

FORMA— —SALUD

UNIVERSIDADES
ANDALUZAS
POR EL DERECHO
A LA SALUD GLOBAL

www.farmamundi.org

FORMA— —SALUD

UNIVERSIDADES
ANDALUZAS
POR EL DERECHO
A LA SALUD GLOBAL

Edita
Farmamundi

—
Contenidos
Farmamundi

Periferia Consultoría Social

—
Diseño y maquetación
Ricardo Barquín Molero

—
Ilustraciones
Cristian Pineda



Este cuadernillo formativo ha sido realizado con el apoyo financiero de la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AACID), en el marco del proyecto OF013/2016 «Fortalecimiento de capacidades de la comunidad universitaria andaluza del ámbito de la salud, en relación con el derecho y acceso a la salud global con un enfoque de género y diversidad cultural».

El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva de sus autoras y no refleja necesariamente la opinión de la AACID.



Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo
CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES

ÍNDICE

0.

Introducción:
La importancia de la formación
y sensibilización de nuevos agentes
sanitarios en derecho a la salud con
colectivos vulnerables

Página 7

1.

¿Desigualdades?
Interseccionalidades en el derecho
a la salud global

Página 11

2.

Acceso a medicamentos esenciales:
I+D farmacéuticas y sistema
de patentes

Página 43

3.

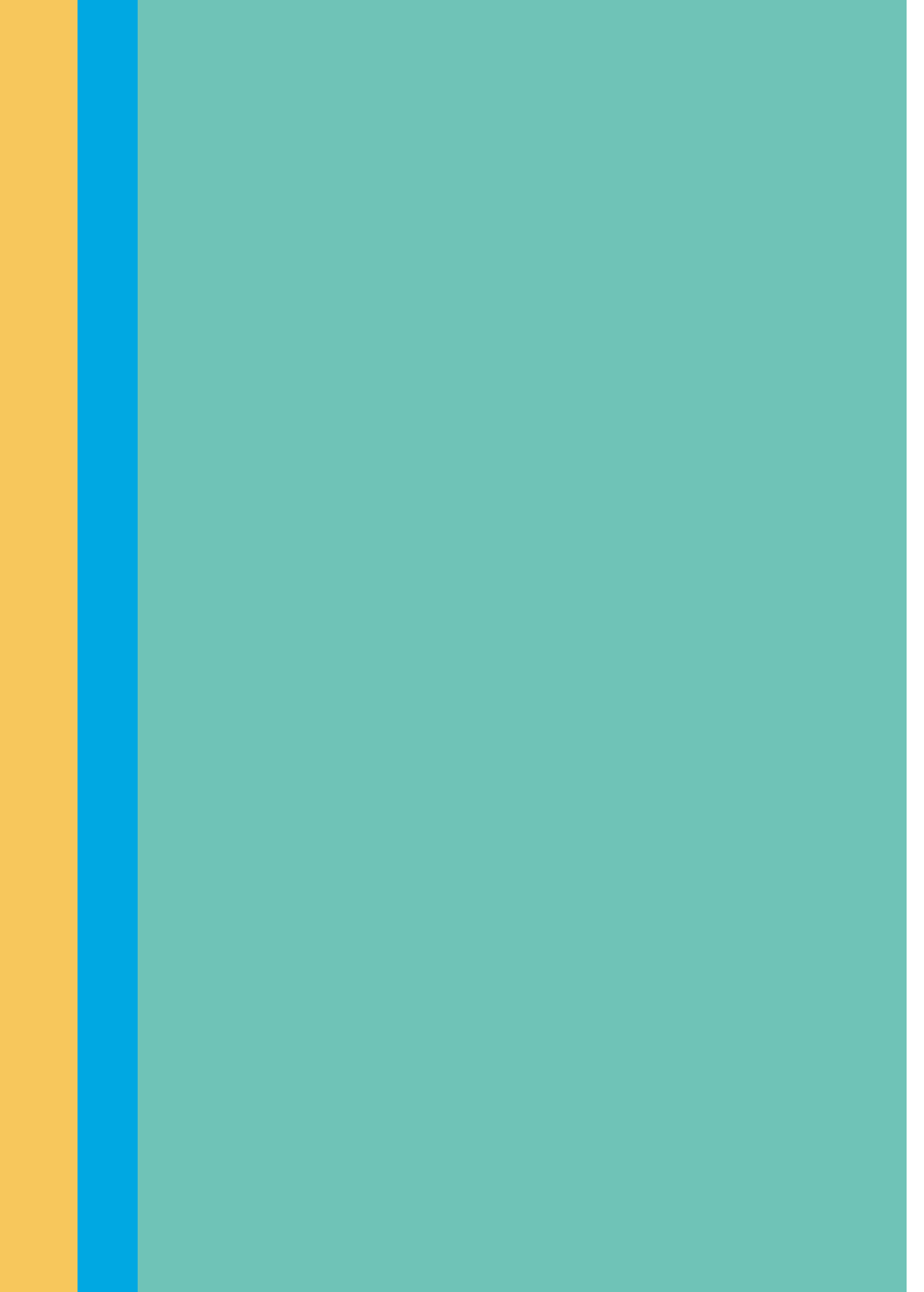
Mecanismos de acción glocal:
alianzas entre los países del Sur
y del Norte

Página 67

4.

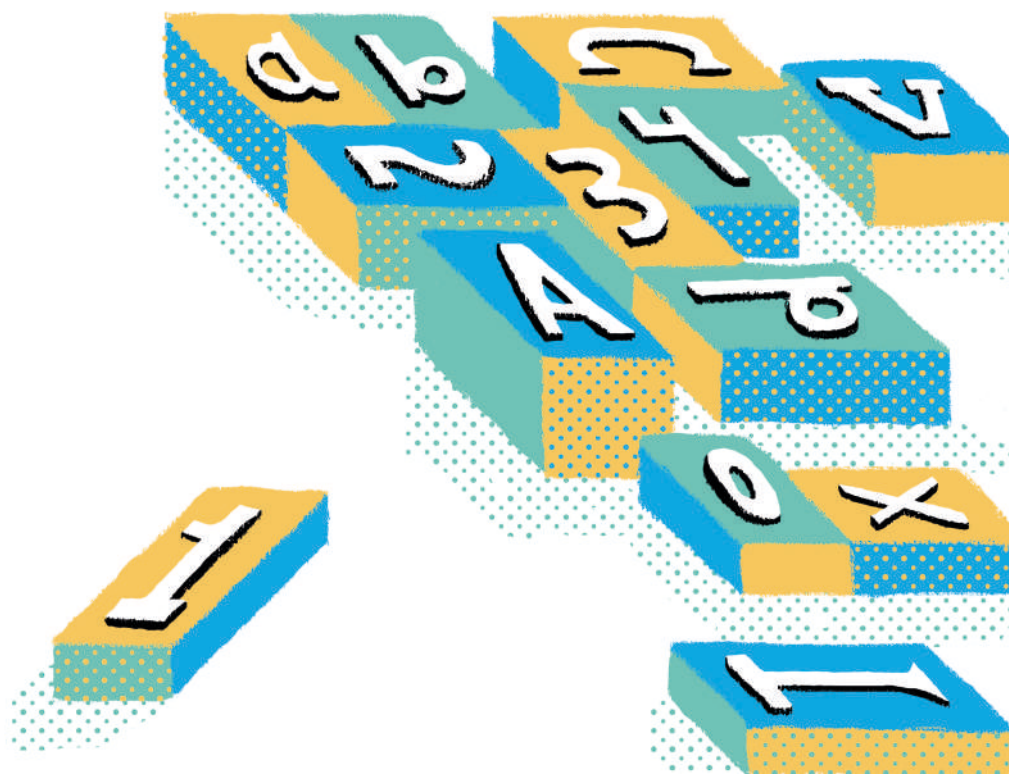
Banco de recursos:
Páginas web, documentos y canales
de Youtube

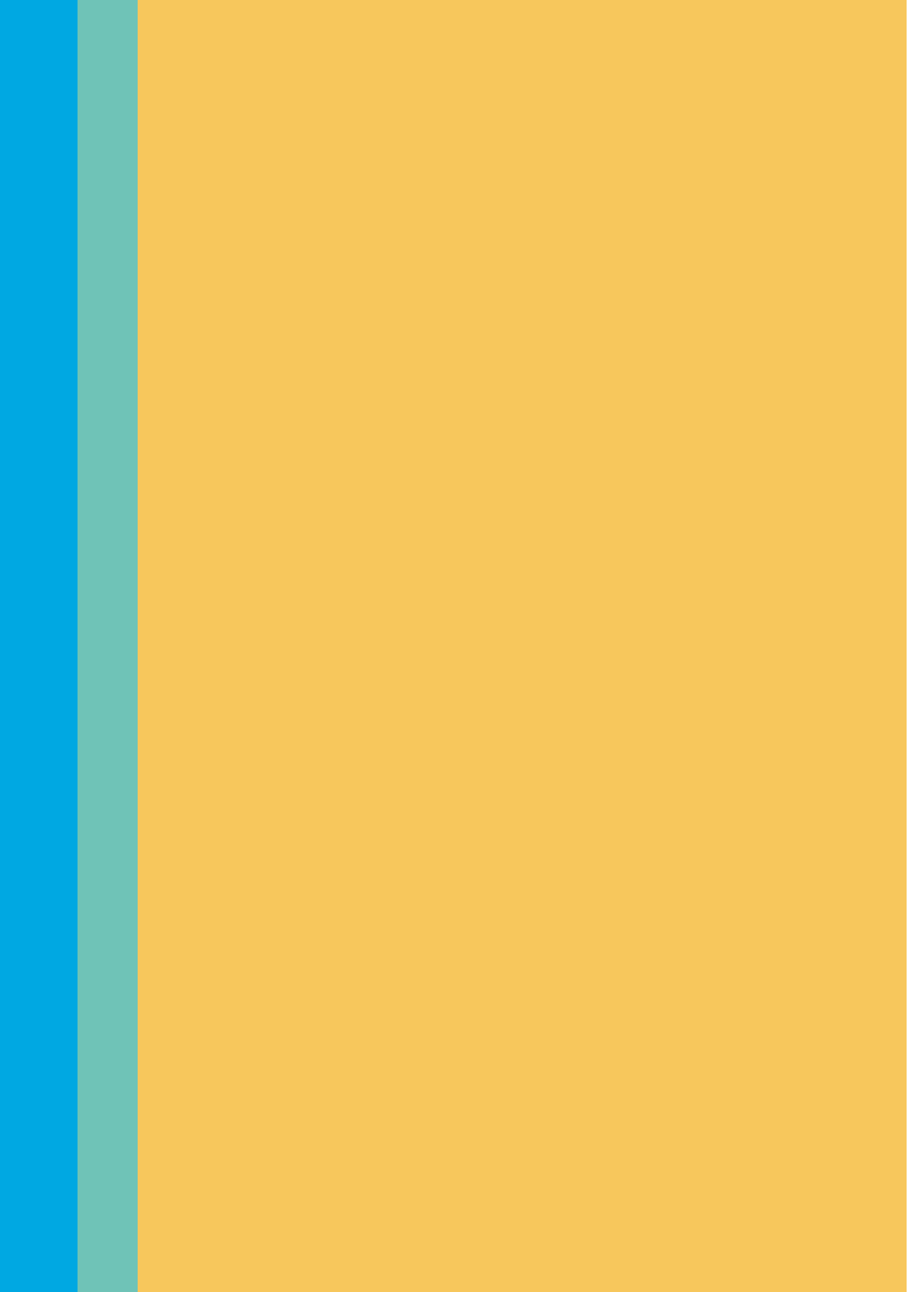
Página 83



0. Introducción

La importancia de la formación
y sensibilización de nuevos agentes
sanitarios en derecho a la salud
con colectivos vulnerables





El derecho a la salud no es una realidad universal. A lo largo y ancho del globo diferentes personas y colectivos no cuentan con las garantías mínimas para disfrutar de una buena salud.

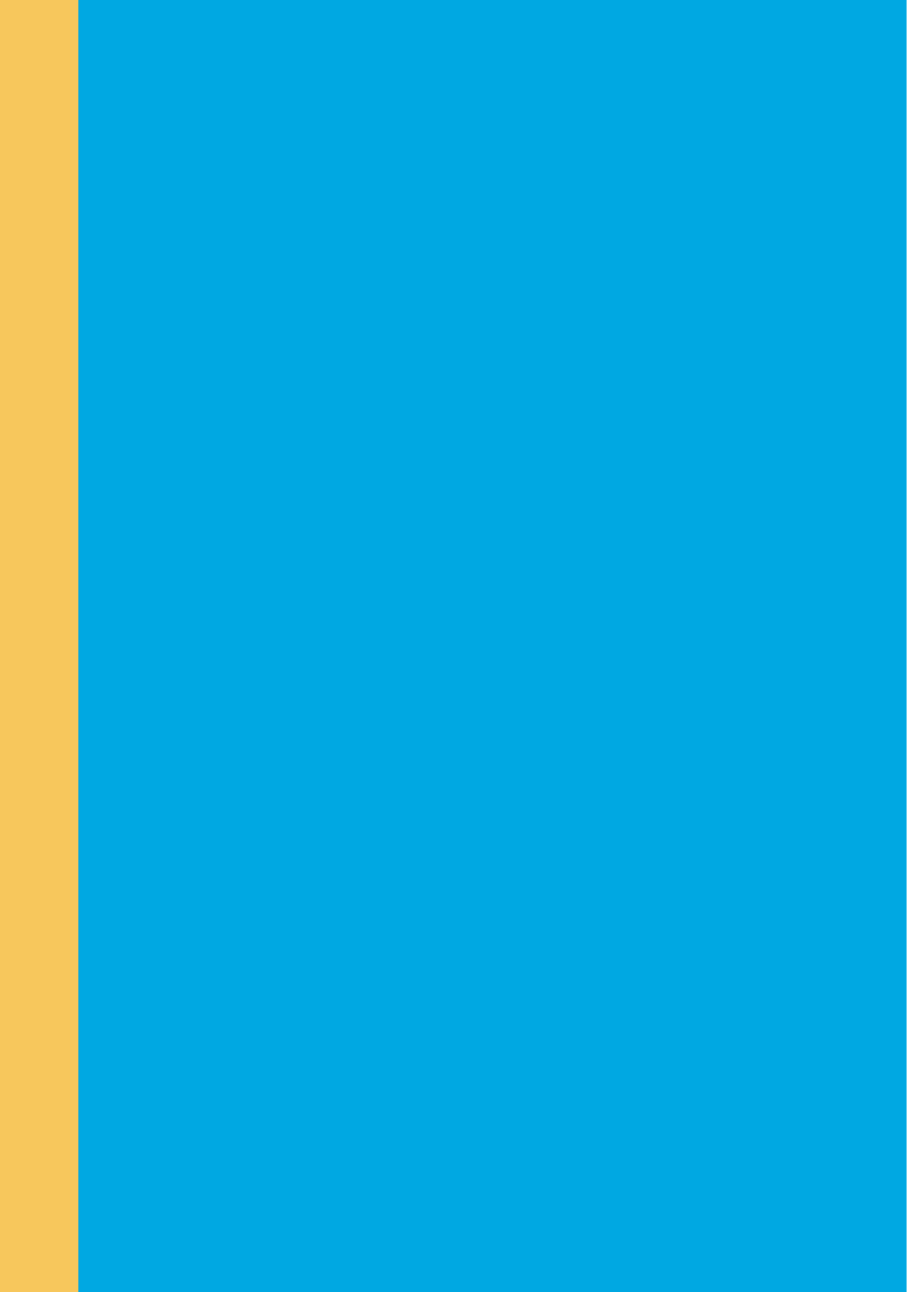
Los Estados miembros de las Naciones Unidas acordaron en 2015 una serie de **Objetivos de Desarrollo Sostenible** (ODS) para transformar el mundo que deberían cumplirse para el próximo año 2030, entre los que se contempla garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas en todas las edades.

«GARANTIZAR
UNA VIDA SANA
Y PROMOVER
EL BIENESTAR
PARA TODAS
Y TODOS»

Pensar en el derecho a la salud desde un punto de vista global nos hace poner el foco en nuestro contexto más próximo y trascender de él para relacionarlo con realidades lejanas en lo geográfico, estableciendo puntos de conexión y desconexión que nos permitan generar estrategias que persigan la igualdad de oportunidades en los llamados Norte y Sur.

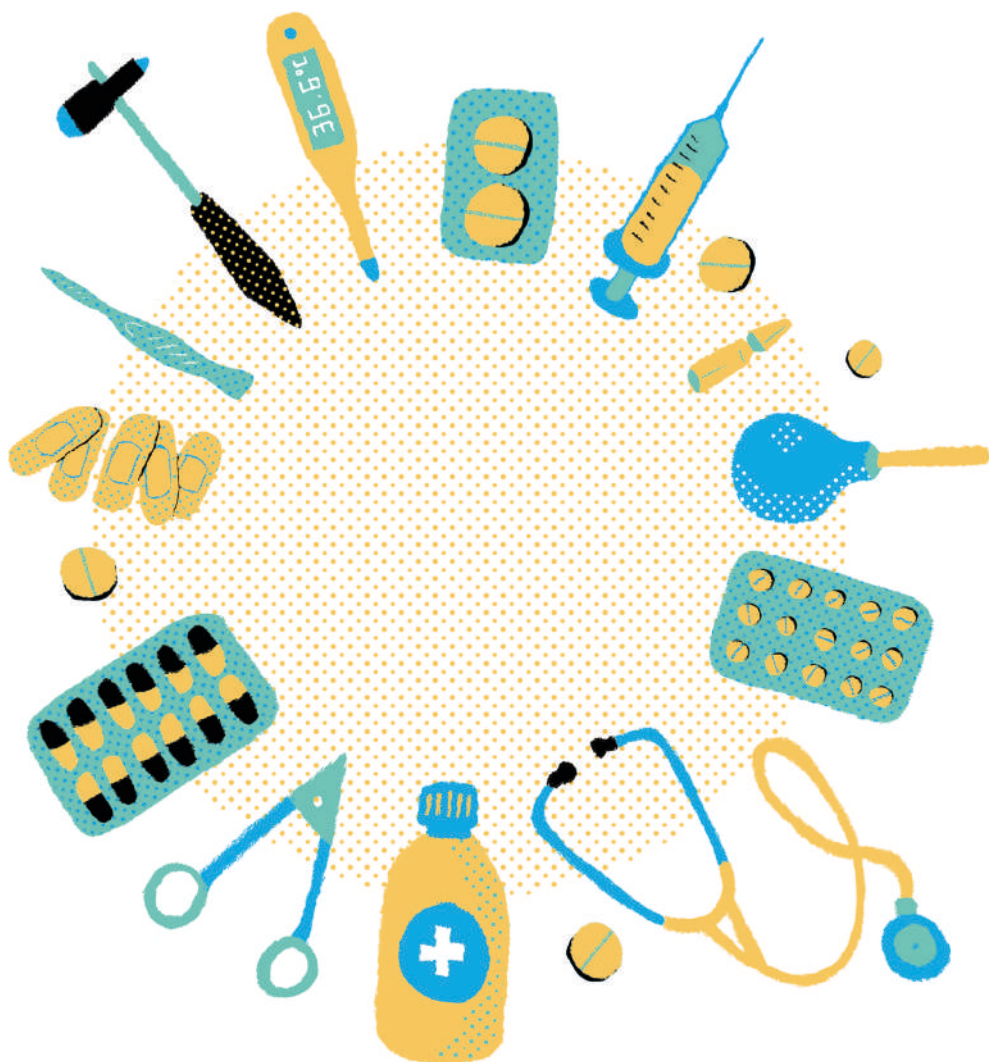
La formación de agentes sanitarios en derecho a la salud resulta clave en un momento marcado por la puesta en riesgo de los sistemas sanitarios públicos en el Norte, como respuesta a la crisis de carácter económico cuyas consecuencias son sufridas principalmente por la ciudadanía, particularmente la que se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad. Asegurar la sensibilización de agentes sobre el derecho a la salud desde un enfoque global, de género y diversidad cultural es una de las formas más idóneas para garantizar la existencia de profesionales de la sanidad comprometidas con el bienestar de todas las personas con independencia del lugar en el que residan, de su género, su cultura u otros factores como los ingresos o la edad.

Este cuadernillo recopila información y materiales de un proyecto de formación diseñado y ejecutado por la delegación de Farmamundi en Andalucía y financiado por la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AACID), que busca trabajar con el alumnado y el profesorado de las Universidades de Córdoba, Granada, Málaga y Sevilla como estrategia para potenciar la toma de conciencia en torno a problemas de salud que ocurren en diferentes coordenadas del planeta.



1. ¿Desigualdades?

Interseccionalidades en el derecho
a la salud global



Pensar en el derecho a la salud teniendo en cuenta los determinantes socioculturales, económicos, de género o etarios obliga a poner el foco en aspectos múltiples que determinarán si ese derecho se da o no para todas las personas en las mejores condiciones o si, por el contrario, cada uno de los indicadores en **intersección** con los otros dará como resultado un disfrute desigual de este derecho fundamental.

Hablar desde la **interseccionalidad** permite exponer los diferentes factores que pueden suponer que una persona o colectivo parta o se encuentre en una situación de desigualdad respecto al resto. Es bastante probable que una mujer negra transexual en situación de pobreza tenga garantizados menos derechos sanitarios que un hombre blanco cisgénero de clase media. La interseccionalidad no solo orienta la mirada a la hora de develar las desigualdades, también supone un punto de partida para definir medidas que aseguren un trato equitativo para todas las personas.

«LA INTERSECCIONALIDAD RELACIONA TODOS FACTORES QUE SUPONEN QUE UN COLECTIVO SE ENCUENTRA EN UNA SITUACIÓN DE DESIGUALDAD»

1. La salud es un derecho

1.1. La salud como DDHH

Hasta los inicios del siglo XX, la salud era considerada en las sociedades occidentales como el resultado de la influencia de factores naturales o accidentales, difícilmente controlables, sobre la constitución de cada persona, por lo que no se contemplaba como objeto de derechos específicos.

Sin embargo, con los avances que se fueron dando en diversos campos de la ciencia, a partir del siglo XIX aumentó el conocimiento y con ello la capacidad para controlar los factores y circunstancias que influyen tanto en la esperanza de vida como en el control de las enfermedades y de los principales vectores de contagio.

A mediados del pasado siglo se dieron dos de los hitos más relevantes en el ámbito de la medicina con el descubrimiento de la penicilina en 1941, y en el ámbito político y social con la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948. En este mismo año la salud se reconoce como un derecho en la **Declaración Universal de los Derechos Humanos**; según su artículo 25 toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado

que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

A partir de entonces el concepto de salud se amplía para abarcar el nivel individual y las connotaciones e implicaciones sociales de esta realidad. Así, la OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Y señala que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La OMS declara también que la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.¹

El **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** (PIDESC)², promulgado en 1966, también afirma, en su artículo 12, que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Algunas de las medidas que contempla se orientan a lograr reducir la mortalidad neonatal e infantil, mejorar aspectos de higiene laboral y medio ambiente, prevenir y tratar las enfermedades epidémicas o la creación de las condiciones que aseguren la asistencia médica universal.

Desde que comienza a desarrollarse el reconocimiento explícito del derecho a la salud, el vínculo entre salud y desarrollo siempre ha estado presente, y serán la I Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de 1978 y la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud de 1986, las que sienten las bases para que las dos cuestiones se traten de forma conjunta. El ciclo de conferencias sobre temas sociales organizado por las Naciones Unidas en la década de los 90, supuso el establecimiento de un vínculo esencial entre la salud y el desarrollo. Este ciclo culminó con la Conferencia del Milenio (2000) y la Conferencia sobre Financiación para el Desarrollo (2002), en las que se estableció la aceptación generalizada del concepto de promoción de la salud y la incorporación de los temas de salud en la agenda del desarrollo.

1 Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados. Entró en vigor el 7 de abril de 1948

2 <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

En el año 2000 se celebra en Nueva York la Cumbre del Milenio. En ella, 189 países se comprometieron en la llamada **Declaración del Milenio**³, a hacer el máximo esfuerzo para avanzar en la erradicación de la pobreza y del hambre y en la promoción de la educación, la salud, la equidad de género y la sostenibilidad ambiental. Estos propósitos se concretaron en 8 objetivos con 18 metas y cerca de 48 indicadores para su seguimiento. De entre estos objetivos, al menos 4 tenían una relación directa con parámetros relacionados con la salud.

A lo largo de las últimas décadas, las **Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud** organizadas por la OMS han establecido los conceptos, principios y áreas de acción en esta materia, y han situado la promoción de la salud en el contexto general de la globalización⁴.

En este desarrollo del derecho a la salud cabe destacar más recientemente la **Cumbre sobre el Desarrollo Sostenible** (2015) y la **Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud** (2016).

A pesar de esta profusa regulación normativa, el derecho a la salud es vulnerado en numerosos lugares, tanto en países desarrollados como empobrecidos. Se trata de un derecho que debe ser garantizado por los Estados a su población a través de un sistema sanitario. Estos sistemas implican que los Estados deben poner en marcha políticas que garanticen condiciones adecuadas para prestar los servicios esenciales de salud. Sin embargo, estos sistemas son deficientes en muchos países. En algunos casos existen lagunas normativas o incluso se promulgan leyes y normas nacionales o locales que fijan prioridades que resultan discriminatorias, o que establecen procedimientos y trámites administrativos que obstaculizan el acceso a los servicios de salud. Por otra parte, en contextos inestables a causa de conflictos y violencia, también se vulnera el derecho a la salud, tanto por casos de agresiones físicas, maltratos, torturas, etc., como por desarticulación de los sistemas sanitarios y carencia de atención médica. Esta situación incide especialmente en colectivos vulnerables que se ven privados del acceso a los servicios sanitarios, medicamentos o tratamiento.

³ <http://www.un.org/es/development/devagenda/millennium.shtml>

⁴ <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/es/>

1.2. Determinantes sociales de la salud

Los **determinantes sociales** de la salud son las circunstancias sociales y económicas que favorecen o dificultan el acceso y uso de sistemas de salud de calidad a las personas a lo largo de su vida. Se refieren a los factores asociados a las condiciones de vida a nivel global y local como la distribución de bienes y recursos, la participación en espacios de toma de decisiones o las capacidades para exigir el derecho más que a los factores individuales como estilo de vida, creencias y genética. Estos factores son esenciales en la situación sanitaria de la población de un país a nivel individual y colectivo. Son los responsables principales de las inequidades en el acceso al derecho a la salud.

«GLOBAL-
MENTE, LA
SALUD Y LA
ENFERMEDAD
SIGUEN UN
GRADIENTE
SOCIAL»

Estos determinantes sociales marcan grandes diferencias entre regiones desarrolladas y empobrecidas -**diferencias Norte-Sur**-, ya que en las primeras existen por lo general políticas sociales que atienden al bienestar de la ciudadanía, mayor regulación de la explotación de los recursos naturales y de la gestión de residuos, urbanización regulada, políticas de empleo más o menos eficientes, niveles aceptables de poder adquisitivo, condiciones laborales más seguras y estables, y acceso a sistemas de atención sanitaria básica. Todos estos factores son en cambio muy deficientes, cuando no inexistentes, en la mayoría de los países empobrecidos, y todos ellos inciden en el estado de salud de las personas. Por ejemplo, el acceso a una vivienda de calidad, con suministro eléctrico, agua potable y saneamientos contribuye a mantener un buen estado de salud, mientras que los barrios de chabolas sin estos servicios, muy comunes en países empobrecidos, son focos de insalubridad.

Por supuesto los servicios sanitarios influyen en la salud y existen grandes diferencias en el acceso a los mismos o en los recursos con que estos cuentan, entre países desarrollados y empobrecidos. Estas diferencias explican por ejemplo que la mayoría de las muertes de mujeres durante el embarazo y el parto se produzcan en países de ingresos bajos, y la mayoría de ellas podrían haberse evitado de contarse con el personal y los recursos adecuados⁵. Globalmente, la salud y la enfermedad siguen un gradiente social: cuanto más baja es la situación socioeconómica,

5 Alkema L., Chou D., Hogan D., Zhang S., Moller A.B., Gemmill A., et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. 2016.

peor es el estado de salud. Estos determinantes o condicionantes estructurales no son en modo alguno un fenómeno natural o irreversible, sino la consecuencia directa de la aplicación de unas u otras políticas públicas sociales y de salud, de la firma de acuerdos económicos que benefician o perjudican la salud de la población y de gobiernos responsables y comprometidos con los derechos o irresponsables y corruptos.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades en el acceso y el disfrute del derecho a la salud que no han cesado de acrecentarse, la OMS estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que asesorara sobre la manera de reducirlas⁶. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales como base para evidenciar y moderar el impacto de estos determinantes:

1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
3. Medición y análisis del problema.

Modelo Socioeconómico de Salud



6 Cf. http://www.who.int/social_determinants/es/

1.3. La salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

Durante la Cumbre sobre el Desarrollo Sostenible que se celebró en Nueva York en septiembre de 2015, se adoptó la **Agenda 2030** para contribuir a completar los logros obtenidos por los Objetivos de Desarrollo del Milenio, establecidos en el año 2000 para la lucha contra la pobreza.

Esta agenda cuenta con **17 Objetivos de Desarrollo Sostenible** y un conjunto de metas e indicadores inspirados en la voluntad de no dejar a nadie atrás. Se trata de una composición de objetivos sociales, económicos y ambientales interconectados, que incluyen desde la eliminación de la pobreza hasta el combate al cambio climático.



Fuente: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

El ODS 3: **Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas en todas las edades**, hace referencia explícita a la salud. Otros, como el ODS 2 «Hambre cero», el ODS 5 «Igualdad de género» o el ODS 6 «Agua limpia y saneamiento», están estrechamente vinculados con el derecho a la salud. Por su parte, el ODS 5 propugna el acceso universal a la salud sexual y reproductiva. Garantizar este derecho es un factor fundamental para la salud de las mujeres, y lograr la igualdad de género. Además, la salud sexual y reproductiva es clave para lograr buenos niveles de salud en las familias y las comunidades, elemento básico para el desarrollo social.

La agenda está diseñada para que el logro de cada uno de los objetivos influya de manera decisiva en el logro del resto, haciendo que gran parte de su éxito se base en un trabajo conjunto y coordinado.

El ODS 3 concreta metas que persiguen la reducción de la mortalidad materna y neonatal; acabar con las peores epidemias infecciosas; reducir la incidencia de enfermedades no transmisibles; reducir la morbilidad provocada por sustancias adictivas (alcohol, tabaco y estupefacientes), por contaminación y accidentes de tráfico; lograr la cobertura sanitaria universal y aumentar el acceso a servicios de salud, en particular de salud sexual y reproductiva, a medicamentos y a vacunas; aumentar la financiación de salud, incluyendo el aumento del personal sanitario y de la investigación; y reforzar las capacidades nacionales y regionales en alerta temprana, reducción y gestión de riesgos para la salud.

Todos estos elementos a mejorar o corregir son universales, pero las mayores deficiencias se encuentran sin duda en los países empobrecidos, dado que son los que cuentan con menos recursos tanto para el control y gestión de riesgos para la salud como para el buen funcionamiento de sus sistemas sanitarios: es habitual en estos países encontrar personal sanitario insuficiente y con frecuencia poco formado, falta de profesionales y de medios para investigación, servicios de salud escasos para atender a toda la población y recursos insuficientes para diagnosticar, tratar y luchar contra las epidemias.

En las últimas décadas se han obtenido grandes avances en muchos frentes relacionados con la salud: la reducción de algunas de las causas de muerte más comunes relacionadas con la mortalidad infantil y materna; mejoras en el porcentaje de población con acceso al agua limpia y el saneamiento, y la reducción de la incidencia de algunas de las enfermedades más mortíferas, especialmente en los países en desarrollo, como la malaria, la tuberculosis, la poliomielitis y el VIH/SIDA. En consecuencia, en muchas regiones se ha producido un aumento de la esperanza de vida. Sin embargo, siguen siendo necesarias más iniciativas para erradicar por completo las enfermedades prevenibles y para hacer frente a numerosos y variados factores emergentes o persistentes que condicionan y reducen el acceso de la población de muchos países a servicios efectivos y de calidad en salud.

Anualmente se lleva a cabo un informe que sirve para evaluar y monitorear los logros en relación a cada uno de los diecisiete ODS. Para conocer el informe completo accede a este sitio web: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

«EL LOGRO DE CADA OBJETIVO DEPENDE EN GRAN MEDIDA DEL LOGRO DEL RESTO»

1.4. La salud en la globalización: la Declaración de Shangái

En noviembre de 2016 se celebró en Shanghái la **Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud**, organizada por el Gobierno de China y la OMS.

Se reunieron dirigentes de gobiernos, de agencias de las Naciones Unidas, alcaldes y expertos/as en salud de todo el mundo, y culminó con la firma de la **Declaración de Shanghai sobre Promoción de la Salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible**⁷.

La declaración hace hincapié en la salud y el bienestar como claves fundamentales para alcanzar el desarrollo sostenible. Se reafirma que «la salud es un derecho universal, un recurso esencial para la vida diaria, un objetivo social compartido y una prioridad política para todos los países». Y se subraya que los ODS establecen el «deber de invertir en la salud, de garantizar la cobertura sanitaria universal y de reducir las desigualdades sanitarias entre las personas de todas las edades».

En lo local, se hace hincapié en la necesidad de poner en marcha políticas de salud urbanas que promuevan la inclusión social, aspecto desarrollado en el **Consenso de Alcaldes sobre Ciudades Saludables**⁸, que recoge el acuerdo sobre la integración de la salud en todas las políticas municipales, así como promover la colaboración de las comunidades para el fomento de la salud, y reorientar los servicios sanitarios y sociales municipales hacia la equidad y la cobertura sanitaria universal.

«AUN
ESTAMOS
LEJOS DE LA
SALUD PLENA
Y UNIVERSAL»

⁷ Recuperado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9g-chp/shanghai-declaration/es/>

⁸ Recuperado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9g-chp/healthy-city-pledge/es/>

Los 3 pilares de la promoción de la salud

#choosehealth

- 1 -

BUENA GOBERNANZA

Fortalecer la gobernanza y las políticas para que todas las personas puedan elegir opciones saludables accesibles y asequibles, y para crear sistemas sostenibles que hagan realidad la colaboración de toda la sociedad

- 2 -

CIUDADES SALUDABLES

Crear ciudades preocupadas por el medio ambiente que permitan vivir, trabajar y divertirse en armonía y buena salud

- 3 -

CONOCIMIENTOS SOBRE LA SALUD

Mejorar los conocimientos y las competencias sociales para ayudar a las personas a elegir las opciones y tomar las decisiones más saludables para su salud y la de sus familias

Fuente: OMS (2016).

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/resources/es/>

1.5. Situación mundial de la salud

En los últimos decenios, la esperanza de vida ha mejorado de manera sustancial en todo el mundo: la media mundial supera actualmente los 71 años. Con cada año transcurrido, la esperanza de vida se ha incrementado en cuatro meses. En 2007, la esperanza de vida al nacer era de más de 80 años en 15 países; para 2015, ese número había aumentado a 29 países. Al mismo tiempo, el número de países con una esperanza de vida inferior a los 60 años se redujo de 36 a 22 (OMS, 2017)⁹. Estos datos indican una mejora progresiva de las condiciones de salud, a nivel global. Los mayores progresos se han hecho en los países de ingresos bajos, debido a la proporción mucho más alta de personas recién nacidas que sobreviven a la infancia, mientras en los países desarrollados las personas mayores viven cada vez más.

Sin embargo, aún estamos lejos de la salud plena y universal. La mitad de las 20 causas principales de muerte prematura en el mundo son enfermedades infecciosas, especialmente las de

9 OMS (2017). Más sano, más justo, más seguro. La travesía de la salud mundial 2007-2017, p. 4.

carácter materno, neonatal y nutricional, mientras que la otra mitad corresponde a enfermedades no transmisibles o lesiones.

Entre las **Enfermedades No Transmisibles** (ENT) o crónicas destacan: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Estos cuatro tipos de enfermedades no transmisibles son la principal causa de mortalidad en el mundo entre los menores de 70 años, habiendo causado 38 millones (el 68%) de los 56 millones de defunciones registradas en 2012. Más del 40% de ellas (16 millones) fueron muertes prematuras evitables ocurridas antes de los 70 años de edad. Casi las tres cuartas partes de todas las defunciones por ENT (28 millones) y la mayoría de los fallecimientos prematuros (el 82%) se produjeron en países de ingresos bajos y medios (OMS, 2014)¹⁰.

En cuanto a la **mortalidad materna e infantil y las peores epidemias**, se han logrado importantes avances: entre 1990 y 2015, la mortalidad materna se redujo en un 44% en todo el mundo; las muertes infantiles evitables disminuyeron en el mismo periodo en un 53% (OMS, 2017)¹¹; entre 2000 y 2015 la vacuna contra el sarampión ha evitado unos 15,6 millones de muertes y más de 6,2 millones de personas se salvaron de la malaria (PNUD, 2018)¹²; las nuevas infecciones por causa del VIH/SIDA disminuyeron un 50% entre 2005 y 2015. En el año 2017, 16 millones de personas recibieron tratamiento antirretroviral, en comparación con 0,7 millones en 2000 (OMS, 2017)¹³. A pesar de estos notables avances, todos los años mueren más de 6 millones de niños y niñas antes de cumplir cinco años y 16.000 menores fallecen a diario debido a enfermedades prevenibles, como el sarampión y la tuberculosis. Todos los días, más de 800 mujeres mueren durante el embarazo o el parto, y en las regiones en desarrollo, principalmente en África, solo la mitad de ellas tiene acceso a la asistencia sanitaria. Por otro lado el SIDA es desde hace unos años la principal causa de muerte entre los y las adolescentes de la región de África subsahariana (OMS,

10 OMS (2014). Informe sobre la situación mundial de las ENT 2014.

11 OMS (2017), óp. cit., pp. 10, 12.

12 Recuperado de <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>

13 OMS (2017), óp. cit., p. 17.

2016¹⁴; OMS 2018¹⁵; PNUD, 2018¹⁶). Si bien es cierto que se han producido importantes avances en materia de cobertura sanitaria, en muchos países aún existen brechas significativas, especialmente en las comunidades marginadas y con menos recursos. Según el informe *Tracking Universal Health Coverage 2017* (Seguimiento de la cobertura sanitaria universal)¹⁷, del Grupo Banco Mundial y la OMS, la mitad de la población mundial carece de acceso a los servicios sanitarios básicos y 100 millones de habitantes caen en la pobreza extrema debido a gastos de salud todos los años, muy lejos de alcanzar niveles aceptables de salud. Por tanto el derecho a la salud no está garantizado para todas las personas del planeta, hecho que se relaciona directamente con los determinantes sociales de la salud.

Todos estos datos se relacionan, como hemos visto, no sólo con los sistemas de salud, sino con la pobreza, la educación y la justicia social. Las inequidades en salud se corresponden con las desigualdades entre el Norte y el Sur. Así, el 99% de las muertes maternas que se registran anualmente a nivel mundial, tienen lugar en países en desarrollo; y el 87% de las muertes prematuras causadas por enfermedades no transmisibles se producen en los países de ingresos bajos y medios. (OMS, 2017)¹⁸. Pero también hay brechas importantes al interior de los países en función de las condiciones económicas y sociales de las personas. A modo de ejemplo: en EEUU las personas afroamericanas representan el 13% de la población, pero a ellas corresponde casi la mitad de todas las nuevas infecciones por VIH; en Glasgow, la esperanza de vida de los varones varía en 15,5 años entre los barrios ricos y los marginales (*ibidem*); en Indonesia, la mortalidad materna es 3-4 veces más alta entre las familias pobres que entre las ricas; la mortalidad infantil en las barriadas marginales de Nairobi es 2,5 veces mayor que en otras partes de la ciudad (OMS, 2017)¹⁹.

14 Recuperado de https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/wp-content/uploads/sites/3/2016/10/3_Spanish_Why_it_Matters.pdf

15 Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

16 Recuperado de <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>

17 World Bank (2017). *Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report* (English). Washington, D.C.: World Bank Group

18 http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/es/

19 OMS (2017), *óp. cit.*, p. 32.

2. Género y salud

2.1. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de género?

El género no es sinónimo de mujer. No es una categoría biológica como el sexo, sino el conjunto de características sociales, culturales, políticas, psicológicas, jurídicas y económicas que la sociedad atribuye a hombres y mujeres. A lo que considera *masculino o femenino* mediante la educación, el uso del lenguaje o el papel de algunos espacios y grupos de socialización como la familia, las instituciones, los medios de comunicación o la religión, entre otros.

Hablar de género no es hablar de cómo las cosas afectan a las mujeres. Hablar de género implica un **análisis crítico** del sistema socioeconómico y las relaciones de poder que conlleva que un grupo de personas -los hombres- tengan una **situación privilegiada** sobre otro -las mujeres-. Implica reflexionar y buscar soluciones, a través de la organización ciudadana y el apoyo de las instituciones, a la desigualdad existente entre los géneros. Esta búsqueda debe asumirse como un **compromiso colectivo** para conseguir un mundo más justo en el que todas las personas tengamos efectivamente los mismos derechos y deberes, libres de violencias y opresiones.

Las desigualdades entre los géneros influyen en la salud de diferentes formas: la violencia contra las mujeres, el reparto desigual del trabajo, los diferentes salarios, las pautas de alimentación discriminatorias, la distribución del tiempo libre o las posibilidades de mejorar en la vida, por citar algunas.

Esta situación de desigualdad entre los géneros parte de una diferenciación que se enmarca en lo que se llama **sistema sexo-género**: una construcción sociocultural que enmarca y ordena a las personas atribuyendo a cada sexo biológico un papel social determinado a través de las categorías de género #masculino y #femenino.

Tradicionalmente la categorización binaria -hombre y mujer- de las personas, arrojaba a los márgenes a todo el conjunto de diversidades que se saliese de estas categorías normativas. Afortunadamente, gracias a la consecución de derechos y libertades

a lo largo de la Historia, se van abriendo nuevos horizontes para vivir, reconocer y respetar la diversidad y el amplio arco iris de posibilidades que suponen las sexualidades.

El **sexo biológico** contempla las diferencias biológicas entre las personas en dependencia a sus genitales, sus cromosomas, sus hormonas y su aspecto anatómico. Habitualmente se distingue entre hombre y mujer, pero también nacen personas con distintas combinaciones genéticas y fenotípicas de ambas que no encajan en esta noción binaria. Son las personas intersexuales. Habitualmente estas personas eran intervenidas quirúrgicamente al nacer bajo el criterio exclusivo de un equipo sanitario para que su sexo biológico encajase en una de las dos categorías dominantes. Afortunadamente estas prácticas son cada vez menos frecuentes..

La **identidad sexual o de género** es una vivencia subjetiva que tiene que ver con cómo cada persona se siente en su propio cuerpo. Puede coincidir o no con su sexo biológico. La constitución de la identidad es un proceso dinámico que se extiende y puede variar a lo largo de la vida y hace posible reconocerse, aceptarse, asumirse y actuar como seres sexuales. En ese sentido, hay personas que sienten concordancia entre su sexo biológico asignado y su identidad de género: son las personas llamadas cisgénero. Además, existen otras muchas personas que no sienten estas concordancias y se sitúan en otras categorías: estas personas se denominan de formas muy diferentes: una de las más aceptadas actualmente es **trans***. El asterisco viene a visibilizar la diversidad que engloba este nombre.

Históricamente se ha asumido una norma social por la cual todas las personas se consideran en exclusiva mujeres u hombres cisgénero y de orientación sexual heterosexual, es decir, atraídas por el sexo-género opuesto. Esto ha acarreado situaciones de opresión y violencia hacia las personas que se sentían fuera de esa norma, agrupadas habitualmente bajo las siglas **LGTBIQ+**. Situaciones que se han superado en gran medida gracias a los movimientos sociales y de protesta encabezados por estos colectivos.

«GÉNERO:
CARACTERÍSTICAS QUE
LA SOCIEDAD
ATRIBUYE
A HOMBRES
Y MUJERES»

2.2. ¿Desigualdades de género? Poder y violencias

La norma social que deriva del sistema sexo-género tradicional binario predomina en la mayoría de las sociedades, asignando de manera diferencial una serie de mandatos, expectativas, roles y normas en función del sexo y el género. Priman aquellas expresiones que coinciden con los patrones hombre-masculino y mujer-femenina y son rechazadas aquellas que se salen del tiesto. Al mismo tiempo ordena el papel social de ese binomio hombre/mujer en una escala jerarquizada y de relaciones desiguales de **poder**.

Estos sistemas son consecuencia de una visión del mundo **androcéntrica y patriarcal** que sitúa a los hombres en un lugar de privilegio y a las mujeres -y el resto de géneros e identidades- en posiciones de desventaja, marcadas además por otros factores **-interseccionalidad-**. Las diferencias sexuales y de género se transforman en desigualdades en cuanto al acceso a los recursos materiales y simbólicos, así como en cuanto a la garantía, disfrute y ejercicio de derechos fundamentales para las mujeres y otras identidades de género diversas.

El género es, por tanto, uno de los principales elementos en base a los que se organizan las sociedades y condiciona significativamente la vida y desarrollo de las personas. Desde que nacemos se nos enseña y aprendemos a ser hombres y mujeres a través de los procesos de socialización, que nos transmiten una serie de comportamientos, funciones y prácticas basados en las diferencias que se perciben entre los sexos. Esta forma de organizar las relaciones y funciones sociales se conoce como los **estereotipos, roles y mandatos de género**.

Los **estereotipos y roles de género** los conforman símbolos, características y comportamientos que se atribuyen a las personas como hombre o mujer, como masculino o femenino, en un marco sociocultural e histórico determinado. Implican un conjunto de expectativas e, incluso, características emocionales o psicológicas atribuidas. Esta amalgama de elementos tienen una repercusión directa en lo que se considera *natural y apropiado* o no para cada persona.

Este reparto desigual de poder y de estatus social desemboca en que el hombre se siente por encima de la mujer y ejerce sobre ella violencias múltiples que se conocen como violencias de género.

La **violencia de género** según la Ley 13/2007 de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género, define el concepto de violencia de género o violencia machista como: **«toda conducta que atenta contra la dignidad e integridad física y moral de las mujeres por el hecho de serlo, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres».**

A menudo se utiliza de manera intencional como una agresión de tipo físico o de otra índole para causar daño, coaccionar, limitar o manipular a la persona objeto de la violencia. Es considerada así como un acto de dominación, generando una serie de consecuencias que van más allá de la víctima: perpetúan unas relaciones desiguales, y frecuentemente machistas, de poder. La violencia de género provoca además efectos que pueden ser demoledores sobre las víctimas. A nivel físico pueden producirse lesiones serias que pueden llevar a secuelas, a la incapacitación o incluso a la muerte. A nivel psicológico es frecuente que las personas que sufren violencia de género no sean capaces de reaccionar frente al agresor, o de denunciar. Esto ocurre generalmente debido al miedo y al riesgo de posibles repercusiones para ellas o su entorno, a la impunidad o a la falta de apoyo.

Tampoco es infrecuente que las supervivientes se sientan culpables o responsables de la situación o que teman producir dolor en otras personas. Incluso pueden ver este tipo de situaciones como algo normal. La violencia de género constituye un ejercicio atroz de dominación física, mental y relacional sobre una persona atendiendo a circunstancias asociadas al género.

La violencia de género no es específica del ámbito de la pareja, sino que puede darse en múltiples ámbitos sin necesidad de que quién la lleve a cabo sea un cónyuge. Las instituciones, la familia y la sociedad en general también puede ser lugares donde aparezcan situaciones de violencia de género.

Es necesario trabajar de cara a prevenir y concienciar a la ciudadanía, educando en diferentes aspectos como la tolerancia a la diversidad, la igualdad de derechos y oportunidades y la educación emocional de cara a paliar y a evitar nuevas situaciones de violencia de género.

El concepto incluye una amplia variedad de actitudes y actuaciones que pueden dañar a la persona desde diferentes

«LA IDENTIDAD ES UN PROCESO DINÁMICO QUE SE EXTIENDE Y PUEDE VARIAR A LO LARGO DE LA VIDA»

dimensiones. Algunas de ellas son: violencia física, violencia psicológica, violencia sexual, violencia económica, violencia patrimonial, violencia social, violencia simbólica o violencia institucional.

Cuando se producen situaciones de violencia de género es importante ser capaces de identificar adecuadamente el conjunto de violencias que pueden estar produciéndose bajo una misma agresión. Asimismo, en el análisis de las relaciones de género deben tomarse en consideración múltiples ejercicios de violencia de forma invisible, ocultas o escondidas tras otro tipo de comportamientos que pueden estar generando daños diversos y graves entre las personas agredidas.

2.3. Políticas públicas y normativa sobre género y salud

Algunos elementos clave en relación al género y la salud quedan recogidos en la legislación, normativa, convenciones y acuerdos de carácter internacional, nacional y autonómico.

En primer lugar hay que hacer mención a la **Declaración Internacional de los Derechos Humanos** de 1948 que en su artículo 25 establece que «toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar, así como la asistencia médica y los servicios sociales necesarios». De la misma manera se establece un trato especial en cuanto a la asistencia y los cuidados de la maternidad y la infancia. Más allá, se ha hablado sobre salud y género en las conferencias mundiales de la mujer, celebradas en México en 1975, en Copenhague en 1980, en Nairobi en 1985 y en **Beijing en 1995**. Especialmente es en esta última donde se conciben una serie de medidas a tomar en relación a la perspectiva de género y la acción sanitaria de los países presentes en la conferencia. Destacan:

- > Incrementar el acceso a lo largo del ciclo vital servicios médicos apropiados, asumibles desde el punto de vista económico y de calidad.
- > Reforzar los programas preventivos que promueven la salud de las mujeres.
- > Emprender iniciativas sensibles al género dirigidas hacia las enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y aspectos referidos a la salud sexual y reproductiva.
- > Promover la investigación y divulgación en materia de salud y género.
- > Incrementar los recursos y monitorización de los recursos.

«TODA PERSONA TIENE DERECHO A UN NIVEL DE VIDA ADECUADO QUE LE ASEGURE LA SALUD Y EL BIENESTAR»

En el año 1976 entra en vigor el **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos** que contempla en su artículo 3 que los «Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar a hombres y mujeres la igualdad en el goce de todos los derechos civiles y políticos enunciados en el presente Pacto».

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) adoptada el 18 de diciembre de 1979 por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979. El objetivo de esta convención es la eliminación de todas las formas de discriminación por motivos de género, obligando a los Estados miembros a revisar sus marcos legislativos bajo este enfoque y a modificarlos si fuera preciso.

En el ámbito de la **Unión Europea** existen numerosas directivas, recomendaciones, resoluciones y decisiones relativas a la igualdad de trato y oportunidades entre mujeres y hombres. Así, el **Tratado de Ámsterdam** (1996) incluye una referencia específica en el artículo 2 sobre la igualdad entre el hombre y la mujer como misión de la Comunidad Europea. El artículo 3 establece como objetivo la eliminación de la desigualdades entre el hombre y la mujer y promover su igualdad, debiendo inspirar todas las acciones y políticas comunitarias.

La **Carta de Derechos Fundamentales** de la Unión Europea (2000) prescribe en el artículo 20 el principio de igualdad ante la Ley y en su artículo 21 la prohibición de la discriminación. El artículo 23 se dedica íntegramente a la igualdad entre mujeres y hombres y a las acciones positivas como medidas compatibles con la igualdad de trato.

A nivel **nacional**, la **Constitución Española** (1978), aunque responde a un momento en el que todavía no se había desarrollado la sensibilidad social existente en la actualidad recoge en su artículo 14 la igualdad de toda la ciudadanía ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de sexo. Afortunadamente el desarrollo legislativo posterior profundiza y recoge el clamor ciudadano en pos de la igualdad entre mujeres y hombres.

Hay que destacar entonces la **Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres** que en su artículo 27 contempla la integración de la perspectiva de género en la política de salud, con medidas encaminadas a la

promoción, la investigación y el abordaje desde las políticas públicas de la satisfacción de las necesidades propias de las mujeres y hombres en el campo sanitario. Añade además, en su disposición general octava, ciertas modificaciones a la Ley General de Salud que modifica el texto legislativo para hacer efectivo un tratamiento diferenciado que asegure la igualdad de mujeres y hombres en el ámbito sanitario.

Destaca también la **Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género**; aspecto fundamental en la intersección entre género y salud, como se ha podido ver anteriormente.

Igualmente, por su carácter transversal en relación a todas las políticas públicas, la **Ley 30/2003, de 13 de octubre, sobre medidas para incorporar la valoración del impacto de género en las disposiciones normativas que elabore el Gobierno**.

Por último, cabe destacar la puesta en marcha del **Observatorio de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres**, dependiente del Instituto de la Mujer, en el año 2000.

En relación a la legislación en vigor para la **Comunidad Autónoma de Andalucía**, cabe destacar la **Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía** y la **Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género**. Ambos textos legislativos hacen efectivas en el territorio andaluz las medidas de carácter nacional e internacional expuestas anteriormente.

2.4. Derechos sexuales y reproductivos

Los Derechos Sexuales (DDSS) y los Derechos Reproductivos (DDRR) se enmarcan dentro del conjunto de los Derechos Humanos consensuados en el marco de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas en 1948. Pese a ello, fueron enunciados en primera instancia por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Conferencia de Teherán (1968) y desarrollados ampliamente en la Conferencia Internacional para la Mejora de la Salud de las Mujeres y Niñas de Nairobi (1985), en la que además se incluyeron los aspectos relativos a métodos e insumos para la planificación familiar.

Los DDSS y los DDRR guardan relación con el derecho a la salud y a menudo se expresan como parte fundamental del mismo,

dado que las cuestiones asociadas a la sexualidad y a la reproducción conforman elementos centrales o de relevancia principal en el ciclo de vida de las personas, condicionando así el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, según describe la definición del derecho a la salud.

De forma resumida, pueden definirse los **derechos sexuales** como aquellos que regulan la capacidad de las personas para decidir, libremente y sin discriminación o coacción de ningún tipo los principales aspectos relativos a su sexualidad. Entre ellos, se encuentran la libre disposición a definir la propia identidad sexual y las relaciones sexuales con otras personas.

Los **derechos reproductivos** son aquellos que se basan en el reconocimiento fundamental para todas las personas para decidir, libre y consensuadamente, aspectos como el número de hijos e hijas a tener o el espaciamiento entre sus nacimientos. También a disfrutar de la información y medios suficientes para la reproducción y el derecho a tomar decisiones sobre ella sin sufrir discriminación, coacción, violencia o cualquier otra limitación. Estos derechos son especialmente fundamentales en la adolescencia, una etapa en la que se producen un elevado número de embarazos no deseados, situación a la que se enfrentan a diario muchas mujeres en todo el mundo.

Este reconocimiento a nivel de derechos supone una base formal para superponer los DDSS y los DDRR sobre otras consideraciones de carácter cultural, político o religioso, especialmente en lo relativo a cuestiones asociadas a la salud. Promueve, además, un marco de trabajo por la equidad de género que abarca elementos que hasta hace algunas décadas eran considerados tabú, impuros o que eran omitidos por parte de autoridades políticas y religiosas.

Los DDSS y los DDRR resultan esenciales para asegurar el buen desarrollo de las sociedades, y su salvaguarda en articulación con otros derechos fundamentales contribuye al buen vivir de todas las personas, especialmente de colectivos y grupos vulnerables como las mujeres y la infancia-juventud.

«DERECHOS
ESENCIALES
PARA ASEGURAR
EL BUEN DESARROLLO DE LAS
SOCIEDADES»

3. Derecho a la salud e infancia

3.1. ¿A qué nos referimos con «derecho a la salud e infancia»?

Aunque los Derechos Humanos incluyen a todos los grupos de edad, los niños y niñas son especialmente vulnerables en distintos aspectos, por lo que fue necesario desarrollar una protección especial. Esta protección se materializó mediante el consenso y aprobación de derechos específicos en la **Convención sobre los Derechos del Niño**²⁰ (CDN) en 1989. La CDN establece los derechos dirigidos a garantizar que todos los menores, independientemente de su sexo, raza, religión y origen desarrollen su pleno potencial y no sufran a causa de la necesidad, el abandono o los malos tratos.

El **Comité de los Derechos del Niño** de la ONU, interpreta el derecho de los niños y niñas a la salud, definido en el artículo 24 de la CDN, como aquel «derecho inclusivo que no solo abarca la prevención oportuna y apropiada, la promoción de la salud y los servicios paliativos, de curación y de rehabilitación, sino también el derecho de la infancia a crecer y desarrollarse al máximo de sus posibilidades y vivir en condiciones que le permitan disfrutar del más alto nivel posible de salud, mediante la ejecución de programas centrados en los factores subyacentes que determinan la salud»²¹.

Actualmente, los niños, niñas y adolescentes (NNA) representan casi el 40% de la población mundial. En los primeros meses y años de vida tienen necesidades básicas de supervivencia como son la calidez de la familia y una alimentación adecuada, pero también requieren del juego y la interacción social para desarrollar plenamente sus capacidades. En la adolescencia tienen necesidades similares, pero además se encuentran ante el reto de adoptar comportamientos saludables en su progreso a la edad adulta. Por lo tanto, resulta fundamental crear las condiciones para que, en cada etapa, las personas se desenvuelvan

20 Se respecta la nominación original de la Convención, si bien sería más adecuado hablar de la Convención sobre los Derechos de la Infancia atendiendo así a un lenguaje inclusivo.

21 Observación general N° 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud.

en un entorno seguro y sano, con acceso a recursos materiales y humanos que les permitan crecer y desarrollarse.

Para lograr entornos seguros para los NNA hay que atender a las posibles amenazas, a veces ignoradas, que se plantean a partir de los contextos políticos, sociales y económicos. A menudo, determinadas situaciones en estos ámbitos hacen que los NNA se vean expuestos a situaciones de violencia, trabajos peligrosos, precariedad o delincuencia. Además, ciertos factores como la publicidad y la industria del entretenimiento, con frecuencia fomentan conductas insalubres y de riesgo, que inciden negativamente sobre su desarrollo individual y social.

Aunque todos los niños y niñas nacen iguales en dignidad y derechos, millones de NNA en todo el mundo se ven privados de muchos de esos derechos, en especial el derecho a la salud, debido a su lugar de nacimiento, a su origen familiar, a su etnicidad, a su sexo, o porque viven en la pobreza. Especialmente en los países del Sur empobrecido.

Las inequidades se manifiestan en forma de ciclos de privación que se transmiten de una generación a otra. Los niños y niñas que no tienen la oportunidad de desarrollarse en buen estado de salud y de cultivar las destrezas que necesitarán para desenvolverse como personas adultas, no pueden romper estos ciclos viciosos en sus propias vidas, y las sociedades en que viven quedan también privadas de la contribución plena que estos niños y niñas podrían haber hecho. Si no se abordan, las diferencias aumentarán y los ciclos se multiplicarán. Esto ocurre sobre todo en los países empobrecidos y en los que sufren conflictos violentos, crisis crónicas y otras emergencias humanitarias, que afectan a la infancia de forma desproporcionada, pero sobre todo a las niñas y niños más desfavorecidos y vulnerables. El derecho a la salud de la infancia sufre más desprotección y vulneraciones en aquellos países en que las legislaciones y los recursos locales no son adecuados o suficientes para luchar contra el abandono, el maltrato y la explotación infantil ni garantizan la prioridad de la infancia en la defensa de sus derechos.

Por lo tanto, el derecho a la salud no puede reducirse a aplicar protocolos estandarizados ante circunstancias ya establecidas, sino que debe abrirse a analizar el contexto social, político, económico y cultural y desde ahí observar sus impactos y buscar nuevas respuestas.

3.2. Políticas públicas y normativa sobre salud e infancia

Los derechos humanos de la infancia no recibieron una atención específica hasta bien entrado el siglo XX. Algunas referencias a ellos se pueden encontrar en diversos instrumentos internacionales anteriores, pero será en 1989 cuando la Asamblea General de Naciones Unidas apruebe la **Convención sobre los Derechos del Niño** (CDN). Este tratado internacional organiza los derechos humanos de la infancia en 54 artículos, entre los cuales el 24 se refiere específicamente al derecho a la salud; y proporciona una serie de principios rectores que conforman el concepto actual de protección de la infancia.

Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 24: Toda niña y niño tiene derecho al nivel más alto de salud y al acceso a los servicios médicos. El Estado tiene la obligación de asegurarle las atenciones primarias preventivas, la atención sanitaria para las futuras madres, la reducción de la mortalidad infantil, la educación sanitaria y la abolición de las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de los niños.

Destaca igualmente la **Observación General nº15 del Comité de los Derechos del Niño** (2013) que desarrolla la importancia de estudiar la salud infantil desde una óptica de derechos, en el sentido de que todos los niños y niñas tienen derecho a oportunidades de supervivencia, crecimiento y desarrollo en un contexto de bienestar físico, emocional y social al máximo de sus posibilidades.

La **Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares** (1990) recoge el derecho de estas personas a recibir atención médica urgente -necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables en su salud-, tanto de la persona que trabaja como de toda su familia, en condiciones de igualdad de trato con las personas nacionales del Estado de acogida. Además, esa atención no puede ser negada por motivos de irregularidad en la permanencia o el empleo.

En este contexto, los NNA son doblemente vulnerables por su condición de menores y migrantes, por lo que su protección debería estar especialmente asegurada y reforzada.

Por último, el **Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales** (1966) establece la necesidad de prestar protección y asistencia especiales a los NNA, sin ningún tipo de discriminación. Y en particular señala la importancia de protegerles contra la explotación económica y social, incluso sancionando su empleo en trabajos nocivos o peligrosos para su salud y su desarrollo físico y moral.

3.3. Datos y logros del contexto mundial en salud infantil

La enfermedad y la muerte de las niñas y niños es la más dramática y más difícil de aceptar a causa de la vulnerabilidad y la indefensión inherente a su naturaleza. Y esta situación se convierte en injusticia cuando existen los conocimientos y los instrumentos para remediarlo. La mayoría de los fallecimientos neonatales (en los primeros 28 días de vida) se deben a partos prematuros, asfixias durante el parto o infecciones. Desde el final del periodo neonatal hasta los cinco años, las principales causas de muerte son la neumonía, la diarrea y el paludismo²². Por otra parte, se calcula que la malnutrición²³ contribuye al 45% del total de las muertes (OMS, 2017)²⁴.

Principales causas de muerte infantil desde 0 hasta 5 años:

Neumonía

.....

Es la principal causa de muerte en menores de cinco años. Para prevenirla son imprescindibles la vacunación, la lactancia materna y el combate a los principales factores de riesgo, en particular la malnutrición y la contaminación del aire de interiores. También los antibióticos y el oxígeno son indispensables para tratar la enfermedad.

22 El paludismo o malaria es una enfermedad infecciosa transmitida por la picadura del mosquito Anopheles, y también se puede transmitir de la madre al feto durante el embarazo, o por transfusiones de sangre infectada. Esta enfermedad está actualmente en todos los países de África subsahariana salvo Sudáfrica y en algunos países de Asia y América; en Europa fue erradicada a finales del siglo XX.

23 La malnutrición abarca la desnutrición (emaciación, retraso del crecimiento e insuficiencia ponderal), los desequilibrios de vitaminas o minerales, el sobrepeso, la obesidad, y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación (OMS).

24 Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

Enfermedades diarreicas

Son la segunda mayor causa de muerte de niños y niñas menores de 5 años. En la actualidad se sabe que, además de la deshidratación, otras causas como las infecciones bacterianas septicémicas, son responsables de una proporción cada vez mayor de muertes relacionadas con la diarrea. También en este caso, la lactancia materna ayuda a prevenir la diarrea en los bebés y la administración de sales de rehidratación oral (SRO) y suplementos de zinc son tratamientos sencillos, seguros y económicos que pueden salvar la vida.

Malnutrición

La principal forma de alimentación infantil, la lactancia, es con frecuencia insuficiente o incorrecta en los países empobrecidos, y son pocas las niñas y niños que reciben una alimentación complementaria nutricionalmente adecuada; en muchos países, menos del 25% de los niños y niñas de 6 a 23 meses cumplen los criterios de diversidad de la dieta y frecuencia de las comidas, apropiados para su edad (OMS, 2018)²⁵.

Paludismo

En 2016 murieron unas 445.000 personas esta enfermedad (OMS, 2016)²⁶, de las cuales el 70% son menores de 5 años. (ACNUR, 2017)²⁷. La infección se puede prevenir usando mosquiteras, mediante fumigación periódica, con el tratamiento y mantenimiento adecuado de aguas estancadas y almacenadas y con la puesta en práctica de medidas de higiene y cuidado. Aunque existen estudios encaminados al desarrollo de la vacuna, a fecha de hoy no existe una vacuna 100% eficaz contra el paludismo.

La morbilidad y la mortalidad se incrementan cuando se suceden varias patologías que aumentan a su vez la vulnerabilidad de los niños. Los niños y niñas malnutridos o inmunodeprimidos

25 Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

26 Recuperado de <http://www.who.int/malaria/media/world-malaria-report-2017/es/>

27 Recuperado de <https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/emergencias/malaria-la-1a-causa-de-mortalidad-infantil-en-africa>

son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales, algo muy frecuente en los países del Sur. Las actuaciones destinadas a prevenir tales enfermedades no son complejas, basta procurar el acceso al agua potable, el acceso a buenos sistemas de saneamiento y el lavado de las manos con jabón para reducir significativamente el riesgo de enfermedad.

Una visión general de nuestro mundo pone de manifiesto las altas tasas de mortalidad infantil, las grandes diferencias entre zonas geográficas, entre entornos rural y urbano, y la importancia de las vacunaciones sistemáticas para reducir la morbimortalidad.

En cualquier caso no hay que olvidar que desde 1990 se han hecho progresos considerables en todo el mundo con respecto a la reducción de las muertes en la niñez. La cifra mundial de muertes neonatales se ha reducido de 5,1 millones en 1990 a 2,6 millones en 2017 (un 49%). Y la cifra mundial de muertes de menores de 5 años ha disminuido de 12,6 millones en 1990 a 5,6 millones en 2016 (casi un 56%) (OMS, 2017)²⁸.

3.4. Retos en salud infantil global

Treinta años más tarde de establecerse los derechos de la infancia reflejados en la CDN, millones de niñas y niños siguen sufriendo a causa de la pobreza, el abandono, la violencia, las enfermedades prevenibles, la desigualdad en el acceso a la educación y la indefensión jurídica. Y estas situaciones se producen tanto en los países industrializados como en los países empobrecidos.

Si se mantienen las tendencias actuales, se prevé que la proporción de muertes neonatales entre las de menores de cinco años aumente del 45% en 2015 al 52% en 2030, afectando especialmente a la mayoría de los países de ingresos bajos y medios. Esto va a requerir esfuerzos importantes en muchos de estos países, principalmente de África Subsahariana y de Asia Sudo-oriental (OMS, 2017)²⁹.

La vacunación permite prevenir cada año de 2 a 3 millones de defunciones por difteria, tétanos, tos ferina o sarampión. Se trata de una de las intervenciones sanitarias más eficaces y rentables.

28 Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

29 Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

«LA VACUNACIÓN ES UNA DE LAS INTERVENCIONES SANITARIAS MÁS EFICACES Y RENTABLES»

El gran reto se plantea porque más de la mitad de las muertes de menores de cinco años se debe a enfermedades prevenibles y tratables mediante intervenciones conocidas, de bajo costo y de fácil aplicación, en particular mediante campañas de vacunación. Otra de las claves esenciales para la reducción de estos indicadores es el fortalecimiento efectivo y sostenible de las capacidades nacionales y de sus sistemas de salud pública, dirigidos a garantizar el acceso a la salud de toda la población y con especial interés en los servicios de salud sexual y reproductiva que garanticen servicios de calidad durante el seguimiento del embarazo, el parto y los primeros años de vida de los niños y niñas.

Abordar estos aspectos de manera integral y coordinada, tal y como se menciona en declaraciones como la de Alma Ata o la de Adelaida, instalaría las bases para salvar millones de vidas incipientes en los próximos años.

El ODS3 establece claramente las metas a alcanzar en salud infantil: reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos, en todos los países.

El empeño por alcanzar estas metas de los ODS ha dado lugar a varias iniciativas mundiales, centradas en lograr la cobertura sanitaria universal en la atención maternoinfantil y acabar con las principales causas de la mortalidad infantil.

La OMS conmina a sus Estados Miembros a establecer sus propias metas y desarrollar estrategias específicas para reducir la mortalidad infantil y hacer un seguimiento del progreso hasta 2030. Y les insta específicamente a que preserven la equidad sanitaria a través de la cobertura sanitaria universal, trabajando de forma intersectorial para superar las desigualdades y para minimizar el impacto de los determinantes sociales de la salud.

La infancia como hemos visto es especialmente vulnerable en cuanto a la protección y mantenimiento de su salud y en este sentido, además de las carencias y afecciones citadas, las niñas y niños deben hacer frente a otros factores específicos que vulneran su salud, entre los que cabe destacar la violencia sufrida a manos de terceros, los procesos migratorios y el medio ambiente.

Maltrato infantil

El maltrato infantil suele tener consecuencias a largo plazo sobre la salud, ya que se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano y puede provocar alteraciones en los sistemas nervioso e inmunitario.

Se trata de un problema complejo de alcance mundial difícil de estudiar y valorar. Faltan todavía datos sobre la situación actual en muchos países. En situaciones de conflicto armado y en grupos de personas refugiadas, las niñas son especialmente vulnerables a la violencia, explotación y abusos sexuales por parte de los combatientes, fuerzas de seguridad, miembros de su comunidad, e incluso por trabajadores de la asistencia humanitaria.

Niños y niñas migrantes

Todas las personas migrantes y refugiadas tienen derecho a que se les garantice el acceso a medicamentos, vacunas, tratamientos y asistencia sanitaria. Sin embargo, en el caso de los niños y niñas se presenta una dificultad mayor relacionada con el impacto especialmente fuerte de los miedos y traumas.

Después de pasar por experiencias tan difíciles como atravesar parajes desconocidos por tierra o mar, de noche, con medios precarios y poniendo en peligro su vida, el miedo es una reacción lógica y difícil de superar. Además, a un viaje lleno de peligros y temores, con frecuencia le suceden otras amenazas a la llegada, en forma de racismo, xenofobia y discriminación, cuando no los abusos, explotación o trata. Los traumas provocados por todas estas situaciones afectan de distintas formas a su salud: desde insomnio, tartamudeo, obsesión o ansiedad, hasta dificultades cognitivas y de relación.

En estos casos es necesario contar con servicios especializados en los países de acogida, que ayuden a estos niños y niñas a superar esos traumas para que puedan vivir seguros y desarrollarse de forma equilibrada y sin miedo.

Medioambiente y salud infantil

Recientemente se está poniendo de manifiesto la importante influencia del medio ambiente sobre la salud, especialmente de la infancia, debido a que los órganos y sistema inmunitario de los niños y niñas pequeños se están desarrollando. Según

la OMS, más de una cuarta parte de las defunciones de menores de cinco años son consecuencia de la contaminación ambiental.

Cada año, las condiciones insalubres del entorno, tales como la contaminación del aire en espacios cerrados y en el exterior, la exposición al humo de tabaco ajeno, la insalubridad del agua, la falta de saneamiento y la higiene inadecuada, causan la muerte de 1,7 millones de menores de cinco años, y una gran parte de las enfermedades que se encuentran entre las principales causas de muerte de los niños y niñas de un mes a 5 años —como las enfermedades diarreicas, el paludismo y las neumonías— pueden prevenirse mediante intervenciones que reducen los riesgos ambientales, tales como el acceso al agua potable y el uso de combustibles menos contaminantes para cocinar (OMS, 2017)⁵⁰.

Estos factores son especialmente sensibles en los países empobrecidos, donde la regulación medioambiental es más laxa y faltan recursos para el mantenimiento de las condiciones de salubridad. Así, en los países en desarrollo, los riesgos y la contaminación ambientales contribuyen de manera muy importante a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad infantiles. Estas van con frecuencia asociadas a modalidades insostenibles de desarrollo y a la degradación del medio ambiente urbano o rural.

«DEBE TENERSE EN CUENTA DEBIDAMENTE LA OPINIÓN DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS EN FUNCIÓN DE SU EDAD Y MADUREZ»

3.5. Importancia de la participación infantil

Si bien los derechos específicos de la infancia se recogieron a finales del siglo pasado en la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), no será hasta inicios de nuestro siglo cuando se comience a reconocer también el derecho de los niños, niñas y adolescentes a participar activamente en la toma de decisiones sobre los asuntos que les afectan.

Así, en la Observación General nº4 (2003) del Comité de los Derechos del Niño, se recoge que es fundamental en la realización de los derechos de las niñas y niños a la salud y el desarrollo, el derecho a expresar su opinión libremente y a que se tengan debidamente en cuenta sus opiniones. Por su parte, la Observación General nº15 (2013) señala que debe tenerse en cuenta debidamente la opinión de las niñas y los niños en función de su edad y madurez. En este sentido, se debe proporcionar a la infancia información adecuada y apropiada para que entienda

30 OMS (2017). ¡No contamines mi futuro! El impacto de los factores medioambientales en la salud infantil.

la situación y todos los aspectos pertinentes en relación con sus intereses, y permitirle, cuando sea posible, dar su consentimiento fundamentado.

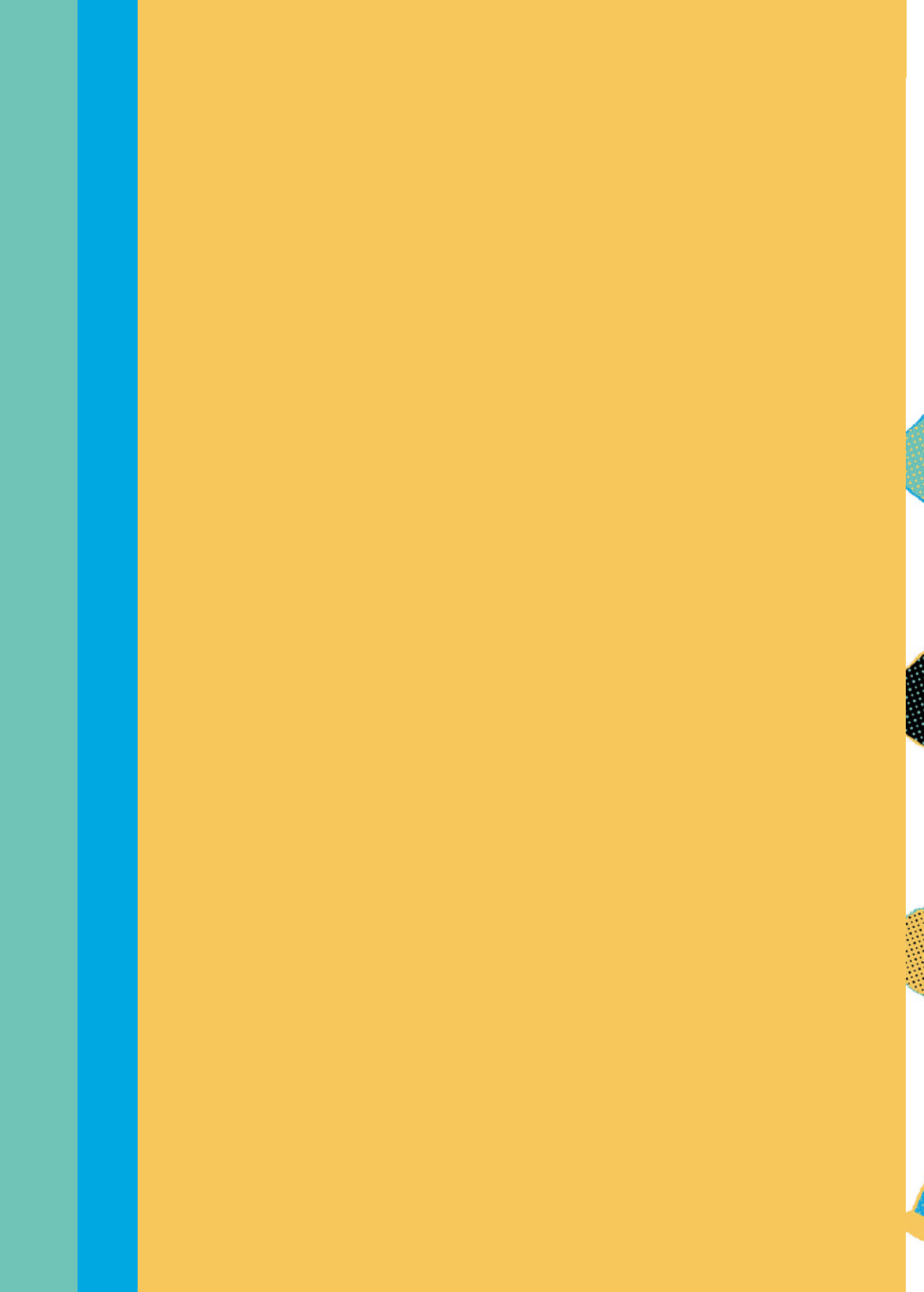
En España, en febrero de 2017, se publicó el informe «Poniendo nota a nuestros derechos», elaborado a iniciativa de las 59 organizaciones que integran la **Plataforma de Infancia**³¹. Se trata de un hito histórico en la participación infantil en nuestro país, ya que es la primera vez que una delegación de niños y niñas españoles presenta un informe ante un Comité de Naciones Unidas.

El 21 de noviembre del mismo año, todos los grupos parlamentarios que integran la Comisión Permanente de Derechos de Infancia y Adolescencia del Congreso de los Diputados registraron, a iniciativa de la Plataforma de Infancia y de UNICEF Comité Español, una Proposición no de Ley sobre Participación infantil y adolescente que establece una comparecencia permanente, con periodicidad al menos anual, con representación exclusiva de niños, niñas y adolescentes en el Congreso de los Diputados, con la Comisión Permanente de Derechos de Infancia y Adolescencia.

En Andalucía, cabe señalar la creación del **Proyecto Dédalo**³², una iniciativa que pretende animar a los profesionales y servicios sanitarios a desarrollar estrategias activas para favorecer la inclusión del enfoque de derechos de la infancia en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, en particular en lo concerniente al derecho de los niños y niñas a recibir asistencia sanitaria en condiciones adaptadas a su edad, y al derecho a ser escuchados e incorporar sus opiniones, experiencias y perspectivas en planes y programas de salud dirigidos a la infancia.

³¹ Esta plataforma integra un grupo de entidades que comparten la filosofía en favor de la defensa, protección y promoción de los derechos de la infancia, teniendo como referente los principios y disposiciones de la Convención sobre los Derechos del Niño. <http://plataformadeinfancia.org/>

³² <https://reddedalo.wordpress.com/>



2. Acceso a medicamentos esenciales

I+D farmacéuticas y sistema de patentes



La falta de acceso a medicamentos esenciales sigue siendo uno de los problemas más graves de la salud pública mundial. Aunque en los últimos 25 años ha progresado considerablemente, no todo el mundo se ha beneficiado en igual medida de la mejora en los servicios de atención sanitaria y de los tratamientos eficaces y de bajo costo de los medicamentos esenciales. Más de la tercera parte de la población mundial carece de acceso regular a estos medicamentos imprescindibles para salvar vidas. Esto trae como consecuencia que más de 15 millones de personas mueren cada año de enfermedades infecciosas para las que existe un tratamiento al que no pueden acceder.

1. ¿Qué son los medicamentos esenciales?

—

Los Medicamentos Esenciales son aquellos que **satisfacen las necesidades sanitarias prioritarias** de la población. Estos deben estar disponibles en todo momento, en las cantidades adecuadas y en las formas farmacéuticas que se requieran en el ámbito de los sistemas de salud, con la calidad e información necesarias, y a un precio asequible para los individuos y la comunidad. La selección de qué compuestos se consideran como medicamentos esenciales viene dada por la pertinencia para la salud pública, la prueba de su eficacia y su seguridad y su eficacia comparativa en relación a su costo.

La denominación como Medicamento Esencial proviene de la idea de que aproximadamente 340 medicamentos son suficientes para tratar efectivamente más del 90% de las enfermedades. Son, por tanto, una herramienta imprescindible para garantizar el derecho a la salud. La disponibilidad de Medicamentos Esenciales contribuye al cumplimiento de los ODS.

La OMS elaboró en 1977 la primera Lista Modelo de Medicamentos Esenciales, que edita periódicamente. Esta lista se adapta en cada país en relación a sus requisitos locales. La selección de qué medicamentos forman parte de la lista atiende a una diversidad de factores¹, entre los que pueden citarse:

1 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67377/WHO_EDM_2002.2_spa.pdf;jsessionid=36C7DA3397F199B9FC6EDBF-6888D8392?sequence=1ç

«MÁS DE LA TERCERA PARTE DE LA POBLACIÓN MUNDIAL CARECE DE ACCESO REGULAR A MEDICAMENTOS IMPRESCINDIBLES»

la eficacia e inocuidad del medicamento en diferentes entornos, las propiedades farmacocinéticas, la disponibilidad de instalaciones para su fabricación y almacenamiento del medicamento en un país concreto, las enfermedades prevalentes o la capacitación y experiencia del personal sanitario.

«MEJOR
SALUD Y BIEN-
ESTAR, MEJOR
PROTECCIÓN
FRENTE A
EMERGENCIAS
Y COBERTURA
SANITARIA
UNIVERSAL»

Garantizar el acceso a los medicamentos esenciales forma parte de las metas de los ODS. En concreto, la meta 3.8 establece la necesidad de lograr la cobertura sanitaria universal y se centra en el acceso a medicamentos y vacunas seguras².

En un informe titulado «La escasez mundial de medicamentos y vacunas y el acceso a ellos» publicado en 2017 la OMS asegura la necesidad de «intensificar los esfuerzos para mejorar el acceso a medicamentos de calidad, como la inclusión de medidas en las políticas y los planes nacionales, a través de actividades regionales y la asignación de recursos»³.

La Organización Mundial de la Salud ha establecido una hoja de ruta⁴ para los años 2019-2023 para favorecer el apoyo integral al acceso a medicamentos y vacunas, contemplado como parte de su 13º Plan General de Trabajo para el mismo periodo de tiempo. La hoja de ruta contempla el carácter multidimensional del acceso a medicamentos esenciales y vacunas, centrándose en una serie de elementos clave entre los que podrían destacarse:

- > Investigación y desarrollo de medicamentos y vacunas que atiendan a las necesidades de la salud pública
- > Políticas sobre precios justos y financiación.
- > Aplicación y gestión de la propiedad intelectual para contribuir a la innovación y promover la salud pública.
- > Gestión de las adquisiciones y la cadena de suministro.
- > Prescripción, dispensación y usos apropiados.
- > Sistemas de reglamentación que garanticen la calidad, seguridad y eficacia y de medicamentos y vacunas.
- > Preparación para emergencias.
- > Buena gobernanza.
- > Recopilación, seguimiento y uso de datos esenciales.
- > Capacidad del personal sanitario con respecto al acceso a medicamentos y vacunas.

2 <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/#tab-3bee2d-0d15e1c8b1c99>

3 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_20-sp.pdf

4 http://www.who.int/medicines/access_use/Roadmap-Spanish.pdf



Asegurar el acceso a medicamentos esenciales y vacunas contribuirá al objetivo de los **mil millones para 2023** que se ha marcado la OMS: mejor salud y bienestar para 1000 millones más de personas; mejor protección frente a emergencias sanitarias para 1000 millones más de personas y Cobertura Sanitaria Universal (CSU) para 1000 millones más de personas.

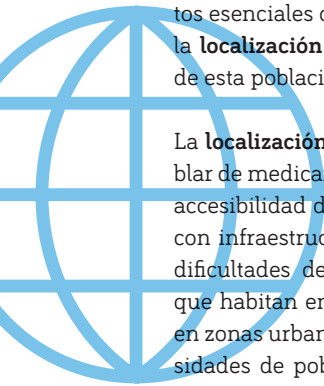
2. Situaciones y variables de acceso a medicamentos esenciales en el mundo

La desigualdad de acceso a los medicamentos tiene un origen multifactorial que no se ubica exclusivamente en políticas del ámbito sanitario. Como ocurre con prácticamente todos los problemas fruto de las desigualdades del mundo globalizado, la falta de Acceso a Medicamentos Esenciales (AME) puede encontrarse en un conglomerado de variables que a menudo se cruzan y que se relacionan con la idea de interseccionalidad comentada en el capítulo anterior.

2.1. Condiciones geográficas

Entre las variables que condicionan el acceso a los medicamentos esenciales de casi un tercio de la población mundial figuran la **localización geográfica y los condicionantes socioculturales** de esta población. Se abordará ahora la primera de ellas.

La **localización geográfica** es un elemento determinante al hablar de medicamentos esenciales cuando se hace referencia a la accesibilidad de la población debido a cuestiones relacionadas con infraestructuras de movilidad y medios de transporte. Las dificultades de acceso afectan principalmente a poblaciones que habitan en el ámbito rural, frente a aquellas que lo hacen en zonas urbanas. La ubicación de comunidades con bajas densidades de población en núcleos dispersos hace que muchas poblaciones aisladas no tengan posibilidad de acceder a los servicios de salud que ofrecen sus países, muy escasos en la mayor parte de las ocasiones. Esto genera una exclusión de los sistemas públicos de salud, que no pueden ser disfrutados por todas las personas que deberían ser atendidas. Las desigualdades tienden a ser menores, según la OMS, en los países en los que el sector privado se ha venido desarrollando, como Benin, Camerún o Senegal.



El sector privado, sin embargo, no asegura el acceso de toda la población al sistema sanitario ni a medicamentos esenciales; sólo una pequeña parte de la población puede beneficiarse de él.

La OMS propuso una serie de medidas para mejorar la disponibilidad equitativa de medicamentos en zonas rurales o de difícil acceso. Entre estas medidas destacan:

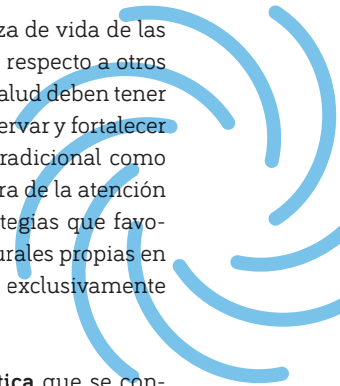
- Distribución: la concesión de licencias e incentivos para mejorar la red de distribución.
- Dispensación: la posibilidad de que los médicos dispensen medicamentos allá donde no existen establecimientos específicos para ello
- Planes: generación de planes farmacéuticos comunitarios

Es necesario mejorar las infraestructuras de aquellas zonas de difícil acceso a través de una mayor colaboración internacional que asegure una mayor facilidad de los desplazamientos de las personas dentro de sus países. Por otro lado, es fundamental llevar a la práctica recomendaciones como las propuestas por la OMS para asegurar que todas las personas, con independencia del lugar en el que se encuentren, accedan a los medicamentos esenciales.

2.2. Condiciones socioculturales

Se aprecian grandes diferencias en la esperanza de vida de las poblaciones indígenas y otras minorías étnicas respecto a otros grupos sociales. Los modelos de atención de la salud deben tener en cuenta el **concepto indígena de salud**, y preservar y fortalecer sus propios sistemas de salud y la medicina tradicional como estrategia para aumentar el acceso y la cobertura de la atención de la salud. Deberían evitarse, por tanto, estrategias que favorezcan la sustitución de las cosmovisiones culturales propias en materia de salud por otras cuya validez reside exclusivamente en su corte eurocentrista.

Por otro lado, los **procesos de crisis sociopolítica** que se concretan en aparición de guerrillas, gobiernos inestables, sociedades militarizadas, grupos terroristas o paramilitares provocan que la población se paralice y tema ser partícipe de cualquier proceso asociativo y de trabajo comunitario. Estos procesos mejoran el acceso a la salud y se alinean con una mejora de la calidad de vida.



El contexto sociocultural, por tanto, condiciona el acceso a la salud y a los medicamentos, incluso influye en la prevalencia de las diferentes enfermedades. Grupos como las poblaciones indígenas y las minorías étnicas suelen presentar peores indicadores de salud que compatriotas pertenecientes a grupos mayoritarios. De hecho, la esperanza de vida puede variar hasta 20 años. Las estadísticas dicen que hay entre 6 y 20 años de diferencia en la esperanza de vida de esas etnias y de la población mayoritaria en países como México, Nepal, Canadá o Australia.

De igual forma, **la mortalidad infantil puede ser hasta 10 veces superior en el caso de pueblos indígenas o minorías étnicas.** Es fundamental considerar el idioma, las diferentes lenguas empleadas por la población pueden dificultar de un modo importante el acceso a la salud.

Es necesario asegurar el acceso a medicamentos esenciales con independencia del grupo étnico de pertenencia e incrementar la acción en este campo en países que se encuentren en situaciones especiales debido a procesos de conflicto y violencia que impactan especialmente sobre la ciudadanía.

2.3. Género

Tras una aproximación en profundidad a las relaciones existentes entre el género y la salud, en este apartado se trata sucintamente cómo la diferencia de géneros implica un acceso desigual a los medicamentos esenciales. Como se ha comentado también, esta situación podría hacerse más compleja en función de otra serie de rasgos identitarios y su intersección en una persona, como la etnia o la clase social.

Es importante reforzar la idea de que hablar de género no es hablar de las mujeres, sino de analizar las normas, creencias derechos, obligaciones y relaciones que sitúan a hombres y mujeres de forma diferente en el conjunto de la sociedad. Todo este conjunto de relaciones se leen en términos de poder y sitúan al conjunto de las mujeres en una posición de desigualdad respecto a los hombres.

El acceso a la salud por parte de las mujeres es inequitativo por factores que son explicados por el género y que influyen de una manera injusta: patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales, tipos de ocupación etc. Se hace preciso destacar el dato de que el 70% de la población que vive

con un dólar o menos al día, son mujeres o niñas. Se habla entonces de una *feminización de la pobreza*, porque de cada diez personas pobres, siete son mujeres.

La subordinación a los hombres de su entorno se concreta en el ejercicio por parte de los mismos de **mecanismos de control y violencia**: son los que decidirán en última instancia si las mujeres acudirán a los centros de salud o no; ejercen violencia física y psicológica sobre ellas y serán las mujeres las que sufran en mayor medida enfermedades de transmisión sexual.

Una mujer que casi fallece durante su último parto puede que necesite usar anticonceptivos por prescripción médica. Sin embargo, puede ocurrir que su sociedad/comunidad, su religión, su marido o incluso su madre o hermana la culpen por tratar de evitar futuros embarazos. Como consecuencia, a pesar de que exista un centro de salud que cuente con recursos humanos y materiales para el asesoramiento en planificación familiar, esta mujer no los utilizará, salvo que se preste atención a las barreras de género que hacen que anteponga prejuicios y tabúes a su salud.

«LA DIFERENCIA DE GÉNEROS IMPLICA UN ACCESO DESIGUAL A LOS MEDICAMENTOS ESENCIALES»

Es imprescindible llevar a cabo un análisis del acceso a medicamentos esenciales desde una perspectiva de género puesto que sólo así podrán **visualizarse desigualdades** tales como que la ausencia de las mujeres en el sistema educativo conlleve que no puedan leer recetas o prospectos; que tengan un rol supeditado a la voluntad de los hombres en algunos contextos, los cuales decidirán en última instancia si toman o no un determinado tratamiento; el poco acceso y control de los recursos monetarios, lo que impide que puedan adquirir sus medicamentos cuando lo requieran o la disponibilidad de tiempo tras encarar largas jornadas de trabajo productivo y reproductivo.

Respecto al acceso a medicamentos esenciales y salud materna, sexual y reproductiva, los datos emitidos por la Coalición para los Insumos de Salud Reproductiva en 2014 ponen de manifiesto que cada dos minutos muere una mujer por complicaciones durante el embarazo o el parto. La cifra total asciende a 287.999 muertes maternas cada año, de las que el 99% ocurren en países de ingresos medios o bajos.

A menudo estas muertes son prevenibles y las enfermedades y complicaciones que las causan son tratables y se dispone de medicamentos que permitirían mitigar una gran parte de estas



mueren. Muchas mujeres mueren cada día porque no tienen un acceso efectivo a medicamentos esenciales para tratar este tipo de dolencias ni han recibido la atención médica de calidad necesaria para tener la oportunidad de superar este tipo de complicaciones de salud.

Las mujeres no están en igualdad de condiciones respecto a los hombres en el acceso a la salud. Las políticas de salud a menudo perpetúan los estereotipos sexistas y no consideran las diferencias socioeconómicas y otras diferencias entre las mujeres, ni tienen en cuenta la falta de autonomía de las mujeres respecto de su salud.

Es necesario partir de un análisis de las desigualdades que se dan en relación a los géneros y diseñar políticas y procesos que aseguren que todas las personas accedan en igualdad de condiciones a los medicamentos esenciales, en todo el mundo.

2.4. El precio del medicamento: sistema de patentes

Pensar sobre el precio del medicamento implica previamente conocer la existencia de la Organización Mundial del Comercio (OMC) y del sistema de patentes fruto de las leyes y acuerdos sobre propiedad intelectual. Este organismo y sistema resultan fundamentales para comprender el acceso a los medicamentos esenciales en términos económicos.

La **Organización Mundial del Comercio** (OMC) es una institución internacional creada en 1995 en la que participan 164 países miembros desde julio de 2016 -última fecha de adhesión⁵-. La OMC rige y se ocupa de las normas que controlan el comercio entre los países a nivel mundial. Por tanto, para cualquier país es, a priori, importante ser miembro de la OMC. Aquellos países no miembros no pueden vender libremente sus productos en el mercado internacional y han de establecer y aceptar las normas específicas de cada país o grupo de países con los que establezca un intercambio. Esto complejiza las transacciones económicas y la circulación de bienes entre diferentes estados.

Pertener a la OMC implica como contrapartida respetar todas sus normas. Es decir, para poder comerciar con cualquier tipo de bien como plátanos o café -productos que son fuentes

⁵ https://www.wto.org/spanish/thewto_s/whatis_s/tif_s/org6_s.htm
Consultada el 07/08/2018

de ingresos importantes para muchos países empobrecidos o en vías de desarrollo-, como contrapartida hay que, por ejemplo, respetar las normas sobre patentes farmacéuticas, para las que estos países no están preparados.

La **propiedad intelectual**, por su parte, es una forma de propiedad que se aplica a elementos intangibles. Es posible que te suene en relación a los derechos de autor o las marcas, pero también rige el sistema de patentes que afecta a los nuevos medicamentos. Entre las normas y acuerdos de obligado cumplimiento regulados por la OMC se encuentra el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC o TRIPS en inglés), que regula los derechos de propiedad intelectual a nivel mundial, entre otros, las patentes de medicamentos.

Una patente es un privilegio concedido por un Estado a una empresa a cambio de revelar un descubrimiento. El privilegio consiste en una exclusiva -un monopolio- de comercialización durante veinte años. El descubrimiento debe cumplir tres requisitos clave:

- > **Novedad:** implica que el descubrimiento sea desconocido hasta la fecha.
- > **Innovación:** debe ser un invento, no algo natural o preexistente.
- > **Aplicabilidad industrial:** criterio que valora que la patente aborde alguna mejora técnica. Las leyes de patentes de todo el mundo obvian el hecho de que algunos elementos patentables se correspondan con conocimientos abstractos o cuya aplicación no se refiere a la industria, como los medicamentos y las mejoras de salud que se aplicarán sobre el cuerpo humano. Algunas legislaciones vigentes, como la estadounidense, equiparan este criterio a que el descubrimiento sea útil para la sociedad.

Las patentes permiten al titular poner un precio superior a un producto que el que podría poner en un mercado competitivo. En el caso de los medicamentos esto supone un incremento que suele ser desmedido y dificulta el acceso a los productos debido al alto coste de su adquisición. El monopolio en la venta de un medicamento implica que su distribución en países empobrecidos se verá marcado por las bajas posibilidades de adquirirlo o la dificultad para hacerlo.

«UNA PATENTE
ES UN PRIVILEGIO
CONCEDIDO
POR UN ESTADO
A UNA EMPRESA
A CAMBIO
DE REVELAR
UN DESCUBRIMIENTO»



La competencia entre empresas productoras influye decisivamente en la reducción de los precios, como se ha demostrado con los tratamientos genéricos contra el VIH-SIDA. El precio se ha reducido de 10.000 dólares al año en el año 2000 a poco más de 100 dólares en la actualidad. La ausencia de patentes permite que los productores compitan por hacerse un lugar en el mercado, para lo cual reducen los precios todo lo que pueden.

Para mejorar el acceso de los medicamentos de las poblaciones más vulnerables, los países deben diseñar y aplicar leyes para **prevenir el abuso de las patentes**. El 14 de noviembre de 2001, bajo la presión de los países en vías de desarrollo y de diferentes ONGD, la OMC adoptó la Declaración de DOHA. En ella se establece que los ADPIC no deben impedir a los estados miembros de la OMC adoptar medidas para proteger la salud pública y promover el acceso a los medicamentos. Para ello pueden usar, en caso de emergencia nacional, las salvaguardas o flexibilidades establecidas en los ADPIC, entre las que destacan las licencias obligatorias y las importaciones paralelas, que permiten a un país, en circunstancias de interés general o deterioro de la salud pública, otorgar una licencia de fabricación o la importación de un medicamento a un precio mucho más económico que el fijado por la patente. La aplicación de estas flexibilidades se ha visto afectada a lo largo de los años por las presiones de la industria farmacéutica.

Es necesario asegurar el acceso a medicamentos esenciales como un factor clave del Derecho a la Salud de todas las personas, articulando estrategias que tengan en cuenta los intereses de inventores, las normas de comercio y la salud pública.

2.5. I+D y enfermedades olvidadas

La contribución de la industria farmacéutica en la investigación, desarrollo e innovación (I+Di) de remedios que contribuyen en la mejora de la calidad de vida de las personas es fundamental en el marco sanitario actual. Ponen al alcance de la ciudadanía nuevas moléculas y medicamentos para el tratamiento de dolencias y enfermedades. Sin embargo, estos procesos están ampliamente orientados en función de los beneficios económicos que vayan a reportar a las empresas encargadas de liderarlos. Es decir, si el desarrollo de un medicamento puede traer pocos beneficios económicos, las farmacéuticas no invertirán dinero y esfuerzos en la investigación y desarrollo de este tipo de fármacos, dado que será complicado que puedan llegar a recuperarlos.

Sin embargo, la revista *Prescrire* publicó en el año 2016 un artículo en el que evaluaba y clasificaba el aporte terapéutico de los nuevos fármacos e indicaciones comercializados en 2015. En relación a la muestra total de 220 medicamentos analizados, estos son algunos datos relevantes:

- Ninguno tuvo una valoración especialmente positiva.
- Únicamente 3 fármacos han supuesto un avance real en I+D+i farmacéutica.
- 15 fármacos son posiblemente útiles, representando un pequeño avance para pacientes seleccionados.
- 45 fármacos no aportan nada nuevo.
- 15 medicamentos no son aceptables debido a su peligrosidad: aportan más daño que beneficio debido a que existe incertidumbre sobre su seguridad y no han demostrado su eficacia o esta es limitada.
- Respecto a 6 fármacos tienen un criterio reservado por haber recibido una mínima evaluación y autorización prematura.

Se recogen algunas de las causas que han conducido a autorizar medicamentos con evaluaciones mínimas o autorizaciones prematuras:

- Realización de ensayos sesgados.
- Falta de ensayos frente a tratamiento estándar, cuando este último está bien establecido.
- Evaluación limitada de efectos adversos, como en el caso de la autorización de antivirales para la hepatitis C crónica.

Los autores señalan que además de las incertidumbres que acompañan a cualquier molécula nueva o nueva indicación, hay que considerar el elevado precio al que son financiados los nuevos productos y que **ponen en peligro la sostenibilidad** de todos los sistemas sanitarios públicos. Algunos ejemplos son los desmesurados precios de fármacos anti-hepatitis C o los fármacos desarrollados para el tratamiento de enfermedades raras.

En este momento se hace necesario hablar sobre enfermedades raras y enfermedades olvidadas.

Las **enfermedades raras** son dolencias que afectan a un número muy limitado de personas en todo el mundo. Para que una enfermedad se considere rara deben sufrirla menos de cinco personas por cada 10.000 habitantes. Sin embargo, las patologías

poco frecuentes afectan a un gran número de personas, ya que -según la OMS- existen cerca de 7.000 enfermedades raras que afectan al 7% de la población mundial. En España se estima que más de tres millones de personas sufren una enfermedad poco frecuente. Esta tasa de prevalencia hace que los laboratorios consideren poco beneficioso invertir en I+D+i para el desarrollo de fármacos que las combatan. Los medicamentos que sirven para tratarlas se llaman **medicamentos huérfanos**, ya que carecen prácticamente de población susceptible de necesitarlos y consumirlos⁶.

Por otro lado, las **enfermedades olvidadas**, aunque podrían llamarse también denominadas ignoradas -**desatendidas** según la OMS- son enfermedades que afectan a amplios sectores de población -en muchos casos con consecuencias fatales- que tampoco constituyen un objeto interesante para la activación de la maquinaria I+D+i de la industria farmacéutica. Diariamente mueren 8000 personas en el mundo debido a las enfermedades olvidadas.

Las enfermedades olvidadas afectan especialmente a las poblaciones que se encuentran en el denominado Sur -sobre todo en países de clima tropical-, es decir, en países empobrecidos cuyas poblaciones no tendrán el poder adquisitivo necesario para hacer frente al pago de estos medicamentos. Es esta tipología de enfermedades la que precisa de mayor investigación, desarrollo e innovación. Sin embargo, son las enfermedades de los países del Norte las que más financiación reciben para iniciar estos procesos.

No existe uniformidad sobre la lista de las enfermedades olvidadas existentes en el mundo. Según la OMS⁷, dentro de las enfermedades catalogadas como desatendidas se encuentran las siguientes:

- > **Dengue:** infección vírica transmitida por mosquitos que causa síntomas gripales y en ocasiones evoluciona hasta el dengue grave, con complicaciones que pueden ocasionar la muerte.
- > **Rabia:** enfermedad vírica infecciosa que se transmite al ser humano a través de la mordedura de perros infectados. Una vez que aparecen los síntomas, es casi siempre mortal.

6 Puedes acceder a más información en: www.enfermedades-raras.org
7 http://www.who.int/topics/tropical_diseases/qa/faq/es/index6.html#9

«LOS PROCESOS DE INVESTIGACIÓN ESTÁN ORIENTADOS EN FUNCIÓN DE LOS BENEFICIOS ECONÓMICOS QUE REPORTAN»

> **Tracoma:** infección cutánea debilitante producida por una bacteria que provoca una grave destrucción de la piel, los huesos y los tejidos blandos. Es la principal enfermedad infecciosa causante de ceguera a nivel mundial

> **Úlcera de Buruli:** es una infección crónica y debilitante producida por *Mycobacterium ulcerans* —de la misma familia que las bacterias de la tuberculosis y la lepra— que afecta principalmente a la piel, y a veces al hueso. Su manifestación varía mucho, desde una sola lesión pequeña hasta grandes úlceras diseminadas por el cuerpo.

> **Pian:** enfermedad bacteriana crónica que afecta principalmente a la piel y los huesos. La enfermedad afecta a la piel, los huesos y los cartílagos. El ser humano parece ser el único reservorio, y la transmisión se hace de persona a persona.

> **Lepra:** enfermedad infecciosa que afecta principalmente a la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias superiores y los ojos. Es una enfermedad curable y si se trata en las primeras fases, se puede evitar la discapacidad.

> **Enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana):** infección que se transmite a través del contacto con los insectos vectores (chinches), la ingestión de alimentos contaminados, la transfusión de sangre infectada, la transmisión congénita, el trasplante de órganos o los accidentes de laboratorio. Hasta un 30% de los enfermos crónicos presentan alteraciones cardíacas y hasta un 10% padecen alteraciones digestivas, neurológicas o combinadas.

> **Tripanosomiasis africana humana (enfermedad del sueño):** parasitosis que se transmite por la picadura de la mosca tset-sé (que se encuentra únicamente en zonas rurales del África subsahariana), infectada por otras personas o animales que albergan parásitos patógenos humanos. Si no se diagnostica y se trata lo antes posible, es mortal en casi todos los casos.

> **Leishmaniasis:** enfermedad transmitida por la picadura de hembras de flebótomos infectadas. Hay tres tipos: la visceral (también conocida como kala azar), que en más del 95% de los casos es mortal si no se trata; la cutánea, que es la forma más frecuente de leishmaniasis, y produce en las zonas expuestas del cuerpo lesiones cutáneas, sobre todo ulcerosas, que dejan cicatrices de por vida y son causa de discapacidad grave; y la mucocutánea, que conduce a la destrucción parcial o completa de las membranas mucosas de la nariz, la boca y la garganta.

> **Teniasis y neurocisticercosis:** es una infección intestinal provocada por la tenia adulta. La cisticercosis se produce cuando el ser humano ingiere huevos de tenia que se

transforman en larvas en los tejidos. Afecta principalmente a la salud y el sustento de las comunidades rurales de los países en desarrollo de África, Asia y América Latina.

> **Dracunculosis (enfermedad del gusano de Guinea):** enfermedad provocada por nematodos, que se contrae al beber agua contaminada con pulgas de agua infectadas por el parásito.

> **Equinococosis:** infección provocada por larvas de tenia que forman quistes patógenos en el ser humano. El ser humano se infecta por la ingestión de huevos de parásitos presentes en alimentos, agua o suelo contaminados, o por contacto directo con animales huéspedes.

> **Trematodiasis de transmisión alimentaria:** son enfermedades causadas por gusanos trematodos (también conocidos como duelas). Los seres humanos se infectan por el consumo de peces, crustáceos o verduras crudos o poco cocidos que albergan las larvas diminutas del parásito. Las parasitosis zoonóticas se acompañan siempre de una morbilidad grave debido a la infección producida.

> **Filariasis linfática (elefantiasis):** infección parasitaria transmitida por mosquitos que ocasiona un agrandamiento anormal de las extremidades y los genitales. Está causada por gusanos adultos que se alojan y reproducen en el sistema linfático.

> **Micetoma:** es una enfermedad inflamatoria crónica y progresivamente destructiva que afecta a la piel, el tejido subcutáneo, el músculo y el hueso, sobre todo del pie. Se adquiere probablemente por inoculación traumática de determinados hongos o bacterias en el tejido subcutáneo.

> **Oncocercosis (ceguera de los ríos):** es una enfermedad parasitaria de la piel y los ojos que se transmite por la picadura de moscas negras infectadas que se crían en ríos rápidos y arroyos, cerca de aldeas remotas situadas cerca de tierras fértiles donde la población depende de la agricultura.

> **Esquistosomiasis:** es una enfermedad parasitaria aguda y crónica causada por duelas sanguíneas (trematodos). La infección se transmite al ser humano cuando las larvas del parásito, liberadas por caracoles de agua dulce, penetran en la piel durante el contacto con aguas infestadas.

> **Helmintiasis transmitidas por el suelo:** son una de las parasitosis más comunes en todo el mundo y afectan a las comunidades más pobres y desfavorecidas. Son transmitidas por los huevecillos de los parásitos eliminados con las heces fecales de las personas infestadas, los que a su vez contaminan el suelo en zonas donde el saneamiento es deficiente.

«DIARIAMENTE
MUEREN 8000
PERSONAS EN
EL MUNDO
DEBIDO A LAS
ENFERMEDADES
OLVIDADAS»

Organizaciones como Médicos Sin Fronteras (MSF) incluyen, además, como enfermedades olvidadas a la fiebre chikungunya, una enfermedad vírica que se propaga por la picadura de mosquitos infectados y que produce frecuentemente dolores articulares graves, a menudo incapacitantes. Otras organizaciones también hacen referencia a la malaria o la tuberculosis entre las enfermedades olvidadas.

Para todas ellas el tratamiento es caro, ineficaz o, simplemente, inexistente. Incluso el diagnóstico de esas enfermedades en muchos casos es inexistente.

Estas enfermedades afectan de manera crónica o mortal a una parte importante de la población activa de los países empobrecidos, lo cual genera una serie de consecuencias económicas y sociales que condenan a estos países y sus sociedades a la pobreza y bajos Índices de Desarrollo Humano (IDH).

«Pese a la urgencia de tratamiento que requieren estas situaciones, la industria farmacéutica y los estados más enriquecidos no han adoptado soluciones eficaces para abordar este grave problemática de salud global.

Ha llegado el momento de que los Estados comprometidos en alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible apuesten por la investigación, desarrollo e innovación de medicamentos que combatan las enfermedades olvidadas, lo que contribuiría, como se ha visto previamente, de forma importante en reducir las consecuencias de estas enfermedades y a *garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas en todas las edades* -ODS 3-. Para ello es necesario analizar y priorizar el papel de la industria farmacéutica en general y para con estas enfermedades en particular, la financiación pública en este campo y establecer pautas para que las cuentas sean rentables en términos económicos -puesto que desde el punto de vista de la justicia social lo son sobradamente-.

Buena parte de la inversión de la industria farmacéutica se destina a publicidad y marketing -incluso por encima de los fondos dedicados a I+D+i- para generar el consumo de productos farmacéuticos que no solucionan problemas de salud que afectan a millones de personas en todo el mundo, sino a otros como la alopecia, el envejecimiento de la piel o la disfunción eréctil.

«EL
TRATAMIENTO
ES CARO,
INEFICAZ
O INEXISTENTE»



La inversión en el desarrollo y la distribución de medicamentos eficaces para las enfermedades olvidadas y/o desatendidas tendría repercusiones que van más allá de la mejora de la salud individual de las personas que las padecen, puesto que se producirá una mejora de las economías de los países empobrecidos.

Es necesario apostar por el desarrollo de procesos de innovación e investigación que tengan como objetivo el diseño de nuevos medicamentos destinados al tratamiento de estas enfermedades. Es momento de comprometerse a escala global y pasar de los intereses meramente económicos a otros basados en la justicia social y la materialización de los Derechos Humanos, específicamente del derecho a la salud.

2.6. Calidad y seguridad de los medicamentos

La sociedad tiene claro que el concepto de calidad es fundamental para la mayoría de los artículos que compra, sean alimentos, televisores o automóviles; pero no siempre percibe que también existen diferencias de calidad y seguridad en los medicamentos. ¿Qué se entiende por calidad del medicamento? ¿Cómo lograrla y asegurarla?

Es universalmente admitido que el concepto de calidad de un medicamento se basa en dos características básicas: **eficacia y seguridad**. La eficacia se define como la capacidad de un medicamento para obtener la acción terapéutica buscada en tiempo y forma. Por otro lado, un medicamento es seguro si los riesgos que tiene para el paciente resultan aceptables en términos de un análisis de riesgo-beneficio. En general se concibe que un medicamento es de buena calidad cuando satisface una cierta necesidad médica de forma adecuada. Para garantizar la calidad de un medicamento no es suficiente con mantener un buen control de la identidad, valoración y pureza -principio activo, concentración-, además hay que tener en cuenta otros factores que pueden afectar a su bioequivalencia, las buenas prácticas en su elaboración, la calidad de los excipientes y la estabilidad.

En el libro «Seguridad y medicamentos», Carlos Vallvé (1987) explica el origen de la actual obsesión de la industria farmacéutica innovadora por la seguridad de los medicamentos, a raíz del caso de la Talidomida en Alemania a principios de los años 60. Su uso para el tratamiento de los vómitos en el embarazo produjo graves malformaciones en las hijas e hijos de las mujeres tratadas. La consternación mundial por la catástrofe incentivó una ola de investigaciones y estudios tendentes a mejorar y multiplicar las pruebas de seguridad de los medicamentos.

La calidad de un medicamento se ha medido habitualmente en función de tres variables: **identidad, valoración y pureza**. De esta manera, si un medicamento contiene realmente la sustancia activa correspondiente, con la concentración y pureza debidas, se ha considerado que el medicamento era de buena calidad. Sin embargo, se pasaban por alto ciertos factores que pueden afectar a la bioequivalencia de los medicamentos. Así, la investigación farmacológica establece que dos medicamentos pueden tener la misma sustancia activa, con la misma valoración y pureza y no ser igualmente efectivos y seguros. Es decir, no ser de la misma calidad.

Un enfoque más global para medir la calidad de los medicamentos pasa actualmente por:

- > **Buenas prácticas en su elaboración:** para que un medicamento pueda considerarse de buena calidad debe estar elaborado con procedimientos técnicos adecuados que cumplan en forma estricta las normas internacionales de fabricación.
- > **Calidad de los aditivos:** supone una condición elemental, ya que muchas veces es la causa de los problemas de bioequivalencia.
- > **Estabilidad:** es decir, que conserve sus propiedades químicas y terapéuticas a lo largo de todo el período que está en uso, tanto en farmacias como en centros sanitarios. En este sentido, conviene destacar que deficiencias en los sistemas de conservación -posibles rupturas de la cadena de frío- o en el tipo de envase utilizado -calidad del PVC- pueden ocasionar problemas en la estabilidad de un medicamento.

Resulta interesante que con frecuencia se opina sobre el precio mayor o menor de los medicamentos, pero raramente se escuchan exigencias en favor de una mayor calidad de los mismos. Sin embargo, no todos los medicamentos que se suministran en el mundo satisfacen los estándares habituales de calidad. La falta de sistemas fiables dirigidos a asegurar la calidad de los medicamentos en muchos países en desarrollo a menudo contribuye a la propagación de las enfermedades, especialmente aquellas que han desarrollado resistencia a los medicamentos tradicionales de primera línea.

Cuando se habla de medicamentos de baja calidad es inevitable hacer alusión a:

> **Medicamentos sub-estándar**⁸: con estándares de calidad inferiores, que en ocasiones han sido producidos para ser exportados a zonas de pocos recursos ante la deficiencia de leyes y vigilancia. Los problemas incluyen una concentración de principios activos tanto baja como alta, contaminación, poca estabilidad, empaquetamiento inadecuado y una mala calidad de los principios activos.

La circulación en países en vías de desarrollo de medicamentos que están por debajo del estándar es una preocupación seria, tanto clínica como de salud pública. Los problemas incluyen una concentración de principios activos alta o baja, contaminación, mala calidad de los principios activos, poca estabilidad y también un empaquetamiento inadecuado. Las causas son múltiples, pero hay que tener en cuenta que los medicamentos fabricados para exportación no están regulados con los mismos estándares de calidad que aquellos cuyo destino está en el consumo interno. Entre las medidas establecidas para encarar el problema, la más notable de ellas es el programa de pre-calificación de la OMS.

Es necesaria una mayor acción para promover que los gobiernos de países desarrollados no toleren que se exporten productos farmacéuticos de baja calidad a los países menos favorecidos, mientras que los gobiernos de países empobrecidos deberían mejorar su habilidad para detectar medicamentos cuya calidad no es apta para que sean consumidos por la población.

> **Medicamentos falsificados**⁹: Según la OMS, son aquellos que incluyen información falsa acerca de su identidad u origen. Estos fármacos pueden caracterizarse por el uso inadecuado del ingrediente activo correspondiente, la utilización de un ingrediente activo más barato, la omisión de la sustancia activa o la inclusión de sustancias tóxicas. La disponibilidad de medicamentos falsificados ya ha alcanzado proporciones preocupantes en muchos países de bajos ingresos. Sus consecuencias negativas para la prevención y el tratamiento de las enfermedades incluyen resultados deficientes de los

«LOS FALSIFICADOS HAN ALCANZADO PROPORCIONES PREOCUPANTES EN MUCHOS PAÍSES»

tratamientos o su fracaso, la pérdida de confianza en los cuidados de salud, la resistencia de los antibióticos y el envenenamiento por ingredientes dañinos.

Estos medicamentos son muy baratos de fabricar y se utilizan, sobre todo, para tratar enfermedades como la tuberculosis, la malaria y el SIDA. Entre los fármacos falsos destacan aquellos que no tienen el principio activo requerido y no suponen un perjuicio para la salud; los que contienen las sustancias requeridas para elaborar la medicina pero en una dosis insuficiente y los que debido a su mala calidad o a que contienen compuestos inadecuados pueden suponer un riesgo para la salud.

Es necesaria la creación de mecanismos de control y vigilancia que eviten la circulación de medicamentos caducados. De la misma forma es importante velar por el precio de los medicamentos, para evitar que aquella población que no pueda asumir su coste opte por la compra de medicamentos a través de redes que no aseguran que la calidad de los mismos sea óptima.

➤ **Medicamentos caducados**, es decir, aquellos que han sobrepasado su fecha límite de caducidad, el momento hasta el cual el producto aún se ajusta a sus especificaciones siempre y cuando se haya almacenado correctamente. Cuando esta fecha se rebasa pueden producirse alteraciones en las propiedades de los mismos con distintas consecuencias potenciales:

Químicas: cada ingrediente activo puede variar su integridad química y la potencia declarada.

Físicas: pueden alterarse algunas propiedades físicas originales como la apariencia, uniformidad, disolución, color, etc. lo que provoca cambios en la apariencia del fármaco.

Microbiológicas: puede afectarse la esterilidad o la resistencia al crecimiento bacteriano.

Terapéuticas: pueden modificarse los efectos terapéuticos, llegando el fármaco a no hacer ningún tipo de efecto.


Toxicológicas: pueden ocurrir cambios en la toxicidad por formación de productos tóxicos, llegando a provocar envenenamiento.

Existen muchas dudas en cuanto a las consecuencias que producen en la salud humana los fármacos caducados.



Es necesario facilitar y fortalecer los sistemas de calidad de los medicamentos para mejorar la salud pública. Se deben alentar los esfuerzos de colaboración entre los países más y menos desarrollados para alcanzar este objetivo, proporcionando asistencia técnica y el desarrollo de programas de formación adecuados en base a métodos simples, rápidos y de bajo costo para la detección de componentes y el control eficiente de la calidad en toda la cadena de suministro.

2.7. Uso racional



Implica que las pacientes reciben medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ello y para la comunidad (OMS, 1985). Es decir, que los medicamentos se usan de manera segura, eficaz y económica. Esto que parece una obviedad no es lo que ocurre en la mayoría de las ocasiones: más del 50% de medicamentos se recetan, dispensan o venden de forma inadecuada y el 50% de las personas que los toman lo hacen de forma incorrecta.

El uso irracional de medicamentos puede dar lugar a reacciones adversas evitables, malgasto de recursos en lugares donde ya son escasos o hasta perder la utilidad terapéutica por no ajustarse a las pautas prescritas.

El desarrollo de **guías de tratamiento clínico, las listas de medicamentos esenciales, los programas educativos** y otros mecanismos sirven para promover y apoyar el uso racional por parte del personal sanitario.

Las **guías de tratamiento clínico** ayudan en la selección de medicamentos para una determinada patología y se basan en el conocimiento científico y clínico consensuado por un equipo especialista de sanitarios. Reducen el número de medicamentos posibles a un número de opciones ajustadas al contexto y posibilidades de cada zona o región, siempre teniendo en cuenta la eficacia, seguridad y coste de los medicamentos seleccionados.

Mediante los **programas educativos** se apoya la labor del personal sanitario y a la vez se fomenta la participación de las comunidades ampliando conocimientos y contribuyendo a la mejora de la buena salud comunitaria.

Es importante establecer **sistemas efectivos de información del medicamento**, incluyendo la medicina tradicional, que sea accesibles para el público en general y que faciliten la transmisión de conocimientos y promuevan el uso racional de los medicamentos.

Es necesario asegurar que los medicamentos aporten el máximo beneficio a quién los usa, reforzando las distintas vertientes del uso racional, social, sanitario y económico de los mismos y disminuyendo el riesgo de efectos adversos y el gasto sanitario si son usados correctamente.

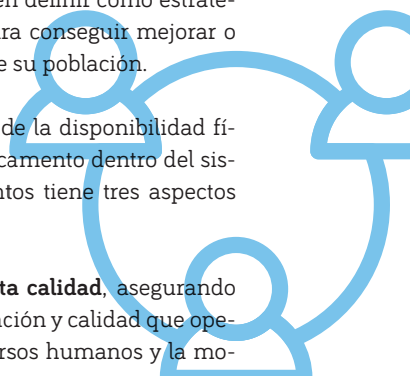
2.8. Políticas públicas de medicamentos

Las políticas de medicamentos se pueden definir como estrategias que los gobiernos llevan a cabo para conseguir mejorar o avanzar en el acceso a medicamentos de su población.

El acceso a medicamentos va más allá de la disponibilidad física, se refiere a la integración del medicamento dentro del sistema de salud. El acceso a medicamentos tiene tres aspectos clave:

- Que sean **seguros, eficaces y de alta calidad**, asegurando esto a través de mecanismos de regulación y calidad que operen sobre los medicamentos, los recursos humanos y la monitorización y evaluación de los fármacos.
- Que se haga un **uso racional** de los mismos por parte del personal sanitario y la población, hecho que dependerá de cada uno de los agentes que *tocan* los medicamentos a lo largo de la vida del mismo: desde su fabricación y venta hasta conseguir que el paciente haga un uso adecuado del mismo.
- Que los medicamentos esenciales sea **accesibles**, que la población pueda y tenga oportunidad de usarlos, estén donde estén.

En 1988 la Organización Mundial de la Salud elaboró una guía que abordaba cómo crear e implementar una política nacional sobre medicamentos. Esta política fue creada para asistir a los países miembros en la selección y compra de medicamentos esenciales de buena calidad y para contribuir a la educación y apoyo en diferentes aspectos de los programas farmacéuticos.

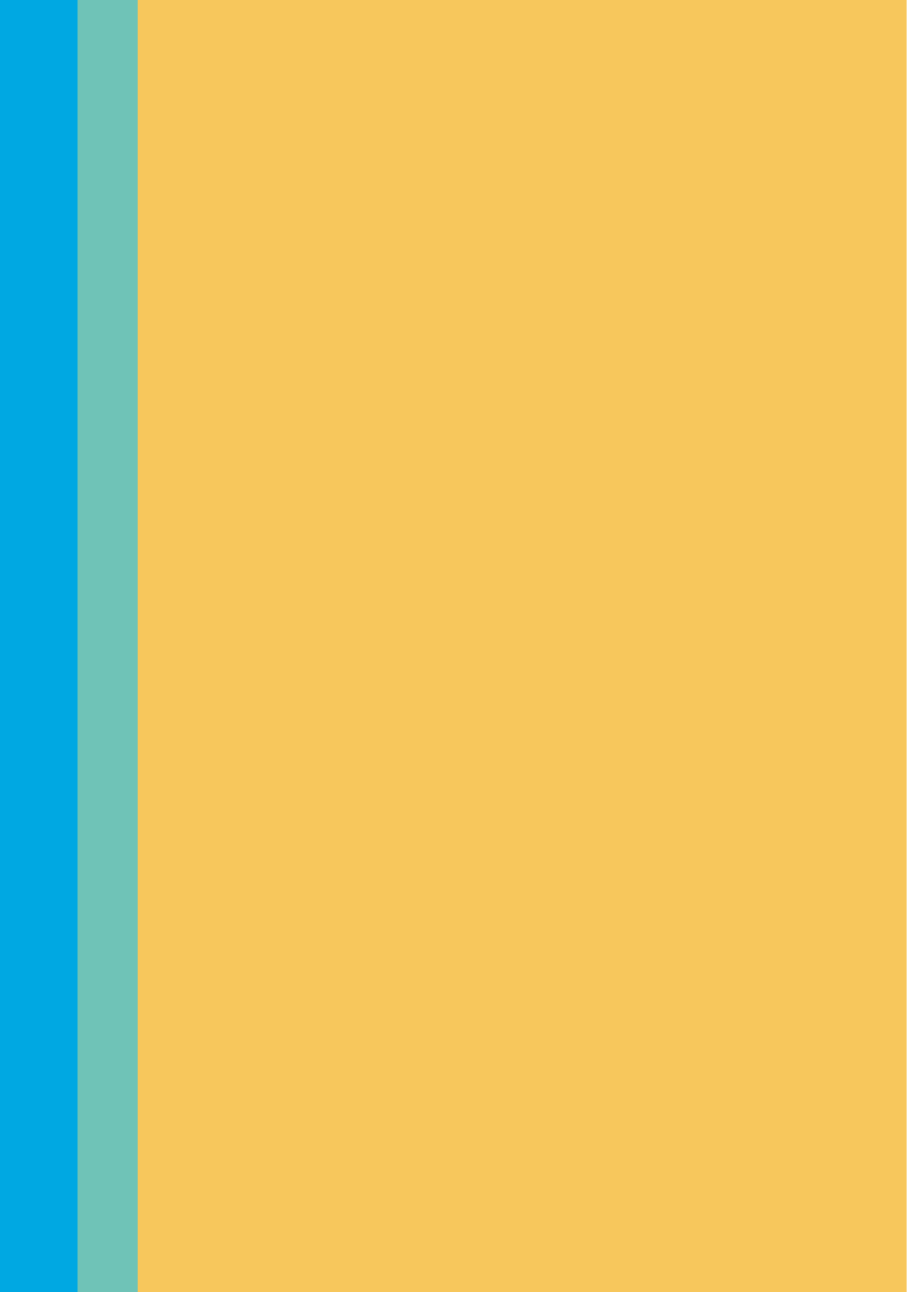


Es necesario que todos los países inviertan los fondos necesarios para la financiación de los Sistemas Públicos de Salud. Se observa entonces una brecha: los países desarrollados destinan una proporción mucho mayor de su PIB a este fin, por ello es importante que apoyen a los países en desarrollo mediante la financiación de los Sistemas Públicos de Salud.

Paralelamente sería conveniente plantear un sistema sanitario que llegue a todos los pueblos, incluidos los más aislados y que integre las cosmovisiones de salud propias de cada comunidad evitando prácticas sanitarias colonizadoras.

El Acceso a Medicamentos Esenciales es un problema complejo que queda marcado por otra serie de factores, como la edad -no existen formulaciones pediátricas de muchos fármacos-, el nivel educativo, la existencia de conflictos armados, las catástrofes naturales o crisis humanitarias. Asegurarlo conllevaría una mejora significativa de los indicadores de salud a nivel global.

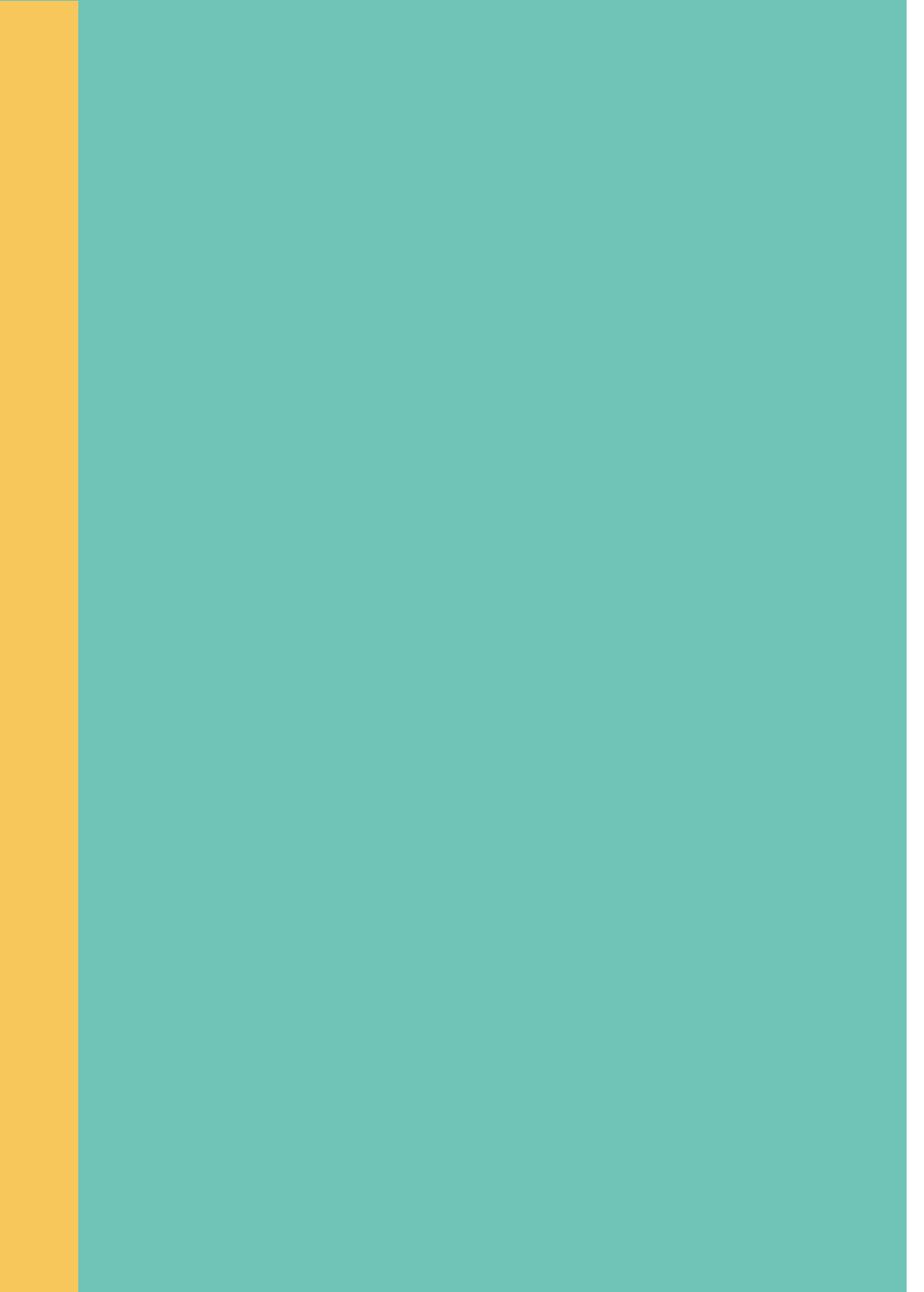
«EL ACCESO A
MEDICAMENTOS
SE REFIERE A LA
INTEGRACIÓN
DE ÉSTOS
DENTRO DEL
SISTEMA
DE SALUD»



3. Mecanismos de acción glocal

Alianzas entre los países del Sur y del Norte





1. Cooperación internacional para el desarrollo en materia de salud

El término Cooperación Internacional es muy amplio y ambiguo en cierto sentido, dada la creciente complejidad de las relaciones internacionales y la situación de un contexto cambiante e imprevisible en muchos aspectos. En este concepto se incluyen desde el apoyo entre países para mejorar la economía y los sectores sociales -salud, educación, agricultura, entre otros- hasta la promoción comercial, las alianzas geoestratégicas o la lucha antiterrorista. Sin embargo, a menudo se entiende que el término se refiere a la Cooperación para el Desarrollo, centrada en apoyar mejoras sociales y económicas, así como la defensa de los Derechos Humanos en entornos, regiones y comunidades con alta vulnerabilidad por diversas razones y situaciones de pobreza.

En este sentido, hay que tener en cuenta que en el siglo XX se pasó de un modelo de desarrollo redistributivo a una nueva fase de desarrollo concentrador y acumulador de riqueza vinculada directamente con el crecimiento económico, que ha comportado una creciente inequidad y exclusión a nivel global. Además, también se ha de tener en cuenta que el concepto de desarrollo es complejo, difícil de definir y sobre todo suele estar cargado de ideología dependiendo del contexto en el que se trate.

No obstante, en la actualidad existe un consenso sobre lo que debe ser la Cooperación Internacional para el Desarrollo: un sector dirigido a poner en valor la solidaridad, la justicia social y la defensa de los derechos, cuestionando el orden establecido y los sistemas de valores que lo legitiman, con el fin de alcanzar el desarrollo, el cumplimiento de los Derechos Humanos y la equidad en todos los países.

Para lograr estos objetivos se ponen en juego muchas aportaciones en diversos campos del conocimiento, se intercambian recursos de diversa índole, experiencias por parte de los distintos agentes que participan, y diferentes estrategias y dinámicas de trabajo. A pesar de la complejidad del fenómeno, a menudo se recurre a indicadores cuantitativos para medir el estado de la cuestión y la situación del sector; uno de los indicadores más socorridos y considerados más representativos es la cantidad

«APOYAR MEJORAS SOCIALES Y ECONÓMICAS, Y LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS EN COMUNIDADES VULNERABLES»

de presupuesto destinado a ello, la llamada **AOD (Ayuda Oficial al Desarrollo)**. Esta cifra contabiliza todos los desembolsos netos de créditos y donaciones aportados por países donantes destinados a contribuir al desarrollo de los países considerados receptores de ayuda por el Comité de Ayuda al Desarrollo¹.

Los flujos de la AOD pueden realizarse por diversos cauces. Así, encontramos aportaciones de los países donantes al presupuesto de organismos internacionales para que estos desarrollen proyectos o intervenciones de mayores dimensiones -ayuda multilateral-; y aportaciones que los países donantes hacen directamente a los países receptores -ayuda bilateral-, bien directamente o apoyándose en otros agentes como ONGD, empresas, sindicatos o universidades mediante donaciones o subvenciones públicas².

1 El Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) es el principal órgano de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) para las cuestiones de la cooperación al desarrollo. La OCDE es una organización internacional que agrupa a los países económicamente más fuertes del mundo -actualmente lo componen 29-, y que fue fundada en 1961 para conseguir el crecimiento económico estable de sus miembros, así como su bienestar económico y social. Además, pretendía estimular y coordinar los esfuerzos de los países miembros a favor de los países en desarrollo. Dentro de la OCDE, al CAD le corresponde conseguir que esos esfuerzos internacionales sean coordinados, integrados, eficaces y adecuadamente financiados. Se supone que los miembros del CAD tienen algunos objetivos comunes en sus programas de ayuda. (Definición del Diccionario de Cooperación al Desarrollo y Acción Humanitaria de HEGO A)

2 La AOD puede ser ligada o desligada: la primera se compone de préstamos o donaciones que deben utilizarse para la adquisición de productos o servicios del país donante, o que están ligados a modalidades de compra que implican una limitación con los países abastecedores posibles. La desligada no está sujeta a ningún tipo de condicionalidad.

La AOD tiene carácter concesional, esto es, la ayuda se concede como donación o en especie (transferencia de bienes, equipos, materiales o suministros) o bien como préstamo, que debe concederse a un tipo de interés siempre por debajo del mercado y con una parte de donación de al menos el 25%. Teniendo en cuenta el grado de concesionalidad, la ayuda puede ser reembolsable (los préstamos) o no reembolsable (las donaciones).

Fuente: elaborado a partir de información del Centro de Cooperación al Desarrollo, Universitat Politècnica de València, y del Diccionario online de Cooperación al Desarrollo y Acción Humanitaria de HEGO A (UPV).

La variedad de fórmulas y la multiplicidad de actores que coexisten en el ámbito de la cooperación hacen de este un sistema complejo y con un largo camino por recorrer en el logro de la eficacia y la eficiencia deseables. Además es frecuente que en el debate sobre el presupuesto destinado a Cooperación Internacional para el Desarrollo se incluyan asuntos vinculados directamente, como los flujos migratorios o el presupuesto destinado a servicios sociales o a desempleados de la población del país donante, confundiendo la razón de ser de la Cooperación al Desarrollo.

1.1. Marcos y enfoques estratégicos desde la Conferencia de Alma-Ata de 1978

El concepto de AOD destinada al sector salud en cada uno de los países receptores de ayuda se enmarca en los documentos estratégicos elaborados por los organismos internacionales del sector a nivel mundial -Naciones Unidas- y a nivel nacional -ministerios de salud y actores más relevantes de cada contexto-.

En la asamblea de la OMS de 1977 se definió la política **Salud para para todas las personas en el año 2000** con el propósito de hacer que todas las naciones alcanzasen en el año 2000 un nivel de salud que permitiese a sus poblaciones llevar una vida social y económicamente productiva. Se estaba manifestando ya la creciente preocupación de los gobiernos por hacer frente a las desigualdades en las condiciones sanitarias y en el acceso a los servicios de salud entre los diferentes países y grupos de población.

El creciente interés internacional en la salud pública se materializó al año siguiente en la **Conferencia de Alma-Ata** (Kazajstán) donde se estableció que para lograr la salud para todas las personas en el año 2000 era necesario definir una estrategia específica, distinta a las empleadas hasta entonces. Esta conferencia se considera aún hoy un hito en la Historia de la salud universal ya que supuso un cambio de paradigma en la forma de concebirla y de situarla en la agenda internacional. Su marco conceptual tenía como pilares esenciales: la equidad, la prevención, la participación comunitaria, la colaboración intersectorial y la aplicación de tecnologías adecuadas para el logro de resultados en salud. Este conjunto de enfoques definían por primera vez con todo detalle las bases de lo que se entiende desde entonces como «Atención Primaria de la Salud» (APS), el primer escalón para el desarrollo del resto del sistema sanitario.

«PARA EL
AÑO 2000
ALCANZAR
UN NIVEL DE
SALUD PARA
TODAS LAS
POBLACIONES
QUE PERMI-
TA UNA VIDA
SOCIAL Y
ECONÓMICAMENTE PRO-
DUCTIVA»

Desde Alma-Ata, los progresos realizados en el estudio y la reflexión en el sector, han puesto en evidencia que la atención a la salud requiere un planteamiento suprasectorial, especialmente al reconocer la diversidad de los determinantes sociales de la salud.

El siguiente hito en el desarrollo de las políticas de salud se dio con la Declaración de Adelaida sobre salud en todas las políticas, de 2010, y el desarrollo del Enfoque de Salud en Todas las Políticas (STP).

Enfoque de Salud en Todas las Políticas

La mayor parte de los determinantes sociales, económicos y ambientales que condicionan nuestra salud tienen su origen fuera del sector salud y pueden por tanto ser modificados por actuaciones realizadas fuera del mismo, integrando las políticas elaboradas por las Administraciones de distintos sectores y a todos los niveles de gobernanza. Esta estrategia se ha convertido en uno de los principales ejes de acción y de investigación en salud pública.

STP es un enfoque intersectorial de las políticas públicas, basado en los principios de la Declaración de Alma-Ata, que consiste en tener en cuenta, de manera sistemática, las repercusiones sanitarias de las decisiones políticas, la promoción de sinergias, y evitar impactos negativos sobre la salud, con el objetivo de mejorar la salud de la población y la equidad en salud.

El enfoque de STP se centra en la legitimidad, rendición de cuentas, transparencia, acceso a la información, participación, sostenibilidad y colaboración multisectorial. Las estructuras y organismos intergubernamentales son quienes apoyan la STP, siendo el sector salud el que desempeña un papel central en la promoción de este enfoque.

2. La salud en la acción humanitaria

El concepto de Acción Humanitaria nace con la creación en 1864 del Comité Internacional de la Cruz Roja y a la adopción de una serie de tratados internacionales referidos a la atención a los militares heridos en combate. Un siglo después comienza la implicación humanitaria de la sociedad civil con la fundación en 1971 de la ONG Médicos Sin Fronteras, a la que seguirían nuevas organizaciones de Cooperación Internacional en las décadas de los 70 y 80. El mayor desarrollo de la acción humanitaria se produjo en la década de los 90 con el incremento de los conflictos civiles en numerosos países y la creciente influencia de los medios de comunicación sobre la opinión pública. En este marco tuvo lugar un considerable crecimiento de las acciones de Naciones Unidas y de numerosas ONGD humanitarias, con intervenciones dirigidas a paliar los efectos de los conflictos y catástrofes.

Este desarrollo supuso también una consolidación institucional de la acción humanitaria, con la creación en 1992 del Departamento para Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (DAH), posteriormente renombrado como Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA). El mismo año fue creado en la Unión Europea el Departamento para Asuntos Humanitarios de la Comisión Europea (ECHO).

Según el Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo del Instituto Hegoa (UPV), actualmente se puede definir la Acción Humanitaria como el «conjunto diverso de acciones de ayuda a las víctimas de desastres (desencadenados por catástrofes naturales o por conflictos armados), orientadas a aliviar su sufrimiento, garantizar su subsistencia, proteger sus derechos fundamentales y defender su dignidad, así como, a veces, a frenar el proceso de desestructuración socioeconómica de la comunidad y prepararlos ante desastres naturales³».

Sin embargo, se trata de un concepto dinámico que ha evolucionado con el tiempo. La idea original se apoyaba en tres componentes fundamentales: la asistencia, la protección y el testimonio. Aunque estos pilares se mantienen, en los últimos

«NO SÓLO
SE PRESTA
ASISTENCIA
A LAS
VÍCTIMAS»

³ <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/1>

años se ha impuesto con fuerza el término acción humanitaria, reemplazando otros términos anteriores como socorro o asistencia. Se pretende con ello subrayar una implicación mayor según la cual no sólo se presta asistencia a las víctimas (distribución de bienes y servicios), sino que se trabaja para garantizar su subsistencia a medio-largo plazo, para promover procesos de desarrollo en las comunidades, para proteger los derechos humanos y, más recientemente, para fortalecer la resiliencia de las comunidades frágiles.

El principio de Acción Humanitaria se sustenta en el Derecho Internacional Humanitario y el Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Dos regímenes normativos que, pese a su desarrollo diferenciado, actúan de forma complementaria en la protección de la vida, la dignidad humana y la salud⁴.

2.1. Principios y valores de la Acción Humanitaria

La acción humanitaria se sustenta sobre una serie de principios, éticos y operativos, entre los que destacan los de humanidad, neutralidad, imparcialidad, independencia y universalidad⁵. Inicialmente formulados en la Conferencia Internacional de la Cruz Roja de Viena en 1965, actualmente estos principios se recogen en el Código de Conducta para la Ayuda Humanitaria (1994), en la Carta Humanitaria del Proyecto Esfera (1997), y varios de ellos en los estatutos de la gran mayoría de las organizaciones humanitarias.

Estos principios humanitarios proporcionan un marco de referencia para orientar la acción humanitaria. Sin embargo, la complejidad de las crisis humanitarias hace que, en la práctica, la neutralidad e imparcialidad choquen con los enfoques centrados en la defensa de los Derechos Humanos y la denuncia de las violaciones de los mismos, cada vez más difundido entre las ONGD y las agencias multilaterales. Este planteamiento inevitablemente requiere posicionarse contra alguna de las partes, amenazando la imparcialidad.

⁴<https://www.icrc.org/spa/war-and-law/ihl-other-legal-regmies/ihl-human-rights/overview-ihl-and-human-rights.htm>

⁵ Para más información sobre estos principios, consultar: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/4>

2.2. La Acción Humanitaria en la Agenda Internacional y la injerencia humanitarian

Tal como se ha referido más arriba, la agenda internacional para la acción humanitarian viene marcada por la **Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de Naciones Unidas** (OCHA).

En el caso de las emergencias sanitarias, la respuesta internacional está coordinada por la OMS, que establece en cada caso criterios y estándares de investigación y acción. A través de su **Departamento de Gestión del Riesgo en las Emergencias y Respuesta Humanitaria**, ayuda a los Estados Miembros y a las comunidades locales a prepararse para hacer frente a los desastres y crisis (prevención) y a recuperarse de los mismos (resiliencia y mitigación).

Para optimizar el trabajo en terreno, la OMS ha desarrollado, en colaboración con gobiernos y organizaciones humanitarias, una *Guía del Clúster de Salud* (OMS, 2011)⁶ con las recomendaciones de coordinación entre los agentes implicados para lograr la reducción de la mortalidad y morbilidad en los desastres y la pronta restauración de los servicios de salud en las comunidades afectadas.

En el año 2000, la OMS crea la **Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos** (GOARN)⁷, un mecanismo para identificar y responder rápidamente a brotes epidémicos de importancia internacional. La Red reúne los recursos técnicos y operacionales de numerosas instituciones, redes, organizaciones técnicas y ONGD humanitarias con el propósito de mantener a la comunidad internacional en alerta permanente ante la amenaza de brotes epidémicos y con los recursos y protocolos de acción necesarios para dar una respuesta efectiva.

En las zonas en conflicto, con frecuencia se plantea la **injerencia humanitarian**, un principio que socava el principio de soberanía de los Estados en virtud del derecho de las víctimas a recibir atención humanitarian.

En muchos casos, la soberanía se ha perdido de *facto* cuando, a causa de los conflictos civiles, un Estado frágil se convierte en *fallido*, es decir que sufre un colapso de la administración,

6 http://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/health_cluster_guide_31mar2011_sp.pdf?ua=1

7 <http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/es/>

de forma que no existe un gobierno soberano al que solicitar su consentimiento para la acción humanitaria - como en Afganistán, Liberia o Somalia-. Los agentes humanitarios negocian entonces con las facciones implicadas en el conflicto.

2.3. La actuación sanitaria en las crisis humanitarias

Las crisis humanitarias son situaciones de emergencia que requieren una asistencia sanitaria, alimentaria, de abrigo y vivienda en un grado muy superior a lo habitual y que supera a las posibilidades de los medios locales, sea por la magnitud del suceso o por la precariedad local de medios. Si esta ayuda no se suministra en tiempo y circunstancias adecuadas, la situación puede desembocar en catástrofe humanitaria.

La causa de la crisis puede ser sociopolítica -genocidio, conflicto armado, persecución de un colectivo- o de origen medioambiental más o menos predecible -sequía, plaga- o totalmente impredecible -terremoto, tsunami-. En cualquier caso, la falta de medios de subsistencia y seguridad repercute directamente sobre la salud de las personas que sobreviven en estas situaciones. La asistencia sanitaria dirigida a salvar vidas y reducir las enfermedades y el sufrimiento de la población es uno de los pilares fundamentales de la acción humanitaria.

Si bien la asistencia que se prestaba en los inicios de la acción humanitaria era muy básica -suministro de agua y alimentos, infraestructuras básicas de abrigo y protección, medicamentos básicos y atención sanitaria-, con la evolución de los conflictos y las catástrofes, las intervenciones se han ido desarrollando en multisectorialidad, alcance y complejidad. Además de estos bienes y servicios básicos, se interviene con otras acciones que contribuyen a la recuperación y el desarrollo local: rehabilitación o construcción de infraestructuras, instalación de saneamientos, suministro de equipos de potabilización, semillas y herramientas, capacitaciones, fortalecimiento de organizaciones comunitarias, apoyo al empleo, desarrollo de protocolos de emergencia, etc.

Los diversos tipos de crisis presentan circunstancias diferentes que obligan a revisar las estrategias, la preparación de los equipos y las formas de actuación sobre el terreno. El reto más reciente lo plantean los efectos del cambio climático y así surgen factores que requieren nuevas formas de abordar las futuras crisis; cada vez más se hace necesario que las estrategias y las

«LA FALTA DE MEDIOS DE SUBSISTENCIA Y SEGURIDAD REPERCUTE DIRECTAMENTE SOBRE LA SALUD DE LAS PERSONAS QUE SOBREVIVEN EN ESTAS SITUACIONES»

respuestas estén basadas en los resultados de la evaluación y en las recomendaciones, aprendizajes y lecciones aprendidas que se extraen de estas.

A raíz de la creciente implicación de las organizaciones de la sociedad civil en la acción humanitaria, y de la mayor complejidad que esta ha ido adquiriendo, un grupo de organizaciones formularon en 1997 el **Proyecto Esfera**. Esta iniciativa establece, por primera vez, una serie de normas mínimas universales en las áreas más importantes de la ayuda humanitaria post-desastre, con el objetivo de mejorar la calidad de las intervenciones y la rendición de cuentas de los actores humanitarios frente a sus miembros, a los donantes y a la población afectada. El Proyecto incluye la **Carta Humanitaria**, que recoge los derechos de las personas afectadas y fija las responsabilidades de las organizaciones e individuos implicados en las intervenciones.

3. Educación para el Desarrollo

La **Educación para el Desarrollo** «es un proceso dinámico, que genera reflexión, análisis y pensamiento crítico sobre el desarrollo y las relaciones Norte-Sur; se centra en un proceso pedagógico que combina las capacidades cognitivas, con la adquisición de valores y actitudes, orientados hacia la construcción de un mundo más justo, en el que todas las personas puedan compartir el acceso al poder y a los recursos» (Mesa, 2011)⁸.

Poner en marcha procesos educativos desde la Educación para el Desarrollo (EpD) implica diseñar propuestas que primen el análisis crítico de la realidad y que promueven la movilización y la acción ciudadana para la transformación social. Exige que el proceso educativo conecte el contexto en el que se desarrolla con problemas de ámbito global, examinando y poniendo en tela de juicio las tensiones que se dan entre ambos contextos y desvelando situaciones de injusticia que nos afectan a nivel local.

8 Mesa, M. (2011) Reflexiones sobre el modelo de las cinco generaciones de la Educación para el Desarrollo en Fx = (educación global) research. Octubre 2011. Recuperado de: <http://www.ceipaz.org/images/contenido/09-Ed-Fx.pdf>

Implementar procesos de Educación para el Desarrollo que tomen como centro de su acción el Derecho a la Salud desde una mirada global, que atiendan a discriminaciones y desigualdades de género y que contemple la diversidad cultural y sus cosmovisiones bajo la promoción de los Derechos Humanos debería ser el punto de partida desde el que abordar la formación de aquellas profesionales que se convertirán en las futuras profesionales de la salud. De esta manera, tendrían **herramientas de análisis** para cuestionar las situaciones injustas que ocurren en nuestro mundo y que impide que todas las personas puedan ejercer su derecho a una vida saludable, no sólo en los llamados países más empobrecidos, sino en muchos países desarrollados, especialmente en el caso de colectivos vulnerables.

Habitualmente los procesos de EpD son puestos en marcha por **Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo** (ONGD) en colaboración con instituciones educativas, administraciones públicas o movimientos sociales y se concretan en iniciativas que inciden sobre un ámbito concreto de acción, como la formación de una ciudadanía global, el medio ambiente, las violencias de género o la inclusión y la diversidad. Todos estos elementos podrían relacionarse con el trabajo en torno al derecho a la salud si se tiene en cuenta un enfoque holístico de la salud a partir de la definición que se da de la misma en la constitución de la OMS en el año 1946: «la salud es un bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

Asegurar una buena salud para toda la ciudadanía va mucho más allá de garantizar la ausencia de enfermedad -aunque este deba ser el principal campo de acción- y se centra en conseguir un bienestar de las personas teniendo en cuenta factores sociales, económicos y ambientales desde un enfoque de la salud como derecho. Por lo tanto, articular procesos de EpD que buscan generar concienciación y acción ciudadana por la salud global se concreta en implementar iniciativas que pueden versar sobre temáticas tales como derechos sexuales y reproductivos, violencias de género, medio ambiente, acceso a medicamentos esenciales o migraciones.

Si la salud es un derecho universal del que debemos disfrutar todas las personas, es necesario que seamos conscientes de qué desigualdades ocurren a nivel global y que iniciemos mecanismos en lo local que aseguren que todas las personas disfruten del mismo. Sin excepciones.

4. El trabajo de Farmacéuticos Mundi

Farmacéuticos Mundi (Farmamundi) es una ONG de **cooperación al desarrollo, acción humanitaria y de emergencia** con experiencia en la promoción de la salud integral y la ayuda farmacéutica a países menos favorecidos. Aunque comenzó a trabajar en 1991 en Valencia (España) como asociación solidaria con distinto nombre y ámbito de actuación, el 2 de julio de 1993 se constituyó como ONGD, con sede social en Valencia. En la actualidad, somos la **primera organización no lucrativa de nuestro país especializada en suministro y ayuda farmacéutica** a organizaciones humanitarias y países en desarrollo.

En Farmamundi desarrollamos **proyectos de Cooperación y Acción Humanitaria** en países en vías de desarrollo en cualquier parte del mundo y realizamos **campañas de sensibilización y de Educación** en España para concienciar a la población sobre la necesidad de garantizar el acceso a los medicamentos a quienes más lo necesitan y, en general, asegurar la salud universal.

En el área de **Cooperación y Acción Humanitaria** ponemos en marcha proyectos encaminados a contribuir al desarrollo humano, la erradicación de la pobreza y el pleno ejercicio de los derechos con equidad. Nuestra contribución se hace desde un enfoque basado en situar a las personas en el centro, el pleno ejercicio de todos los derechos humanos individuales y colectivos, el derecho a la salud con equidad o la promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, entre otros.

Actualmente trabajamos en países como República Democrática del Congo, Mali, Nicaragua, Guatemala, Perú o Ecuador.

Desde Farmamundi entendemos la **Educación para el Desarrollo** (EpD) como el proceso educativo que mediante el trabajo en valores promueve la concienciación y el cambio social necesario para conformar una ciudadanía comprometida, solidaria, consciente y responsable con respecto a las desigualdades globales en el cumplimiento del derecho a la salud. Este proceso contempla un análisis crítico de la realidad global, y propone un ejercicio de reflexión, concienciación, y en su caso, medidas de acción en pro de la transformación social para el cumplimiento de los Derechos Humanos.

«ANÁLISIS
CRÍTICO DE LA
REALIDAD, LA
MOVILIZACIÓN
Y LA ACCIÓN
CIUDADANA
PARA LA TRANS-
FORMACIÓN
SOCIAL»

Nos alineamos para ello y aplicamos de forma transversal en nuestro trabajo los enfoques basados en derechos, de género, intercultural y medioambiental.

Nuestros ejes temáticos son el acceso a medicamentos, las desigualdades en salud y la equidad de género.

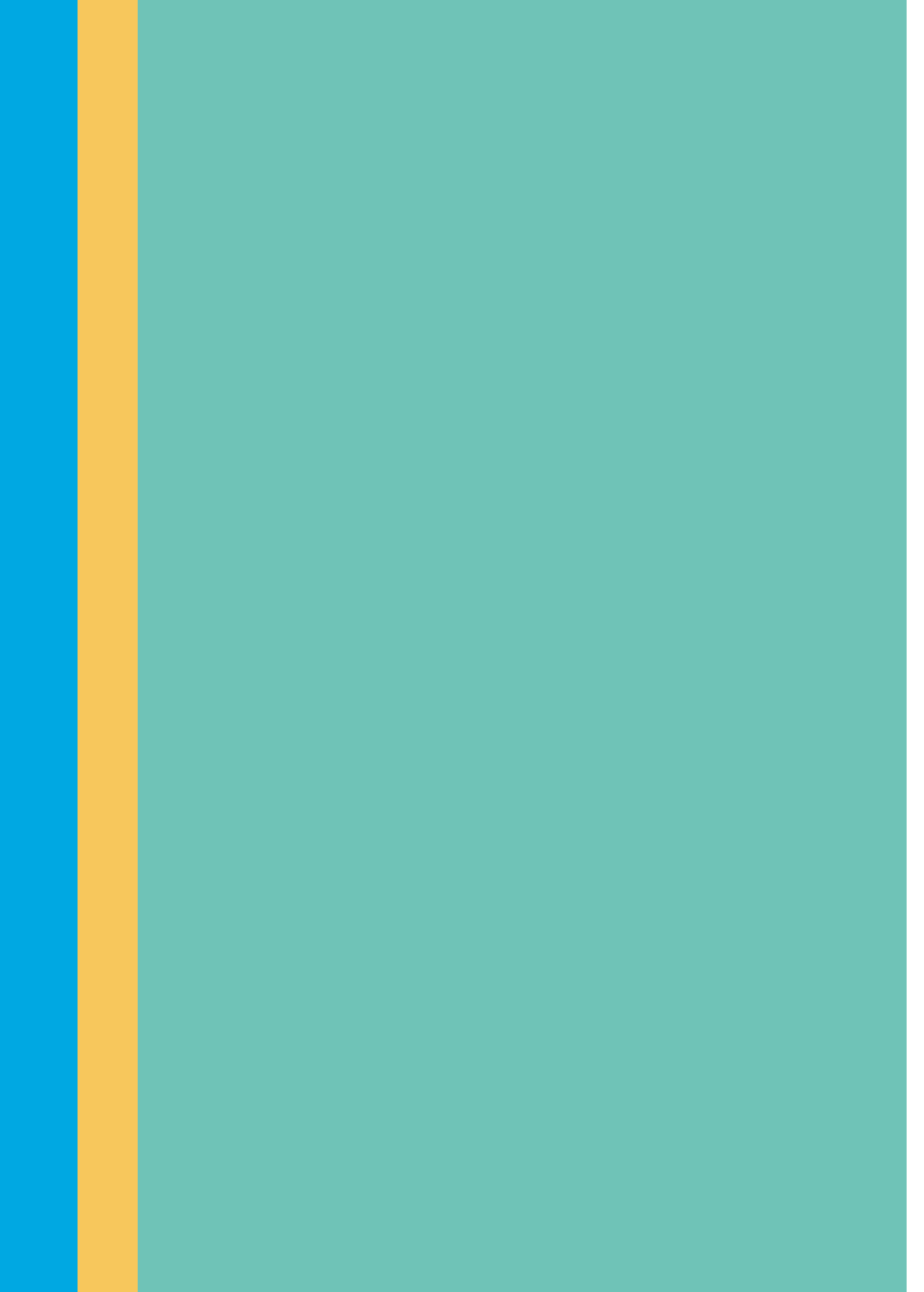
Desde Farmamundi activamos estrategias *locales* que favorezcan el desarrollo en los países del Sur, contribuyendo a la concienciación y la movilización ciudadana de las personas del Norte para que ello ocurra.

«APLICAMOS
DE FORMA
TRANSVERSAL
LOS ENFOQUES
BASADOS
EN DERECHOS,
DE GÉNERO,
INTERCULTURAL
Y MEDIO-
AMBIENTAL»

4. Banco de recursos

Páginas webs, documentos
y canales de Youtube





1 — Web y documentos

CreaSalud

www.creasalud.org

Cuestiones claves sobre acceso a los medicamentos y propiedad intelectual

www.farmaceuticosmundi.org/wp-content/uploads/2015/12/LibroGermanVelasquez2015.pdf

El medicamento, un derecho secuestrado

www.youtube.com/watch?v=_7dg2fOd4S4

Esenciales para la Vida

www.esencialesparalavida.org

Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)

www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf

India, la farmacia del mundo

www.youtube.com/watch?v=aDyknLBcS10

La igualdad de género: un gran reto internacional

www.farmaceuticosmundi.org/farmamundi/descargas/publicaciones/La%20igualdad%20del%20g%C3%A9nero%20en%20salud_Farmamundi_2016_ED_DIGITAL.pdf

Mi salud, mi derecho

www.youtube.com/watch?v=C37af6t7dRc

Todos deberíamos ser feministas, Chimamanda Ngozi Adichie

www.ted.com/talks/chimamanda_ngozi_adichie_we_should_all_be_feminists?language=es

Una reflexión sobre el comercio internacional, la propiedad intelectual y el derecho a la salud

www.farmaceuticosmundi.org/wp-content/uploads/2015/12/propiedad-intelectual.pdf

2 – Canales de Youtube

Farmamundi

www.youtube.com/channel/UCyекUTLGQMS9yw5s46wRraA

Farmamundi educación

www.youtube.com/channel/UCDoyNxlAyDJdMVcDj6k1zoQ

Canal de YouTube de la Psicowoman

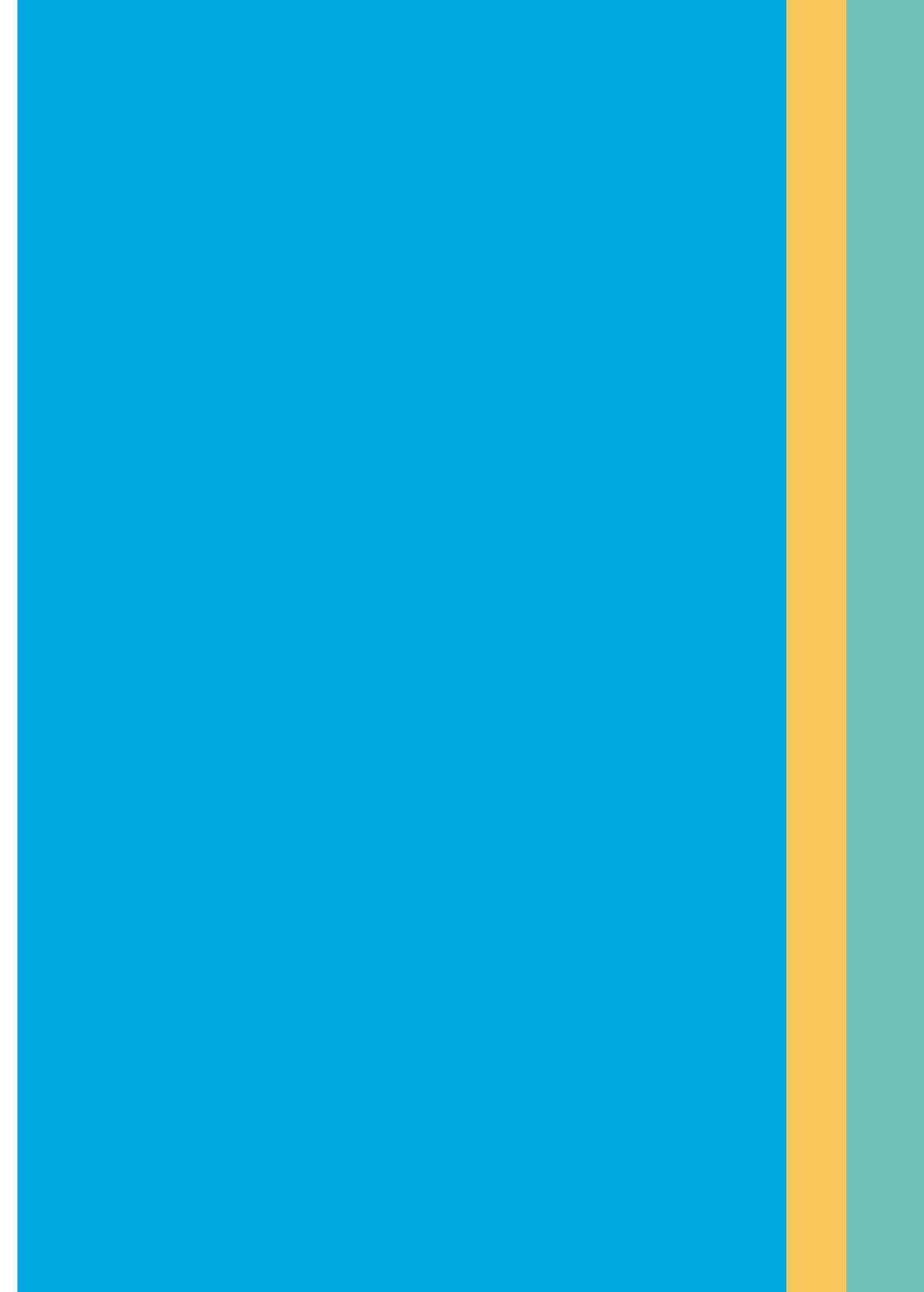
www.youtube.com/channel/UCtzxvbfE_sitzm_q74zVHg

Canal de YouTube de Spanishqueens

www.youtube.com/user/SpanishQueens

Canal de YouTube de Tigrillo

www.youtube.com/user/TigrilloVlogs





**FARMA
MUNDI**
FARMACÉUTICOS
MUNDI



Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo
CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES