No **Conselho Europeu de Barcelona** e na Conferência de Monterrey, os Estados-Membros da UE decidiram aumentar a ajuda pública ao desenvolvimento (APD) para se aproximarem do objectivo de 0,7% APD/RNB estabelecido pelas Nações Unidas, através do aumento das contribuições médias de 0,33% para 0,39% até 2006. Em colaboração com os peritos em matéria de educação e saúde dos Estados-Membros da UE, a Comissão prosseguirá a elaboração de um enquadramento com vista ao aumento da APD centrado no desenvolvimento social, com especial destaque para melhores resultados sanitários e educativos.

²⁵

O consenso entre a CE e os Estados-Membros da UE membros do G8 foi claramente visível no decurso das negociações que conduziram às Cimeiras do G8 em Okinawa (2000), Génova (2001) e Kananaskis (2002), bem como na preparação da Cimeira de Évian (2003); o Comunicado de Okinawa apresenta a abordagem mais ambiciosa de âmbito mundial em relação à luta contra estas três doenças.

3. A Comissão foi sempre um parceiro activo na instituição e funcionamento do **Fundo Mundial de Luta contra o VIH/sida, a Malária e a Tuberculose (GFATM)**. Após ter participado numa série de reuniões informais com vista à criação do GFATM, a CE organizou em Bruxelas, em Julho de 2001, um fórum das partes interessadas, que conduziu à criação de um **Grupo de Trabalho Transitório (GTT)** e de um **Secretariado de Apoio Técnico (SAT)**. A última reunião do GTT decorreu em 13 e 14 de Dezembro de 2001 e, em 28 e 29 de Janeiro de 2002, realizou-se a primeira reunião do Conselho de Administração, que assinalou a transferência oficial do poder entre o GTT e este mesmo **Conselho de Administração**. A Comissão dispõe de um lugar neste Conselho, que partilha com a Bélgica e a Áustria²⁶. Até ao momento, a Comunidade Europeia contribuiu com 120 milhões de euros (60 milhões de euros do 6º e 7º FED e 60 milhões de euros do orçamento comunitário). Dada a necessidade de aumentar a contribuição da Comunidade para este fundo, a Comissão está actualmente a estudar a possibilidade de novas contribuições provenientes quer do orçamento comunitário quer do FED (reservas).

Nas reuniões do Conselho de Administração do GFATM (três até ao momento), a CE insistiu na observância dos **princípios acordados em relação ao GFATM**: a) este fundo é um mecanismo de financiamento e não deveria tornar-se um organismo das Nações Unidas, nem uma nova instituição internacional; b) a sua estrutura deve continuar a ser pouco pesada, não devendo ser instituídas novas entidades a nível nacional; c) os interesses dos países em desenvolvimento são os principais factores determinantes das decisões e prioridade estratégica atribuída à pobreza não é negociável; d) as decisões devem ser tomadas de forma transparente, com base no mérito e não nas pressões políticas, e devem assentar em propostas de elevada qualidade; e) o fundo deve conduzir a melhores resultados sanitários, atender plenamente aos enquadramentos nacionais e aos princípios de apropriação nacional e assentar nos mecanismos já existentes (ou seja, o fundo não constitui um instrumento "vertical"); f) antes de se proceder aos primeiros pagamentos, importa definir bem os indicadores e critérios de acompanhamento e avaliação e especificar claramente as responsabilidades pela execução dos programas e no domínio financeiro. São exemplo de outros elementos específicos da agenda, definidos no Programa de Acção e retomados pelo GFATM, o trabalho inovador em colaboração com o sector privado através de novas parcerias, o aumento dos recursos financeiros, a prioridade atribuída à pobreza, a transparência dos preços e os preços diferenciados, a referência sistemática aos instrumentos de flexibilidade TRIPS, que foi reforçada pela Declaração de Doha, a preferência por produtos fabricados localmente e a necessidade de desincentivar dádvas de carácter médico em espécie.

No interior de cada país, o GFATM opera por intermédio dos mecanismos de coordenação nacional (MCN), que envolvem todas as partes interessadas. A instituição e funcionamento dos MCN constitui um acontecimento inédito, com grandes probabilidades de contribuir para o trabalho em parceria efectiva a nível nacional. Na reunião de Outubro de 2002 do Conselho de Administração, chegou-se a consenso sobre os princípios estratégicos de gestão dos contratos públicos e do aprovisionamento, tendo os EUA e o sector privado aprovado os preços diferenciados, a transparência de preços e as restrições às dádvas em espécie, em

²⁶

Para mais informações sobre o GFATM e a contribuição da CE, consultar as NOTAS INFORMATIVAS AO PESSOAL DAS DG DEV/RELEX/AIDCO E DAS DELEGAÇÕES - Setembro de 2002.

conformidade com a posição da CE/UE. A quarta reunião do Conselho de Administração realizar-se-á em finais de Janeiro de 2003 e a quinta reunião coincidirá com a **Cimeira do G8 de Évian**.

Um dos maiores desafios que confrontam o fundo é a conservação da sua dinâmica. Verifica-se igualmente a necessidade de uma coordenação estreita dos participantes da UE no fundo, os quais estão actualmente reunidos em vários "grupos" representados no Conselho de Administração. A necessidade de coordenação irá provavelmente aumentar, e não diminuir.

4. Nos dois últimos anos, foi lançada uma série de actividades destinadas a promover parcerias mais fortes com os Estados-Membros, a sociedade civil e o sector privado, as agências, fundos e programas das Nações Unidas, o Banco Mundial e o BEI. Iniciaram-se conversações com esta última entidade sobre a produção local de preservativos em África. O Banco Mundial é um parceiro sólido em várias instâncias mundiais no que respeita ao reforço de capacidades e a actividades específicas, como a investigação sobre a disponibilidade para o financiamento de uma vacina e a preparação da comunidade para uma vacina contra a sida. Foi intensificada a colaboração com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (UNAIDS) e a OMS a vários níveis e em várias instâncias, tendo sido definida para os próximos anos a prioridade fundamental comum de aprofundar parcerias a nível nacional. Foi institucionalizado o diálogo com a sociedade civil através do debate sobre o comércio e a saúde pública, embora ele seja actualmente menos intenso no tocante a outras áreas do Programa de Acção. As empresas farmacêuticas, na sua qualidade de parceiros, participam cada vez mais na estratégia e na implementação, designadamente nos domínios dos preços diferenciados e da investigação e desenvolvimento. Outros parceiros do sector privado estão igualmente cada vez mais empenhados e dispostos a colaborar com a CE/UE na luta contra as doenças transmissíveis nos países em desenvolvimento. É provável que as parcerias com os países em desenvolvimento (designadamente os PMA e os PBR) adquiram maior importância a partir do momento em que se encontrem reunidas no Fórum das Partes Interessadas na Luta contra as Doenças Transmissíveis no Contexto da Redução da Pobreza que a Comissão se propõe instituir.

4. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

O PA requer que sejam instituídos mecanismos, recursos e parcerias adequados para **controlar a execução e para instituir um sistema de acompanhamento das iniciativas de todos os parceiros internacionais**. Vários destes parceiros, incluindo Estados-Membros da UE e a CE, estão a envidar esforços no sentido de chegarem a um acordo sobre indicadores de impacto e de resultados globais no âmbito de um sistema de acompanhamento conjunto de âmbito mundial, que atenda às questões de igualdade entre os géneros e em favor dos pobres, destinado a avaliar os progressos alcançados em relação aos ODM. Estas iniciativas devem ser coerentes e complementar as medidas adoptadas pela Comissão tendentes ao reforço da apropriação e da capacidade estatística nacional com vista ao acompanhamento dos resultados sanitários em favor dos pobres e do desempenho dos sistemas de saúde.

1. **Coerência com o processo previsto pelos DERP e programação nacional.** A reorientação da cooperação comunitária para o apoio macroeconómico dependente dos resultados no sector social e de abordagens sectoriais conduziu a uma maior preocupação com a coerência da programação nacional. O trabalho respeitante aos

indicadores sectoriais está associado à elaboração de indicadores globais de desenvolvimento no contexto dos DERP e do apoio macroeconómico²⁷. Pretende-se assim que o relatório anual comunitário de 2003 inclua dados sobre os ODM baseados num número restrito de indicadores (12, relativos ao impacto/resultados e realizações) provenientes de uma lista de 48 indicadores associados aos ODM. Os países que optaram por uma abordagem sectorial no domínio da saúde desenvolveram cerca de 20 indicadores sectoriais. No Gana, por exemplo, a Comissão apoiou directamente o processo de selecção e aplicação destes indicadores no âmbito da sua própria assistência técnica²⁸. São necessárias mais iniciativas para avaliar o desempenho do sector da saúde em favor dos pobres e para a discriminação dos dados por sector social, género e região.

2. **OCDE/CAD.** A Comissão, tal como a maioria dos Estados-Membros, desempenha um papel activo na Rede CAD sobre a Redução da Pobreza / Subgrupo de Pobreza e Saúde e elaborou o subcapítulo relativo ao acompanhamento e avaliação do projecto de Directrizes em relação à Pobreza e à Saúde da autoria desse subgrupo. Estas directrizes formulam um conjunto de princípios fundamentais em relação ao acompanhamento do desempenho dos sistemas de saúde em termos de resultados sanitários em favor dos pobres²⁹.
3. **Parcerias com o DfID, a OMS, o Banco Mundial, o sector privado e a sociedade civil.** A Comissão e alguns Estados-Membros da UE associaram-se ao programa de trabalho efectuado sob a égide do DfID relativo ao acompanhamento do desempenho dos sistemas de saúde e a resultados sanitários em favor dos pobres. Participam igualmente neste programa conjunto (2003-2009), nomeadamente, a OMS, o Banco Mundial, a USAID e a Fundação Rockefeller. Este programa destina-se a melhorar a capacidade de quantificação do grau de pobreza e de saúde, a acompanhar o desempenho dos sistemas de saúde e a determinar em que medida as estratégias de redução da pobreza e as reformas no sector da saúde conduzem a resultados sanitários em favor dos pobres. O programa será aplicado em 8-12 países seleccionados da África, Ásia, América Latina e países de transição que nele manifestaram interesse. Prevê-se que os processos dirigidos a nível nacional permitam a abordagem sectorial da coordenação do apoio externo, com vista à avaliação do desempenho e dos resultados e ao reforço das capacidades estatísticas³⁰. O sector privado e a sociedade civil poderiam ser interlocutores e parceiros importantes neste processo de acompanhamento e avaliação.
4. **GFTAM.** No âmbito do Fundo Global, a Comissão e os Estados-Membros da UE apoiaram o Grupo de Trabalho Acompanhamento, Avaliação e Pagamentos em Função dos Resultados. Procura-se aplicar o pagamento em função dos resultados a

²⁷ DG DEV 2002 - Directrizes relativas à utilização de indicadores na avaliação do desempenho nacional.
²⁸ Accorsi, S., 2002 - Measuring Health Sector Performance through indicators: towards evidence-based policy. A review of the experience monitoring in the framework of sector-wide approach in Ghana. (Medição do desempenho do sector da saúde através de indicadores: rumo a uma estratégia baseada em dados objectivos. Análise da experiência de acompanhamento no âmbito da abordagem sectorial do Gana).

²⁹ CAD e Subgrupo de Pobreza e Saúde, 4 de Outubro de 2002 - Projecto de Directrizes em relação à Pobreza e à Saúde.

³⁰ DfID, M. 2002 - Final draft for consultation on a programme of work: "Measuring, monitoring, and evaluating health systems performance to achieve pro-poor health outcomes" (Projecto final para consulta do programa de trabalho "Medição, acompanhamento e avaliação do desempenho dos sistemas de saúde na obtenção de resultados sanitários em favor dos pobres").

todo um leque de indicadores que devem ser adequados aos vários tipos de propostas que são financiadas pelo GFTAM. Os indicadores propostos dizem respeito à produção, aos processos e aos resultados e vão desde a melhoria dos conhecimentos em matéria de saúde reprodutiva no contexto escolar até às taxas de prevalência efectiva do VIH³¹.

5. CONCLUSÕES

1. Dois anos após a sua adopção, o PA continua a constituir um **enquadramento global, coerente e orientado para o futuro da política da UE** que pretende dar um contributo significativo para o aperfeiçoamento das acções de luta contra as três principais doenças transmissíveis a nível mundial, regional e nacional. O PA é fortemente apoiado pelo Conselho e pelo Parlamento, bem como pela sociedade civil e pelo sector privado.
2. Continua a justificar-se a ênfase atribuída a estas três doenças, que entretanto se tornou ainda mais pertinente no que respeita ao VIH/SIDA. No entanto, não se verificou uma verdadeira mobilização da opinião pública, que ainda não está claramente consciente da crise mundial criada por estas três doenças e continua a ser **urgente o lançamento de uma acção colectiva de grande envergadura**. Como foi acima demonstrado, a Comunidade Europeia e os seus Estados-Membros estão empenhados em manter o dinamismo imprimido à luta contra estas três doenças, designadamente através do vasto leque de acções paralelas e, no caso da EDCTP, conjuntas, da CE-EM a nível da UE descritas no presente relatório.
3. Muitos dos bens públicos mundiais não poderão ser obtidos unicamente através de acções políticas de âmbito nacional e dependem fundamentalmente de acções concertadas de âmbito internacional, designadamente do aumento significativo das actividades de I&D. A mobilização de recursos provenientes dos orçamentos de saúde nacionais, de outros orçamentos de âmbito sectorial e do sector privado será cada vez mais necessária para assegurar o financiamento integral e seguro das iniciativas tendentes a resolver problemas sanitários que constituem uma preocupação mundial. A este propósito, **é necessário desenvolver a estratégia em relação aos bens públicos mundiais (BPM), para assegurar a cooperação e a partilha equitativa dos encargos**.
4. Foram empreendidas **a nível nacional, da UE e mundial** várias acções enunciadas no PA. Os casos em que os progressos foram menos aparentes deveram-se à inexistência de recursos adequados a nível da Comissão e/ou dos Estados-Membros, nomeadamente de recursos de âmbito nacional, para empreender programas de grande envergadura em domínios como a capacidade local de fabrico, a transferência de tecnologias, as parcerias com a sociedade civil em matéria de comercialização social, a investigação e desenvolvimento inovadores e o trabalho em parcerias efectivas, designadamente com os países em desenvolvimento em causa. **As áreas pendentes serão abordadas mais aprofundadamente sobretudo, mas não exclusivamente, através do recurso à rubrica orçamental comunitária consagrada às doenças relacionadas com a pobreza (2003 a 2006)**. Todas as

³¹ GFATM 2002 - Report of the Monitoring, Evaluation and Results-based disbursement Working Group (Relatório do Grupo de Trabalho Acompanhamento, Avaliação e Pagamentos com Base nos Resultados) - Outubro de 2002.

acções do PA estão directa ou indirectamente ligadas às estratégias e acções comunitárias relativas à melhoria dos resultados na área da saúde, sida e demografia nos países em desenvolvimento.

5. O aumento previsto da APD por forma a alcançar até 2007 o objectivo de 0,7% fixado pelas Nações Unidas levanta a questão da necessidade de um enquadramento comunitário para o **reforço da APD centrado no desenvolvimento social**, com especial incidência na melhoria dos resultados em termos de saúde e educação.
6. Uma **voz influente da UE/CE** é seguramente fundamental **em cada uma das áreas de acção – impacto, preços abordáveis e investigação** - a nível mundial, comunitário e nacional. As posições da UE em relação a acções orientadas de luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose foram significativamente reforçadas a nível mundial, em colaboração com outros parceiros, em consequência do PA. No entanto, é necessário envidar mais esforços no sentido de **prever a todos os níveis consultas regulares e estruturadas com os países em desenvolvimento**.
7. Um modo de promoção destas consultas seria a criação de um **Fórum das Partes Interessadas na Luta contra as Doenças Transmissíveis no Contexto da Redução da Pobreza**. Pretende-se que esta instância reúna funcionários da Comissão e dos Estados-Membros da UE e, entre outros, representantes dos países em desenvolvimento, das ONG e da indústria, bem como outros intervenientes.
8. Além disso, os **parceiros da sociedade civil** dispõem de uma voz cada vez mais influente nos debates políticos de todas as instituições comunitárias, bem como de âmbito nacional e mundial. A aplicação do PA está a ser cada vez mais escrutinada pela sociedade civil e pelos organismos e representantes dos meios económicos. Estes mesmos intervenientes são membros muito activos do Conselho de Administração do GFATM. Por este motivo, é igualmente importante reforçar as parcerias existentes com todas as partes interessadas e, se necessário, instituir novas parcerias.
9. No entender da CE, as **parcerias, para que sejam bem sucedidas, requerem um maior grau de flexibilidade**, quer para indicar a via a seguir em relação a determinadas questões em relação às quais há verdadeiras lacunas institucionais, quer para delegar a responsabilidade em relação a outras questões sobre que a CE não dispõe de competências claras ou não está em condições de criar valor acrescentado. O carácter mais ou menos formal destas parcerias deverá variar, requerendo algumas delas acordos conjuntos muito específicos, enquanto outras poderão assentar em entendimentos e medidas informais.
10. O **Fundo Mundial de Luta contra o VIH/SIDA, a Tuberculose e o Paludismo** é um dos elementos constantes do PA que teve resultados claros em termos de mobilização de recursos e abordagens inovadoras e analisa questões estratégicas que não haviam sido estudadas de forma satisfatória noutras instâncias. Os países em desenvolvimento dispõem de uma representação influente, quer no âmbito Conselho de Administração do GAFTM, quer em relação às medidas gerais de administração deste fundo. Aborda igualmente temas importantes, como os **preços diferenciados e o aumento da capacidade de fabrico a nível local**. Estes não podem, no entanto, ser solucionados apenas no seu âmbito, sendo necessários esforços renovados de trabalho conjunto a nível europeu e com parceiros específicos, como os EUA. **A próxima Cimeira do G8 em Évian poderá permitir avançar a agenda do PA em**

relação às doenças transmissíveis, na sequência das decisões adoptadas pelo G8 em Okinawa, no ano 2000.

11. As iniciativas da Comissão a favor dos preços diferenciados dos medicamentos conduziram a resultados muito tangíveis e culminaram na proposta da Comissão, de Outubro de 2002, relativa a um **Regulamento do Conselho destinado a evitar o desvio para a União Europeia de certos medicamentos essenciais inicialmente destinados aos países em desenvolvimento mais pobres e vendidos a preços muito reduzidos**. Uma vez adoptado pelo Conselho, o regulamento deveria proporcionar a protecção efectiva dos exportadores, o que, por seu turno, deveria conduzir a um aumento das respectivas vendas e à oferta de medicamentos a preços reduzidos a um maior número de países. O aumento da protecção dos exportadores exercerá sobre outros países desenvolvidos, designadamente os EUA, uma pressão no sentido de que adoptem medidas análogas. Dado que o projecto de Regulamento do Conselho prevê a notificação das quantidades vendidas a preços diferenciados, tais informações serão úteis para melhorar o acesso aos dados relativos às quantidades de medicamentos distribuídas nos países mais pobres.
12. A carência de informação sobre os preços dos medicamentos e capacidade de produção constitui um entrave ao desenvolvimento de estratégias sólidas em favor dos pobres. A **transparência dos preços** (que assegura que os custos de fabrico dos produtores sejam mantidos estritamente confidenciais por uma questão de concorrência leal) tornar-se-á cada vez mais importante, à medida que os países em desenvolvimento forem aumentando as respectivas aquisições públicas de medicamentos essenciais dentro e fora do âmbito do GFATM, para só citar um exemplo. Não é conveniente que as autoridades públicas devam coligir dados sobre os preços de medicamentos essenciais com base em dados fragmentares recolhidos pelas ONG ou fornecidos por apenas uma ou duas empresas, especialmente na medida em que o preço continua a ser um factor determinante importante do acesso, e, por conseguinte, da vida, de milhões de pessoas. **A Comissão reflectirá sobre as medidas a introduzir para melhorar o acesso à informação sobre os preços dos medicamentos. O mesmo sucederá em relação à capacidade de fabrico farmacêutico, designadamente no que respeita às matérias-primas farmacêuticas.**
13. A EDCTP constitui um ensejo único de criar uma parceria efectiva, sustentável e a longo prazo entre a UE e os países em desenvolvimento, essencial para a aceleração do desenvolvimento de novos produtos de luta contra estas três doenças.
14. No entanto, são necessárias mais iniciativas no domínio da **investigação e desenvolvimento de novos bens públicos mundiais específicos**, por intermédio do tipo de parcerias acima descritas (entre o sector público e privado e entre a UE e os países em desenvolvimento), bem como novas propostas de **incentivos e mecanismos de financiamento**. Doravante, importa dar mais ênfase a esta área estratégica, que, a longo prazo, irá provavelmente revelar-se muito importante. A Comissão dedicar-se-á sobretudo à elaboração de propostas que promovam a I&D de doenças actualmente negligenciadas ou relativamente às quais não haja qualquer I&D. Estas propostas devem envolver uma reflexão mais aprofundada de várias ideias: capital de risco, empréstimos em condições preferenciais, créditos fiscais, mercados garantidos e prorrogação dos direitos de patente e/ou da exclusividade de mercado, designadamente através da relação que poderia ser estabelecida entre vários produtos.

15. Além disso, a Comissão ponderará a necessidade de um **instrumento legislativo específico de incentivo à I&D das doenças negligenciadas ou relacionadas com a pobreza**, tal como sucedeu com o Regulamento da UE relativo aos medicamentos órfãos. Este último constituiu um sucesso, tendo sido já apresentado à AEAM um grande número de pedidos de autorização de tais medicamentos. A Comissão procurará determinar se o contexto da I&D de doenças negligenciadas pode ou não ser alterado de forma análoga.
16. Um último desafio importante continua a ser a aplicação e o impacto do programa **a nível nacional**. Foi lançada uma série de acções relativas à harmonização das políticas e procedimentos da UE/CE, que deverão traduzir-se em **planos de acção específicos** a nível nacional.

O apoio da comunidade europeia e internacional apenas poderá ser eficaz se os próprios países manifestarem um forte empenhamento político e tiverem objectivamente atribuído uma elevada prioridade às estratégias no domínio da saúde pública e à prevenção, cuidados e tratamento.

ANEXO 1: ACRÓNIMOS

ACP	África, Caraíbas e Pacífico
ADD	Agenda de Desenvolvimento de Doha
AEAM	Agência Europeia de Avaliação dos Medicamentos
ALA	Programa de Cooperação para o Desenvolvimento com a Ásia e a América Latina
ARIVA	Apoio Regional à Independência Vacinal em África
BEI	Banco Europeu de Investimento
BPC	Boas Práticas de Certificação
BPF	Boas Práticas de Fabrico
BPM	Bens Públicos Mundiais
CAD	Comité de Ajuda ao Desenvolvimento
CE	Comunidade Europeia:
CEF	Comité das Especialidades Farmacêuticas (AEAM)
CMH	Comissão de Macroeconomia e Saúde
CNUCED	Conferência das Nações Unidas para o Comércio e Desenvolvimento
CRIS	Sistema Comum de Informação RELEX
DEN	Documento de Estratégia Nacional
DERP	Documento de Estratégia para a Redução da Pobreza
DfID	Departamento de Desenvolvimento Internacional (Reino Unido)
DG	Direcção-Geral
EBAS	Regime de Assistência às Empresas UE-ACP
ECHO	Serviço Humanitário da Comunidade Europeia
EDCTP	Parceria entre a Europa e os Países em Desenvolvimento para a Realização de Ensaios Clínicos
ESIP	Programa de Promoção do Investimento UE SADC
FED	Fundo Europeu de Desenvolvimento
G8	Grupo dos Sete Países Mais Industrializados (G7) e da Rússia
GAVI	Aliança Mundial para as Vacinas e a Imunização
GFATM	Fundo Mundial de Luta contra o VIH/SIDA, a Tuberculose e o Paludismo
I&D	Investigação e Desenvolvimento
IAVI	Iniciativa Internacional de Vacina contra a Sida
LME	Lista dos Medicamentos Essenciais
MEDA	Programa de Cooperação para o Desenvolvimento com os Países Terceiros Mediterrânicos
MTI	Mosquiteiros Tratados com Inseticida
NU	Nações Unidas
OCDE	Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Económico
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMPI	Organização Mundial da Propriedade Intelectual
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PA	Programa de Acção da Comunidade relativo à luta contra as doenças transmissíveis no contexto da redução da pobreza
PBR	Países de Baixos Rendimentos
PIN	Programa Indicativo Nacional
PIR	Programa Indicativo Regional
PMA	Países Menos Avançados
PQ	Programa-Quadro
RSE	Responsabilidade Social das Empresas
SADC	Comunidade de Desenvolvimento da África Austral
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SSD	Saúde, SIDA e Demografia
TRIPS	Acordo sobre os Aspectos do Direito de Propriedade Intelectual relacionados com o Comércio
UE	União Europeia
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIH/VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

ANEXO 2: MATRIZ

AUMENTAR O IMPACTO DAS INTERVENÇÕES EM CURSO		
RESULTADOS PREVISTOS	CALENDÁRIO INDICATIVO	SITUAÇÃO EM 1.1.2003
<i>1. No âmbito da ajuda global ao desenvolvimento, a Comissão dará prioridade às intervenções SSD e aumentará o apoio ao STM (VIH/SIDA, Tuberculose e Malária)</i>		
1.1. Fim da Primeira Ronda de Programação DEN/DERP 1.1.1. Adopção da maior parte dos DEN (ACP/ALA-MEDA/PTU); aumento de 15% da dotação dos documentos de estratégia nacional (DEN) na programação de Saúde, SIDA e Demografia (SSD) do 9º FED-ACP (objectivo Abuja); 1.1.2. Questões do PA reflectidas nos DEN; 1.1.3. Questões do PA reflectidas nos documento de estratégia para a redução da pobreza (DERP)	1.1. Final de 2002 1.1.1. Final de 2004	1.1. Concluída. 1.1.1. Em curso. O nível actual das dotações SSD programadas para o 9º FED-ACP é de 3,7%. A programação ALA-MEDA atribui em média 40% ao apoio ao desenvolvimento social. Objectivo do PE: 35% do orçamento da CE afectado a "infra-estruturas sociais". Novo ciclo de revisão intercalar da programação para conseguir os resultados previstos (início em 2003). 1.1.2. Em curso. Hoje em dia, menos de 5% dos DEN reflectem intervenções específicas no domínio do VIH/SIDA, malária e tuberculose. 1.1.3. Em curso.

1.2. Adopção do PA e de estratégias/resoluções em relação à saúde e à pobreza	1.2. Final de 2002	1.2. Em curso. Resolução do Conselho sobre o PA adoptada em 14 de Maio de 2001. Resolução do Conselho sobre o PA adoptada em 4 Outubro 2001. contribuição da CE para o Regulamento GFATM adoptada em 23 de Outubro de 2001; Resolução da Assembleia Parlamentar Conjunta ACP-UE adoptada em 1 de Novembro de 2001; contribuição da CE para o GFATM adoptada pelo Parlamento Europeu em Dezembro de 2001; Comunicação sobre saúde e pobreza adoptada em Março de 2002 - Resolução do Conselho sobre esse mesmo tema adoptada em 30 de Maio de 2002; relatório do Parlamento Europeu relativo à Comunicação sobre a saúde e a pobreza em curso; Regulamento relativo às doenças relacionadas com a pobreza será adoptado o mais tardar em Janeiro de 2003.
1.3.1. Programação e aplicação da rubrica orçamental especial relativa ao VIH/SIDA em consonância com o PA. 1.3.2. Revisão da rubrica orçamental correspondente ao Regulamento relativo às doenças relacionadas com a pobreza, que prevê um aumento da dotação financeira. 1.3.3. Integração do tema VIH/SIDA na rubrica orçamental relativa à saúde e direitos reprodutivos e sexuais. 1.4. Elaboração do plano de recrutamento da CE. Aumento do pessoal responsável pela saúde, sida e demografia (SSD) na sede e nas delegações. 1.5. Parcerias com Estados-Membros. 1.6. Participação activa em instâncias internacionais	1.3. Final de 2002	1.3.1. Concluídas. Convite à apresentação de propostas lançado em Agosto de 2002. 1.3.2. Em curso. Negociações sobre a revisão da rubrica orçamental do Regulamento relativo às doenças relacionadas com a pobreza (B7-6311). Anteprojecto de orçamento 2003 prevê um aumento de 180% da rubrica orçamental especial (de 25,3 para 73,4 milhões de euros). 1.3.3. Em curso. O texto do regulamento revisto inclui uma referência clara ao VIH/SIDA. 1.4. Em curso. Pessoal SSD da DG DEV B/3 aumenta para o nível de 1999. Unidades responsáveis pelo desenvolvimento social da DG AIDCO com pessoal adequado. O plano de recrutamento das delegações será elaborado tendo em conta as conversações sobre a desconcentração. 1.5. Em curso. VIH/SIDA, tuberculose e malária na agenda das reuniões periódicas dos Estados-Membros da UE. Acordo dos Estados-Membros sobre uma ajuda pública ao desenvolvimento adicional no que respeita à saúde, sida e demografia. 1.6. Em curso. Programa de Acção reflectido nas negociações a nível do G8, UE/EUA, UE/Canadá, UE/Japão e do Plano de Acção do Cairo. Durban, LDCIII, Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS) sobre o VIH/SIDA, Doha, Monterrey, Barcelona e Joanesburgo.

2. Os serviços da Comissão darão indicações específicas às unidades geográficas e às delegações da CE sobre as estratégias, as directrizes de programação e a aplicação do Programa de Acção

2.1.1. Divulgação das directrizes de programação	2.1. Final de 2001	2.1.1. Concluída.
2.1.2. Rede adequada de correspondência electrónica com as delegações.		2.1.2. Em curso.
2.2.1. Revisão e actualização das directrizes de programação	2.2. Final de 2002	2.2.1. Em curso.

3. A Comissão procederá a desembolsos mais rápidos e acelerará e harmonizará procedimentos

3.1. Fim ou reorientação de todos os programas inactivos SSD.	3.1. Final de 2001	3.1. Em curso.
3.2. Aumento de 50% das taxas de desembolso SSD	3.2. Final de 2001	3.2. Em curso. Desembolsos SSD (1995-2000) fixados em 17% e, em Maio de 2001, aumentados para 23%.
3.3. Sistema Comum de Informação RELEX (CRIS) plenamente operacional.	3.3. Final de 2002	3.3. Codificação "Saúde" - de acordo com o Comité de Assistência ao Desenvolvimento (CAD) - e operações CRIS em curso.
3.4. Identificação de quatro estudos casuísticos sobre a harmonização dos procedimentos	3.4. Final de 2002	3.4. Missões, iniciadas em Setembro de 2002, a Moçambique, Nicarágua, Marrocos e Vietname.
3.5. Outras oportunidade de aplicação dos recursos não despendidos (FED/orçamento)	3.5. Final de 2002	3.5. Situação inalterada.
3.6. Identificação de meios de transferência rápida de recursos	3.6. Final de 2002	3.6. Situação inalterada, excepto no que respeita ao processo GFATM.

4. A Comissão facilitará a afectação de recursos com vista a parcerias inovadoras com instâncias internacionais e com o sector privado

4.1. Participação activa no GFATM 4.2. Parceria com a GAVI (vacinas contra a tuberculose e a malária) 4.3. Parceria com a IAVI (vacina contra a sida) 4.4. Parceria estratégica com a OMS (ver ponto 5) 4.5. Negociações com a UNICEF (mosquiteiros de protecção contra a malária - comercialização social) 4.6. Conversações com o UNFPA /BEI/ Condomi sobre a produção de preservativos 4.7. Negociações com a indústria farmacêutica sobre preços diferenciados 4.8. Acordo de cooperação com o Banco Mundial/Estados-Membros/OMS-UNAIDS	Final de 2006	Negociações em curso sobre a revisão da rubrica orçamental referente ao Regulamento relativo às doenças relacionadas com a pobreza (B7-6311), incluindo uma proposta de aumento significativo dos recursos financeiros do Programa de Acção 2003-2006. Recursos adicionais programados para o 9º FED intra-ACP 4.1. Em curso. CE faz parte do Conselho de Administração do GFATM. Contribuição de 120 milhões de euros da CE para o 6º-7º FED e o orçamento de 2001. 4.2. Em curso. Conversações intensas em Maio de 2002. Plano de desenvolvimento para que os países possam financiar as vacinações da infância com base nos seus próprios orçamentos nacionais uma vez terminada a GAVI. 4.3. Em curso. Conversações em Junho de 2002. Apoio ao Conselho de Investigação Médica da África do Sul através da IAVI. 4.4. Em curso. Programada para o 9º FED. 4.5. Primeiras conversações em 2002. Programação 9º FED. 4.6. Em curso. Conversações com o BEI em Agosto de 2002. UNFPA: situação inalterada até ao momento. 4.7. Em curso. Conversações periódicas com a indústria. Longa reunião inter-serviços com a GSK em Março de 2002. Indústria farmacêutica faz parte das rondas de consultas TRADE. 4.8. Poucos progressos. Está a ser estudada uma proposta de parceria estratégica com a OMS.
---	----------------------	--

5. Reforço da política farmacêutica

5.1. Estratégia de apoio à cooperação regional, ao reforço de capacidades e à assistência técnica e financeira, incluindo o reforço e o melhoramento da política de medicamentos essenciais e dos regimes regulamentares dos países ACP. Reforço da parceria com a OMS.	5.1. Final de 2002	5.1. Em curso. Proposta de financiamento de 25 milhões de euros com a OMS debatida no Comité FED em Novembro de 2002, enquanto se aguarda a ratificação do 9º FED.
5.1.1. Redes laboratoriais regionais/subregionais de controlo da qualidade para assegurar o controlo de qualidade adequado dos medicamentos desenvolvidos.	5.1.1. Final de 2003	5.1.1. Integra-se na parceria com a OMS. Prorrogação do Apoio Regional à Independência Vacinal em África (ARIVA).
5.1.2. Revisão dos protocolos relativos à malária.		5.1.2. Progressos nas conversações sobre a alteração dos protocolos nacionais nos países em que a malária é mais resistente (MSF).
5.1.3. Aperfeiçoamento da política de medicamentos essenciais em favor dos países em desenvolvimento.		5.1.3. Em curso. Regime de pré-qualificação da OMS aplicável aos medicamentos/meios de diagnóstico do VIH/SIDA, malária e tuberculose; a 11ª revisão da lista dos medicamentos essenciais da OMS inclui medicamentos importantes não genéricos. Estão a decorrer conversações no âmbito da Task Force de Contratos Públicos do GFATM e do recém-instituído Comité Gestão da Carteira e Contratos Públicos do GFATM.
5.2. Identificação de outros parceiros.	5.2. Final de 2002	5.2. Prossegue o trabalho do GFATM

6. Desvinculação da ajuda.		
6.1. Memorando da CE relativo à desvinculação da ajuda	6.1. Final de 2001	6.1. Concluído
6.2. Desvinculação dos dossiês de convites à apresentação de propostas dos países ACP	6.2. Meados de 2002	6.2. Concluída. Primeiro caso no Zimbabué.
6.3. Regulamentação ALA prevê a desvinculação	6.3. Meados de 2002	6.3. Concluída.
6.4. Comunicação sobre a desvinculação debatida no Conselho/PE	6.4. Final de 2002	6.4. Em curso. Comunicação adoptada em Novembro de 2002.
6.5. Desvinculação plena da ajuda da CE em relação aos medicamentos e produtos contra o VIH/SIDA, a tuberculose e a malária.	6.5. Final de 2003	6.5. Em curso.

7. Promoção da transferência de tecnologias e da capacidade local de fabrico

7.1. Definição do apoio à realização de análises sectoriais e de estudos de mercado; diálogo e identificação das oportunidades existentes para a produção de medicamentos importantes e de qualidade, muitos dos quais já se não encontram protegidos por patentes.	7.1. Final de 2003	7.1. Em curso. Conversações com o BEI/Condomi em Agosto de 2002 sobre a produção de preservativos ligada à comercialização social.
7.2. Incidência geográfica em países que disponham já de capacidade de produção local (nos sectores privado ou público)	7.2. Final de 2003	7.2. Situação inalterada.
7.3. Promoção de acordos de licença e de empresas comuns, através da concessão de incentivos adequados.	7.3. Final de 2004	7.3. Conversações em curso com a indústria dos genéricos e da I&D. Grupo de Trabalho de Alto Nível do Reino Unido. Lançamento de incentivos ISG - Novembro de 2002.
7.4. Importância da produção local abordada noutras instâncias internacionais	7.4. Final de 2002	7.4. Produção local de valor reconhecida na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS) sobre o VIH/SIDA - AMS G8 - Plano de Acção da OUA, entre outros. Negociações em curso no âmbito do GFATM - ADD
7.5. Identificação de instrumentos financeiros adequados (PROINVEST, o programa de promoção de investimentos para os países ACP, Regime de Assistência às Empresas CE-ACP (EBAS) ³² , Facilidade de Investimento para o sector privado do Acordo de Cotonou, através do BEI, e outros mecanismos comunitários de cooperação técnica e financeira).	7.5. Final de 2002	7.5. Revisão da base jurídica da rubrica orçamental especial relativa às doenças relacionadas com a pobreza 2003-2006, com vista à obtenção de recursos adicionais. Programação do 9º FED prevê disposições em relação à produção local. Serão desenvolvidos outros instrumentos.

PREÇOS DOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS MAIS ACESSÍVEIS ATRAVÉS DE UMA ABORDAGEM GLOBAL

³² Trata-se de um programa em curso, destinado às empresas ACP, que apoia empresas específicas ou associações de produtores deste sector.

RESULTADOS PREVISTOS	CALENDÁRIO INDICATIVO	SITUAÇÃO
8. Canalização das iniciativas internacionais com vista a assegurar um compromisso político em relação a um mecanismo generalizado, facultativo e previsível de preços diferenciados		
8.1. Compromisso político dos Estados-Membros da UE e dos países em desenvolvimento	8.1. Final de 2002	8.1. Em curso. Duas resoluções do Conselho Desenvolvimento. Participação da CE no Grupo de Trabalho de Alto Nível sobre o Acesso aos Medicamentos do Reino Unido e no debate sobre o acesso aos medicamentos dos Países Baixos.
8.2. Compromisso da indústria em relação aos preços diferenciados	8.2. 2003	8.2. Em curso. GSK e Novartis assumiram compromissos públicos.
8.3. Preços diferenciados integrados nas estratégias e princípios do GFATM	8.3. A partir do final de 2002	8.3. Em curso. O GFATM age tendo em conta os mínimos preços possíveis. CE participa no Grupo de Trabalho sobre Contratos Públicos. Estão a decorrer trabalhos sobre uma melhor definição de preços diferenciados.
8.4. Regresso à agenda do G8 dos preços diferenciados, como parte do Programa de Acção	8.4. Meados de 2003	8.4. Em curso. No seguimento do Acordo de Okinawa (2000). Estão a decorrer trabalhos com vista à Cimeira de 2003 em França.
8.5. Agenda transnacional UE/EUA	8.5. Final de 2002	8.5. Em curso. Ausência de progressos no domínio dos preços diferenciados desde Gotemburgo (Maio de 2001)
8.6. Agenda UE/Canadá	8.6. Final de 2001	8.6. Concluída.
8.7. Agenda UE/Japão	8.7. Final de 2001	8.7. Concluída.
8.8. Agenda UE/OUA - Plano de Acção do Cairo	8.8. Final de 2001	8.8. Concluída. Estão a decorrer preparativos para Lisboa 2003.
8.9. Preços diferenciados na OCDE	8.9. Final de 2003	8.9. Situação inalterada.
8.10. Plano de Acção de Joanesburgo	8.10 Meados de 2002	8.10. Situação inalterada.
8.11. Parceria estreita com a OMS/UNAIDS	8.11 Até ao final de 2006	8.11. Em curso.

9. Canalizar as iniciativas internacionais com vista à instituição de medidas de fixação de um mecanismo generalizado, facultativo e previsível de preços diferenciados

9.1. Regulamentação contra o desvio para o mercado da UE (EUA) de produtos com preços diferenciados	9.1. Primeiros meses de 2003	9.1. Em curso. Adoptada pela Comissão em 30 de Outubro de 2002. Debate no Conselho com vista à sua adopção no primeiro trimestre de 2003.
9.1.1. Aplicação de medidas de concertação internacional para limitar o desvio de produtos	9.1.1. Final de 2003	9.1.1. Conversações no âmbito do Conselho TRIPS sobre o nº 6 da Declaração de Doha.
9.2. Definição do mecanismo de transparência e acompanhamento	9.2. Meados de 2003	9.2. Estão a decorrer conversações CE/OMS, bem como no âmbito do Grupo de Trabalho de Alto Nível do Reino Unido e da Task Force sobre contratos públicos do GFATM.
9.3. Diminuição dos preços no consumidor nos países em desenvolvimento	9.3. Final de 2003	9.3. Em curso ³³ .

10. Analisar os dados pautais dos países em desenvolvimento para avaliar as bases com vista às negociações sobre redução/abolição no âmbito da Ronda de Doha

10.1 Finalização do estudo sobre taxas e outros direitos e tarifas	10.1. Início de 2003	10.1. Em preparação ³⁴ .
10.2. Existência de informação sobre a importação, a distribuição e os direitos de registo	10.2. Final de 2002	10.2. Em curso. Conversações em curso no âmbito da Task Force de Contratos Públicos do GFATM.

³³

Consultar "Untangling the Web of Price Reductions" (Compreender Melhor as Reduções de Preços), Junho de 2002 - www.accessmed-msf.org - Médicos Sem Fronteiras.

³⁴

Ver projecto de estudo "Duties and Taxes on Essential Medicines used in the treatment of the major communicable diseases" (Direitos e impostos sobre medicamentos essenciais utilizados no tratamento das principais doenças transmissíveis), DG TRADE F/4, Julho de 2002.

11. Apoiar a aplicação dos TRIPS e debater a relação entre o Acordo TRIPS e a protecção da saúde pública - Seguimento da Declaração de Doha sobre os TRIPS e a saúde pública

11.1 Defender várias posições - alcançar um acordo sobre desenvolvimento com vista à Ronda de Doha	11.1. Final de 2002	11.1 Concluído. Declaração de Doha sobre os TRIPS e a saúde pública; decisão subsequente de autorizar os países menos avançados a adiar a aplicação das patentes farmacêuticas até 2016. Proibição da exportação com base em licenças obrigatórias regulamentada até ao final de 2002. Elaborada posição da CE sobre os n ^{os} 6 e 7 de Doha; actualmente debatida no Conselho TRIPS.
11.2 Plano de trabalho com vista ao reforço da assistência técnica para a aplicação do TRIPS nos países em desenvolvimento	11.2. Final de 2003	11.2. Em curso. Estudo sobre a aplicação do TRIPS na África Subsaariana em fase de concurso. Maurícia requereu um estudo sobre PI e TRIPS que se encontra em fase contratual.
11.3 Prestação de assistência técnica solicitada/planificada	11.3. Final de 2003	11.3. Em curso.
11.4. Reforço da cooperação com a Organização Mundial da Propriedade Intelectual (OMPI)	11.4. Final de 2002	11.4 Situação inalterada.

AUMENTAR O INVESTIMENTO NA INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE BENS PÚBLICOS MUNDIAIS ESPECÍFICOS.		
RESULTADOS PREVISTOS	CALENDÁRIO INDICATIVO	SITUAÇÃO
<i>12. Maior apoio à investigação e desenvolvimento, nomeadamente à investigação básica e estratégica, designadamente através da criação de Parceria entre a Europa e os Países em Desenvolvimento para a Realização de Ensaios Clínicos</i>		
12.1 Adopção do Sexto Programa-Quadro	12.1 Meados de 2002	12.1 Concluída. Proposta de 6º Programa-Quadro da Comissão adoptada pelo PE e pelo Conselho em primeira leitura. Vasto apoio ao aumento considerável do orçamento de I&D (montante global de 400 milhões de euros para a STM, incluindo 200 milhões de euros para a EDCTP). Países em desenvolvimento podem participar em todos os projectos relativos às três doenças, graças ao financiamento da Comissão .
12.2 Lançamento da EDCTP - reflecte princípios essenciais da política de desenvolvimento da CE	12.2 Final de 2002	12.2 Em curso. Fase de preparação lançada em Abril de 2002. A Comissão apresentou uma proposta em Agosto de 2002. Debate no Conselho e no PE no final de 2002. Comité Directivo da EDCTP definirá modalidades de aplicação com base nos princípios de desenvolvimento, contando com a participação activa dos países em desenvolvimento.
12.3. Quinto Programa-Quadro dá prioridade à STM.		12.3. O Quinto Programa-Quadro abrange mais de 77 projectos e programas de I&D em matéria de STM, num montante superior a 109 milhões de euros.

13. Reforço das capacidades dos países em desenvolvimento

13.1 O Sexto Programa-Quadro incide no reforço das capacidades, incluindo o apoio a estudos de biologia molecular, epidemiológicos, operacionais e sociais efectuados em colaboração, reforçando assim a base em que assentam as actividades de investigação no domínio da saúde. Será prestada atenção especial às questões relacionadas com a igualdade entre géneros e com a pobreza.

13.2 A EDCTP prevê medidas de reforço das capacidades, como: a) o apoio às instalações e serviços de instituições clínicas ou de investigação dos países em desenvolvimento; b) o desenvolvimento dos recursos humanos.

13.1. Final de 2001

13.2 Meados de 2003

13.1 Em curso.

13.2. Em curso. A EDCTP prevê o reforço das capacidades nas seguintes áreas: estabelecimento de redes e cooperação; transferência de tecnologias; reforço da capacidade de investigação clínica; lançamento e desenvolvimento de instalações para exames clínicos; financiamento de regimes de formação de cientistas africanos. 150 milhões de euros afectados ao reforço das capacidades.

14. Incentivos ao desenvolvimento de bens públicos mundiais específicos

14.1. Promoção da reforma do sistema financeiro internacional, a fim de incentivar o desenvolvimento e a disponibilização de bens públicos mundiais.	14.1. Final de 2002	14.1.1 Trabalho em curso no que respeita à Task Force Especial das Nações Unidas sobre Bens Públicos Mundiais (BPM).
		14.1.2 Trabalho da OCDE sobre BPM no domínio da saúde.
		14.1.3 Evolução rápida do trabalho no âmbito do GFATM.
14.2 Desenvolvimento e análise de incentivos (alargamento da protecção das patentes/direitos de comercialização - capitais de risco - empréstimos bonificados - benefícios fiscais - mercados garantidos, etc.).	14.2 Final de 2003	14.2 Estão a decorrer conversações com a indústria.
		Trabalho em colaboração com o Grupo de Trabalho de Alto Nível sobre o Acesso aos Medicamentos do Reino Unido.
14.3 Definição de aspectos regulamentares.	14.3 Final de 2002	14.3 Situação inalterada. Conversações sobre a participação de organismos regulamentares dos países em desenvolvimento na EDCTP
14.4 Conclusão da investigação económica solicitada	14.4 Final de 2002	14.4 Está a decorrer investigação em colaboração com o Banco Mundial. Primeiros resultados analisados em Junho de 2002.
14.5 Criação de mecanismos de financiamento conjunto.	14.5 Final de 2003	14.5 Em curso. Iniciativa GFATM. Poucos progressos registados noutras iniciativas (ligadas à Task Force BPM específicos).
	14.6 Final de 2003	14.6 Em curso. Última reunião em Junho de 2002.
14.6 Reforço da Equipa Especial da UE para a vacina contra a SIDA.	14.7 Final de 2003	14.7 Em curso.
	14.8 Final de 2003	14.8 Em curso.
14.7 Reforço da parceria com a IAVI.		
14.8 Parceria e prossecução da cooperação com a AEAM		

ANEXO 3: OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO

Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM)	
Objectivos e Metas	Indicadores
Objectivo 1: Erradicar a pobreza extrema e a fome	
Meta 1: Entre 1990 e 2015, reduzir para metade a percentagem de pessoas cujo rendimento é inferior a um dólar por dia	1. Percentagem da população com menos de 1 dólar por dia 2. Índice de fosso de pobreza [incidência x grau de pobreza] 3. Parte do quintil mais pobre da população no consumo nacional
Meta 2: Entre 1990 e 2015, reduzir para metade a percentagem de pessoas afectadas pela fome	4. Prevalência de crianças (com menos de 5 anos) com insuficiência ponderal 5. Percentagem da população que não atinge o nível mínimo de consumo dietético de calorias
Objectivo 2: Atingir o ensino primário universal	
Meta 3: Garantir que, até 2015, todas as crianças, de ambos os sexos, terminem um ciclo completo de ensino primário	6. Taxa líquida de matrícula no ensino primário 7. Percentagem dos alunos da 1ª classe que atinge a 5ª classe 8. Taxa de alfabetização dos membros da faixa etária dos 15-24
Objectivo 3: Promover a igualdade entre os géneros e a autonomização das mulheres	
Meta 4: Eliminar a disparidade entre os géneros no ensino primário e secundário, se possível até 2005, e em todos os níveis de ensino, o mais tardar até 2015	9. Razão raparigas/rapazes no ensino primário, secundário e superior 10. Razão entre homens e mulheres analfabetos na faixa etária dos 15-24 anos 11. Percentagem de mulheres assalariadas no sector não agrícola 12. Percentagem de mandatos ocupados por mulheres no parlamento nacional
Objectivo 4: Reduzir a mortalidade infantil	
Meta 5: Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças com menos de 5 anos	13. Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos 14. Taxa de mortalidade infantil 15. Percentagem de crianças de 1 ano vacinadas contra o sarampo
Objectivo 5: Melhorar a saúde materna	
Meta 6: Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna	16. Taxa de mortalidade materna 17. Percentagem de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado

Objectivo 6: Combater o VIH/SIDA, a malária e outras doenças	
Meta 7: Até 2015, ter travado a propagação do VIH/SIDA e começado a inverter a tendência actual	18. Taxa de prevalência do VIH/SIDA entre as mulheres grávidas com idades entre os 15 e os 24 anos 19. Taxa de utilização de contraceptivos 20. Número de crianças tornadas órfãs da SIDA
Meta 8: Até 2015, ter travado a incidência da malária e de outras doenças importantes e começado a inverter a tendência actual	21. Taxas de prevalência e de mortalidade ligadas à malária 22. Percentagem da população das zonas de risco que utiliza meios de protecção e tratamento eficazes contra a malária 23. Taxas de prevalência e de mortalidade ligadas à tuberculose 24. Percentagem de casos de tuberculose detectados e curados no âmbito de tratamentos de curta duração sob vigilância directa
Objectivo 7: Garantir a sustentabilidade ambiental *	
Meta 9: Integrar os princípios do desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais e inverter a actual tendência para a perda de recursos ambientais	25. Percentagem das terras que são zonas florestais 26. Superfície de terras protegidas para manter a biodiversidade 27. Produto Interno Bruto (PIB) por unidade energética consumida (rendimento energético) 28. Emissões de dióxido de carbono (per capita) [A estes indicadores acrescentam-se dois valores relacionados com a poluição atmosférica mundial: destruição da camada de ozono e acumulação de gases que favorecem o aquecimento do planeta]
Meta 10: Reduzir para metade, até 2015, a proporção da população sem acesso permanente a água potável salubre	29. Percentagem da população com acesso a uma fonte de água melhor
Meta 11: Até 2020, conseguir obter uma melhoria significativa da vida de pelo menos 100 milhões de habitantes de bairros degradados	30. Percentagem da população com acesso a condições melhoradas de saneamento 31. Percentagem da população com acesso à segurança de ocupação da habitação [A distribuição urbana/rural de alguns dos indicadores atrás referidos poderá ser relevante para acompanhar a melhoria da situação dos habitantes de bairros degradados]
Objectivo 8: Criar uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento *	
Meta 12: Continuar a desenvolver um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em regras, previsível e não discriminatório Inclui um compromisso em relação à boa governação, ao desenvolvimento e à redução da	<i>Alguns dos indicadores a seguir apresentados serão avaliados separadamente no caso dos países menos avançados (PMA), de África, dos países sem saída para o mar e dos pequenos estados insulares em desenvolvimento</i>

pobreza – tanto a nível nacional como internacional Meta 13: Satisfazer as necessidades especiais dos países menos avançados Inclui: o acesso das exportações dos países menos avançados num regime isento de direitos e não sujeito a quotas; um programa reforçado de redução da dívida dos países pobres altamente endividados e anulação da dívida bilateral oficial; e uma ajuda pública ao desenvolvimento mais generosa em relação aos países empenhados na luta contra a pobreza Meta 14: Satisfazer as necessidades especiais dos países sem acesso ao mar e dos pequenos Estados insulares em desenvolvimento (mediante o Programa Barbados e as conclusões da vigésima segunda sessão extraordinária da Assembleia Geral) Meta 15: Tratar globalmente o problema da dívida dos países em desenvolvimento, mediante medidas nacionais e internacionais, de modo a tornar a sua dívida sustentável a longo prazo	<u>Ajuda pública ao desenvolvimento</u> 32. Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) líquida como percentagem do rendimento nacional bruto dos países dadores membros da OCDE/Comité de Ajuda ao Desenvolvimento (metas de 0,7% no total e 0,15% para os PMA) 33. Percentagem da APD dedicada aos serviços sociais básicos (educação básica, cuidados de saúde primários, nutrição, água salubre e saneamento) 34. Percentagem da APD que não está vinculada 35. Percentagem da APD dedicada ao ambiente nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento 36. Percentagem da APD dedicada aos transportes nos países sem acesso ao mar <u>Acesso aos mercados</u> 37. Percentagem das exportações (em valor e excluindo armas) admitidas sem pagamento de direitos nem submetidas a quotas 38. Taxas médias de direitos e quotas aplicados aos produtos agrícolas, têxteis e vestuário 39. Subsídios agrícolas internos e à exportação nos países da OCDE 40. Percentagem da APD atribuída ao reforço das capacidades comerciais <u>Sustentabilidade da dívida</u> 41. Percentagem da dívida oficial bilateral dos Países Pobres Muitos Endividados (PPME) anulada 42. Serviço da dívida em percentagem das exportações de bens e serviços 43. Percentagem da APD fornecida como redução da dívida 44. Número de países que tenham atingido pontos de decisão e de cumprimento da Iniciativa a favor dos PPME
Meta 16: Em cooperação com os países em desenvolvimento, formular e aplicar estratégias que permitam que os jovens obtenham um trabalho digno e produtivo	45. Taxa de desemprego da população com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos
Meta 17: Em cooperação com as empresas farmacêuticas, proporcionar o acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis nos países em desenvolvimento	46. Percentagem da população com acesso a medicamentos essenciais a preço acessível, numa base sustentável
Meta 18: Em cooperação com o sector privado, tornar acessíveis os benefícios das	47. Linhas telefónicas por 1000 habitantes

novas tecnologias, em especial da tecnologia de informação e de comunicações	48. Computadores pessoais por 1000 habitantes <i>Outros indicadores a definir</i>
--	--

* Os indicadores a utilizar em relação aos objectivos 7 e 8 terão ainda de ser determinados com precisão.

ANEXO 4: PREÇOS E REDUÇÕES DE PREÇOS EM RELAÇÃO A DETERMINADOS MEDICAMENTOS CONTRA O VIH/SIDA E A MALÁRIA

O Programa de Acção reconhece que o preço dos medicamentos constitui apenas um dos elementos na luta contra o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose. São necessárias medidas complementares em todas as outras áreas identificadas no Programa de Acção, designadamente nos domínios do financiamento sustentável, do reforço dos sistemas de saúde e da incidência na melhoria dos resultados sanitários por intermédio de sectores que não o da saúde.

Nos dois últimos anos, os fabricantes reduziram os preços dos medicamentos vendidos nos países em desenvolvimento. Esta mudança deveu-se à nova ênfase deposta publicamente e a nível mundial (incluindo por parte da UE) nos preços abordáveis dos medicamentos, bem como à perspectiva da concorrência dos fabricantes de genéricos. As reduções de preços abrangeram não só os medicamentos contra o VIH/SIDA, como os contra a malária e outras doenças.

As reduções de preços devem-se a vários factores, como: 1) acordos facultativos bilaterais; 2) aquisições por grosso; 3) licenças facultativas; 4) licenças obrigatórias ou a ameaça da sua utilização; e 5) produção de genéricos.

São exemplo de acordos facultativos: acordos celebrados entre seis empresas e países participantes com vista ao aprovisionamento de medicamentos anti-retrovíricos, graças à Iniciativa de Acesso Acelerado promovidas pelas Nações Unidas (lançada em 2000, abrange actualmente 1% das pessoas que necessitam de tratamento); acordos entre a empresa farmacêutica Novartis, a África do Sul e a OMS, que constituem actualmente uma experiência-piloto e abrangem 24 000 pessoas, sobre o preço diferenciado do medicamento Coartem, utilizado na luta contra a malária; e uma parceria entre a GSK e a OMS em relação à associação LAPDAP na luta contra a malária³⁵.

O quadro que se segue apresenta uma estimativa das reduções de preços em relação aos medicamentos anti-retrovíricos (ARV).

³⁵ Para mais informações, consultar o documento informativo destinado ao High Level Working Group do Reino Unido intitulado "*Differential Pricing of Essential Medicines in the Developing World*" (Preços Diferenciados dos Medicamentos Essenciais no Mundo em Desenvolvimento" (Londres, 26 de Julho de 2002).

**Stima delle riduzioni dei prezzi al dettaglio offerte a determinati paesi in via di sviluppo
esclusa l'IVA in Svizzera (novembre 2002)**



Fonte : MSF, Novembro de 2002.

O coartem foi registado com duas denominações comerciais diferentes, preços diferentes e embalagens diferentes. O mercado encontra-se segmentado, existindo um medicamento para os mercados da OCDE, um outro para o sector *privado* dos países com malária endémica e existindo ainda um terceiro, disponível por intermédio da OMS, destinado a ser utilizado no sector *público*.

O impacto quantitativo será provavelmente limitado pelo facto de i) só no sector público o preço ser significativamente reduzido, enquanto os doentes (incluindo os que são pobres) têm acesso aos medicamentos sobretudo por intermédio do sector privado; e de ii) existir um incentivo para o desvio, que é exequível, dos mercados pobres para os mercados ricos *no interior* dos países pobres.