



# CUADERNOS

Enero Febrero 2013, Vol. XXVII, n.º 1



## MEDICAMENTOS QUE CURAN O MATAN EN ÁFRICA

Equipo Medicamentos de AEFJN - Antena Madrid.

Coordinado por Amparo Cuesta, mnsda.



## ÍNDICE

Editorial .....	3
<b>Medicamentos que curan o matan en África. Introducción .....</b>	<b>4</b>
<b>I. Situación actual .....</b>	<b>5</b>
1. Los objetivos del Milenio .....	5
2. Los ODM y el refuerzo de los sistemas sanitarios nacionales .....	6
3. Algunos problemas para alcanzar estos ODM .....	7
4. La situación de las empresas de medicamentos en el mundo .....	7
5. Algunos datos importantes en la producción de medicamentos en el mundo .....	7
6. Medicamentos destinados a curar o aliviar .....	8
7. Las patentes en la industria de los medicamentos .....	9
<b>II. Los MEDICAMENTOS .....</b>	<b>10</b>
1. Medicamentos genéricos .....	10
2. ¿Quién produce los medicamentos genéricos? .....	11
3. Laboratorios de los medicamentos genéricos .....	11
4. La primera licencia obligatoria en India .....	12
<b>III. Medicamentos esenciales .....</b>	<b>12</b>
1. ¿Qué es un medicamento esencial? .....	13
2. Listas de medicamentos esenciales .....	15
3. Criterios para hacer una selección de medicamentos esenciales .....	16
<b>IV. Medicamentos falsificados .....</b>	<b>17</b>
1. Se llaman medicamentos falsos cuando: .....	17
2. ¿Qué son las farmacias ambulantes africanas? .....	18
3. ¿Dónde se encuentra el problema? .....	18
4. Consecuencias del uso de medicamentos falsos .....	19
5. Algunas iniciativas africanas contra los medicamentos falsos .....	19
6. Medicrime .....	20
7. Control de medicamentos .....	20
<b>V. ¿Qué es ACTA? (Anti-counterfeiting Trade Agreement 2011) .....</b>	<b>21</b>
1. Las negociaciones y el acuerdo sobre el comercio de falsificaciones (ACTA) y las consecuencias para África .....	21
2. África y ACTA .....	21
<b>VI. Estudio calificativo realizado en 2011 en países africanos sobre los medicamentos de calidad .....</b>	<b>22</b>
1. Los cuestionarios vienen de Centros de Salud y Hospitales de: .....	23
2. Las compañías farmacéuticas de donde proceden .....	24
3. Los medicamentos genéricos más usados .....	24
4. Las 5 enfermedades más importantes en el lugar de África donde trabajas .....	24
5. El estudio recoge la información de medicamentos para tratar esas enfermedades .....	25
6. Cuando la gente sufre estas enfermedades ¿a dónde acude? .....	25
7. ¿Acuden muchos pacientes a los curanderos? .....	27
8. Un dato interesante es reflejar la procedencia de los medicamentos que se venden al público .....	28
9. República de Benín .....	29
<b>VII. Conclusiones .....</b>	<b>30</b>

FOTO PORTADA: Farmacia del Centro de Salud de Abobo-Baoulé, en Abiyán, Costa de Marfil. © Alexis Adele/IRIN.

*Esta publicación ha sido realizada con el apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), la Consejería de Inmigración y Cooperación de la Comunidad de Madrid, la Dirección General de Inmigración y Cooperación al Desarrollo del Ayuntamiento de Madrid. El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva de Fundación SUR y no refleja necesariamente la opinión de los co-financiadores.*

FUNDACIÓN SUR-Departamento África  
 Director: Lázaro Bustince Sola.  
 Redacción y administración: c/ Gaztambide, 31. 28015-Madrid  
 D.L.: M-13193-1989 ISSN: 1136-0984  
<http://www.africafundacion.org>  
 e-mail: correo@africafundacion.org  
 Teléfono: 915 441 818.  
 Fax: 915 497 787.  
 Declarado de utilidad pública OM.17.10.1995

Imprime: Printing'94, S.L.

## EDITORIAL

La salud es un derecho de todos, como lo son: el empleo, la morada digna, la educación, la justicia social y el respeto a la dignidad personal.

El desarrollo integro y la salud están estrechamente vinculados, como lo están todos los objetivos del Milenio y todos los derechos fundamentales y responsabilidades de cada ser humano.

Este Cuaderno trata de presentar una información verídica sobre la situación de los medicamentos en África, a la vez que proporciona un instrumento sencillo de conocimiento para los agentes de salud, que trabajan en el continente africano.

Este cuaderno presenta también las leyes y acuerdos que regulan los medicamentos.

El cuaderno puede facilitar la confección de la lista de medicamentos esenciales en cada país.

Así mismo puede alertar de la existencia de medicamentos falsos o adulterados y de la necesidad de promover y alertar los controles nacionales de calidad, sobre los medicamentos.

Debido a la codicia de lucro de las grandes empresas farmacéuticas, hasta la misma enfermedad de los empobrecidos se ha convertido en un negocio inhumano y multimillonario, que provoca que el control de medicamentos y la inversión en investigación, tengan lugar en los países ricos.

La producción de medicamentos genéricos y de buena calidad es una necesidad para los países africanos, que están en vías de un desarrollo y que no tienen un presupuesto de salud que cubra las necesidades sanitarias de los habitantes.

Seguimos comprometidos, a través de la sensibilización e información de nuestra sociedad sobre la realidad de África, a promover el valor y la dignidad de cada vida humana y la necesidad de cuidar preferentemente a los más pobres para que tengan acceso al derecho a la salud y al desarrollo integral.

Agradecemos a AEFJN de Madrid la preparación de este Cuaderno, en colaboración con Fundación Sur.

**LÁZARO BUSTINCE SOLA**  
**DIRECTOR GENERAL DE LA FUNDACIÓN SUR**



## MEDICAMENTOS QUE CURAN O MATAN EN AFRICA

### Introducción

La salud es, según el derecho internacional, un derecho inherente a la persona, pero todos los gobiernos han fallado en cumplir su obligación de cara a este derecho. Millones de personas en África no tienen acceso a los cuidados básicos de la salud, y en especial a los medicamentos de calidad. Por eso este trabajo intenta informar de los problemas que los países de África, y en especial los más pobres, enfrentan para poder tener acceso a medicamentos de calidad.

El acceso a los medicamentos es uno de los pilares de todo sistema sanitario. Un tercio del total de las facturas de salud en África, tanto en el sector público como en el privado, se centra en los medicamentos, cuyos precios pueden ser cuatro veces más altos que en los países ricos. Si no se mejora el acceso a medicamentos de calidad a precios asequibles, los sistemas sanitarios no se verán reforzados, ya que tendrán que consagrar una buena parte de sus recursos a financiar los medicamentos.

El trabajo de AEFJN a favor del acceso a medicamentos de calidad -voluntad de mejorar la calidad de los medicamentos y hacerlos accesibles a la gente corriente y a los sistemas sanitarios en África- colabora a mejorar los sistemas sanitarios.

En septiembre de 2000, la declaración de la ONU con ocasión del milenio fue adoptada por 189 países. Su objetivo es permitir que países y socios en el desarrollo trabajen de acuerdo para reducir la pobreza y el hambre, y atacar las malas condiciones sanitarias. Son los denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que deberían cumplirse para el año 2015. Los objetivos son ocho, pero al tratar cualquiera de ellos creo que siempre hay que unirlo a la erradicación de la pobreza, causante de que no podamos conseguir las metas fijadas.

El tema de la Salud es un tema muy amplio, desde el cuidado de cualquier individuo que comienza en el momento de su nacimiento hasta su muerte, pasando por aspectos de Salud Maternal e Infantil, epidemias, enfermedades que causan estragos entre la población como el Sida, la Tuberculosis y la Malaria hasta las enfermedades más olvidadas como el Dengue, la Lepra o la enfermedad de Chagas.

### OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

- Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- Educación universal
- Igualdad entre los géneros
- Reducir la mortalidad de los niños
- Mejorar la salud materna
- Combatir el VIH/SIDA
- Sostenibilidad del medio ambiente
- Fomentar una asociación mundial

## I. Situación Actual

### 1. Los Objetivos del Milenio

Incluso si se han hecho progresos tangibles a nivel mundial para conseguir los ODM, África en su conjunto va con retraso en todos y cada uno de ellos, pese al reciente aumento de las tasas de crecimiento económico y al esfuerzo importante por mejorar la macro-economía. Los ODM son sin embargo muy importantes para África, donde se encuentran la mayoría de los países vulnerables, y que apenas reciben ayuda. Las inversiones en el sistema sanitario de base siguen siendo insuficientes. La mayor parte de los países africanos estarán retrasados en la realización de los objetivos relativos a la salud para 2015, en la reducción de la mortalidad infantil, la mejora de la salud materna y la lucha contra las enfermedades infecciosas. Esto significa que muchas mujeres seguirán muriendo al dar a luz.

El problema reside en parte en las estructuras básicas de salud, en los recursos humanos y en los equipamientos y aprovisionamientos inadecuados para asegurar servicios de salud adaptados para las madres, los niños y los centros reproducción, y para controlar y tratar las enfermedades infecciosas. La malaria y otras enfermedades infecciosas, que podrían controlarse y tratarse, siguen quitando la vida a millones de personas en el continente, y se expanden a causa de la elevación de las temperaturas y del cambio climático. Los progresos realizados en mortalidad infantil en África han llegado al 50 % del Objetivo, y sin embargo cada año mueren en el mundo 9 millones de niños menores de 5 años. La situación difiere en el caso de la mortalidad de las madres, donde sólo se ha logrado un avance del 9 %. O sea, que falta por cubrir un 91 %.

¡Qué tristeza da darse cuenta de que de todos los ODM, el más lento en conseguirse es el de reducir las tasas de mortalidad de las madres! (Número 5 ODM).

Los países de progreso más lento son los marcados por tasas elevadas de VIH/SIDA, por dificultades económicas o por conflictos. La falta de acceso a los servicios de salud sigue siendo lo que ilustra las desigualdades sociales y económicas dentro de cada país y entre países. Los progresos cara a la igualdad de género y el respeto al medio ambiente son con frecuencia inadecuados. Los ODM deben seguir siendo el frente de batalla de los programas mundiales para reducir la probabilidad de que se frenen los progresos, e incluso de que se reduzcan los medios financieros para el desarrollo del continente.

El alza de precios de los productos alimentarios presiona fuertemente las economías africanas y amenaza el progreso en la lucha contra el hambre y la malnutrición. Las crisis económicas y sociales que afectan a África acentúan el desafío. La crisis actual ofrece sin embargo una oportunidad de crecimiento de los gastos precisos en agricultura, y la supresión de obstáculos a un sistema de mercado abierto para los bienes agrícolas, en beneficio de los países africanos.

#### ALGUNOS DATOS GENERALES SOBRE LA SALUD EN ÁFRICA

- ❖ La mortalidad infantil en África se ha reducido en un 50% (Número 4 ODM)
- ❖ Todavía mueren al año 9 millones de niños, menores de 5 años. Un tercio del planeta no tiene acceso a medicamentos esenciales.
- ❖ La mortalidad materna solo a mejorado en un 9% (Número 5 ODM). Unos 60 millones de mujeres dan a luz sin asistencia médica.
- ❖ En 2009, había 33.3 millones de personas infectadas por el VIH/Sida, de las cuales, 22.6 millones vivían en África subsahariana. (Número 6 ODM)
- ❖ El número de mujeres infectadas por el VIH/Sida triplica al de los hombres, porque son más vulnerables y están más desprotegidas.



- ❖ 15 millones de personas cada año, mueren por enfermedades infecciosas en países en desarrollo.
- ❖ 200.000 muertes al año podrían evitarse si los medicamentos contra la malaria fueran de buena calidad.
- ❖ La mujer embarazada portadora del VIH, tiene un 35% de probabilidades de transmitírselo al bebe, y la mitad de las lactantes infectados mueren antes de los 2 años.
- ❖ En 2008, hubo 247 millones de casos de paludismo en el mundo, que causaron cerca de un millón de muertes, sobre todo en niños africanos.
- ❖ El paludismo es la primera causa de muerte en África y todavía no hay vacuna.
- ❖ La tuberculosis es la segunda causa de muerte en el mundo, después del VIH/Sida. Cada año se producen entre 8 y 10 millones de casos nuevos. Veintidós países empobrecidos padecen el 80% de los casos de TB en el mundo y todavía no hay vacuna para TB pulmonar, que es la más frecuente.
- ❖ Cada 45 segundos muere un niño en África a causa de la malaria.
- ❖ El aumento de casos de malaria, sida y tuberculosis en países en desarrollo se debe sobre todo a la crisis de valores, pues la enfermedad se ha convertido en un negocio multimillonario.
- ❖ El 85% de los medicamentos esta en manos de grandes empresas farmacéuticas, cuyo negocio alcanza unos 446 millones de dólares al año.
- ❖ Unos 925 millones de personas en el mundo no comen hoy lo suficiente para vivir saludables. Durante 2010, este numero aumento un 37%. (FAO)
- ❖ En África Subsahariana más de 200 millones de personas sufren los efectos del hambre. (ONU).
- ❖ Un tercio de las muertes de niños en países en desarrollo esta relacionado con la malnutrición.
- ❖ Los efectos devastadores de la pobreza, la inseguridad alimentaria y la falta de medicamentos eficaces son un crimen contra la Humanidad.<sup>1</sup>

## 2. Los ODM y el refuerzo de los sistemas sanitarios nacionales

Para respetar el derecho a la salud y la realización de los ODM relativos a la salud, deberían encontrarse fondos a largo plazo, que desarrollen sistemas sanitarios fuertes y duraderos. Pero esto no basta. Los ODM deben asegurar que todos los países en desarrollo tengan acceso a cuidados de la salud, y deben también reforzar los servicios sanitarios nacionales. Para lograr estos objetivos es preciso que los gobiernos donantes y los beneficiarios, la sociedad civil, los fondos mundiales y las organizaciones sin ánimo de lucro, trabajen de acuerdo para prestar servicios de salud funcionales. Para este fin son vitales las políticas públicas sólidas, las inversiones y la ayuda. Hay que admitir, que los países beneficiarios son los que tienen que decidir estas políticas públicas, para lograr el ODM5 de la mejora de la salud materna.

1. Las fuentes de datos son: <http://lasaludesunderechodetodos.manosunidas>. <http://www.unaids.org> / [www.webislam.com](http://www.webislam.com) / [www.medicamentos.africa](http://www.medicamentos.africa) <http://www.pobrezamundial.org/> [www.es.wfp.org](http://www.es.wfp.org) . [www.aefjn.org](http://www.aefjn.org)

### 3. Algunos problemas para alcanzar estos ODM

Los fondos mundiales de lucha contra el SIDA, la TB y la malaria (Fondo Mundial) han invertido miles de millones de dólares y ha obtenido notables resultados en África. Algunas organizaciones han condicionado su ayuda para un cierto número de enfermedades limitadas, y esto debilita los sistemas sanitarios nacionales, porque los fragmenta. Ruanda presenta el caso extremo en que el 82 % del presupuesto de cooperación se utiliza para 3 enfermedades, y sólo el 1% del presupuesto se deriva a otras partidas del sistema sanitario. La realización de los ODM depende en gran manera de la forma en la que se concede la ayuda. En Zambia, la UE orienta su ayuda a la salud manteniendo el presupuesto en ese sector, para reforzar el sistema sanitario y los recursos humanos. Esto permite que cada año se salven las vidas de unos 18.000 niños.

Otro factor amenaza el servicio sanitario público: las organizaciones donantes o proveedoras que actúan por su cuenta, fuera del sistema. Añadamos que las defectuosas condiciones de trabajo favorecen el éxodo de cerebros y la marcha de profesionales de la salud, empobreciendo los servicios sanitarios nacionales.

La privatización es otra amenaza para los sistemas sanitarios nacionales. El Banco Mundial y otros gestores de fondos, así como instancias internacionales, presionan para que se privaticen los sistemas sanitarios, presentándolo como la salvación de los cuidados de la salud en el continente. La realidad es bien diferente: la privatización de hospitales y centros de salud aparta los recursos humanos del sector público (profesionales, médicos, enfermeros, agentes sanitarios en general) y lo empobrece. Sin ser conscientes de ello, algunas ONG actúan como intermediarias entre los sectores públicos y privados. El Ministerio de Salud los acepta como organizaciones sin ánimo de lucro, pero cuando se retiran, los servicios pasan en su mayor parte al sector privado, sin que dichas ONG se hayan dado cuenta de este deslizamiento del sector público hacia lo privado.

### 4. La situación de las empresas de medicamentos en el mundo

Las farmacéuticas o empresas que se dedican a manufacturar los medicamentos en el mundo son muy numerosas y diversas. Por una parte están aquellas que se encargan de las hierbas y las plantas medicinales para el uso de la medicina tradicional. De estas empresas no se tienen datos ni estadísticas. Por otro lado están las que cubren un espectro muy grande, las corporaciones transnacionales con capacidad para desarrollar desde una nueva molécula y fabricarla hasta ponerla en el mercado y distribuirla en la mayor parte del mundo. En el medio existen una gran variedad de empresas que difieren en tamaño, la clase de productos farmacéuticos que producen y técnicas de manufacturación y mercado. Por ejemplo, en India se han registrado 20.000 farmacéuticas pero solo 250 de ellas se encuentran en el sector “organizado” y representan el 70% del país de toda la fabricación de la rama de los genéricos. En China, que tiene una industria farmacéutica cada vez más creciente, existen 7.500 fabricantes de medicamentos pero de acuerdo con una fuente, solo 87 de ellas están internacionalmente aceptadas dentro de los certificados de Buena Práctica de Fabricación.

Finalmente, los mercados farmacéuticos de los países ricos difieren mucho de los de países en vías de desarrollo. No es solamente en lo que se gasta en salud y medicamentos por habitante, mucho más alto, sino que la factura de los medicamentos es mucho más compartida y subvencionada públicamente. En los países con unos ingresos bajos, el pago de los medicamentos viene de los recursos de los hogares y ha de pagarse del bolsillo de cada uno cuando la persona está enferma. Los mercados también difieren en extensión y efectividad de las leyes en las áreas de precio de medicamentos y seguridad.

### 5. Algunos datos importantes en la producción de medicamentos en el mundo

Entre los años 1985 a 1999 el valor de la producción de medicamentos creció cuatro veces más rápidamente que los ingresos mundiales.

La producción de los medicamentos está concentrada en los países industrializados de USA, Japón, Alemania, Francia y el Reino Unido que representan las dos terceras partes de todo el valor de los medicamentos producidos.

Existe un gran mercado de medicamentos a un precio más bajo y competitivo en China e India.

Solo un pequeño número de compañías transnacionales dominan la producción global, el mercado y la venta de medicamentos. Diez de esas compañías representan casi la mitad de todas las ventas a nivel mundial. Y esa concentración sigue aumentando.

Estas diez compañías suponen el 12 % del valor de toda la producción de medicamentos.

Las mayores compañías farmacéuticas son:

*Bristol Myers Squibb*

*Pharmacia*

*Roche*

*Merck*

*Novartis*

*AstraZeneca*

*Aventis*

*Johnson & Johnson*

*GSK (Glaxo, Smith, Kline)*

*Pfizer*

Los medicamentos más vendidos en todo el mundo y con un crecimiento de hasta el 30 % son los que se utilizan en países industrializados y tratan enfermedades que no son prioritarias en el continente africano o en países en vías de desarrollo.

## **6. Medicamentos destinados a curar o aliviar, como los:**

*Anti- ulceras*

*Reducción de colesterol*

*Anti-depresivos*

*Anti-inflamatorios - no corticoides*

*Anti- hipertensivos*

*Anti-sicóticos*

*Anti-diabéticos orales*

*Sencillos inhibidores (asma, etc.)*

*Antibióticos (tipo cefalosporinas y sus combinaciones)*

*Anti-histamínicos*

Suráfrica es el trampolín de los laboratorios indios para África.

Los tres grandes laboratorios indios: Ranbaxy, Cipla y Dr Reddy se han apoderado de la parte del león en el mercado de medicamentos en África, gracias a su fuerte implantación en Suráfrica y a sus antiretrovirales (ARV) a precios reducidos, que han contribuido a frenar los destrozos del Sida. Los laboratorios indios han optado por nombrar directores locales a la cabeza de sus filiales surafricanas, lo que representa una excepción entre las multinacionales presentes en Suráfrica. Cipla cotiza en la bolsa de Johannesburgo, contribuyendo así a los flujos financieros



que van hacia Suráfrica. Los genéricos, con los mismos principios activos que los medicamentos de marca, han sido el motor de la industria farmacéutica india, que ha vendido en África el 14 % de sus exportaciones en 2009.

## 7. Las patentes en la industria de los medicamentos

### ¿Qué son las patentes?

El sistema de patentes esta construido sobre la base de premiar inventivas, promocionar el progreso técnico y hacer pasar y diseminar las innovaciones. La restricción de la libertad de movimiento de ideas, que las patentes llevan consigo ha sido justificada con distintas teorías, derechos naturales, premios morales, incentivos a la invención, promover los cambios. La idea de que las patentes son necesarias, para hacer que el inversor recupere su inversión en Investigación y Desarrollo es lo que domina los debates y la jurisprudencia en muchos países.

### Innovación farmacéutica

La idea de que el sistema de patentes promueve innovación es puesto hoy día en entre dicho. Las patentes pueden a veces ahogar la innovación que ella desea conseguir. Existe evidencia de que las “invenciones colectivas” basadas en compartir innovaciones es más eficiente que el patentarlas. El hecho de que existan muchas patentes no es un indicador fiable de que haya una innovación en ese fármaco. Y el hecho de que hayan aumentado las patentes dramáticamente tal vez se deba a que hay menos control sobre los requerimientos necesarios para una patente en las oficinas y en las cortes de jurisprudencia.

Pese al descenso en el hallazgo de nuevos medicamentos, hay una proliferación de patentes sobre productos y procesos que sólo cubren pequeñas innovaciones. Un estudio llevado a cabo en 5 países en vías de desarrollo, Suráfrica entre ellos, atestiguan la proliferación de la “perpetuación” de patentes farmacéuticas que tienden a bloquear la concurrencia de los genéricos y limitar así el acceso a los medicamentos. El estudio constata que la naturaleza del aprendizaje y la innovación farmacéutica y el interés de la salud pública estarían mejor servidos dentro de un marco en el que se utilizaran, para conceder patentes, normas rigurosas sobre la actividad inventiva. El análisis sugiere que las empresas locales en los países en desarrollo resultan favorecidas cuando no se autoriza la protección de patentes para innovaciones menores. Si las demandas de patentes fueran examinadas correctamente, no habría necesidad de recurrir a las licencias obligatorias.

Una conclusión crítica de este análisis es que la situación actual de las patentes en las industrias farmacéuticas puede tener un impacto negativo en el acceso a los medicamentos, porque patentes con pequeñas variantes o mejoradas de los productos que ya existen pueden bloquear la competición de los genéricos que normalmente tienen menores precios y pueden hacer que los medicamentos lleguen mejor a las manos de los enfermos. En particular el garantizar esas patentes, en algunos casos, fuerza a los Gobiernos que necesitan asegurar el acceso a los medicamentos a su población a conceder licencias aunque los dueños de las patentes carguen precios altos, o bien a rehusar licencias a términos comerciales que son razonables. A pesar de que las licencias obligatorias son legítimas bajo la ley internacional, muchos gobiernos de países desarrollados y la industria farmacéutica se han resistido a utilizarlas para penalizarlas.

### Las patentes en la Cumbre de Enfermedades no transmisibles

Las Naciones Unidas celebraron los días 19 y 20 de septiembre de 2011 una cumbre sobre enfermedades no transmisibles (MNT) como el cáncer, la diabetes, las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. El debate se centró en los países (sobre todo los más pobres) que permiten **utilizar licencias obligatorias** para esquivar las patentes y asegurarse el aprovisionamiento de los

medicamentos necesarios. El problema gira en torno a los derechos de la propiedad intelectual y el acceso a los medicamentos por parte de los más pobres. También se discutió sobre la forma en que los gobiernos pueden procurarse un acceso asequible a los tratamientos, en particular países grandes con poblaciones pobres y medios limitados. ***La cuestión del acceso a los medicamentos recientes es un problema mayor en todos los países, principalmente en los menos desarrollados.***

Los elevados precios de los medicamentos no conocen límites. Afectan a todos los países, todas las enfermedades, todas las personas. Pero el precio mayor lo pagan los que sufren estas enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el asma, y que tiene que pagar ellos mismos sus medicamentos. Los datos muestran que los precios para las ENT suelen ser altos, y los tratamientos no están al alcance de gente con salarios bajos. Su disponibilidad es muy limitada, sobre todo en el sector público. Así que existiendo tratamientos eficaces para esas enfermedades, el acceso universal se queda fuera del alcance. Acción Internacional de Salud (HAI) llama a los delegados en la cumbre de las Naciones Unidas sobre las ENT a retomar como prioridad el acceso universal a los medicamentos esenciales para las enfermedades no transmisibles.

#### **Como conclusión al apartado de las Patentes podríamos asegurar:**

**Los medicamentos están en buena parte protegidos por un sistema injusto de patentes que genera beneficios superiores a los 446 mil millones de dólares anuales. Esta poderosa industria farmacéutica esta concentrada en un puñado de empresas de países altamente desarrollados y que monopolizan más del 85% del valor de la producción mundial de fármacos.**

**El poder de la industria farmacéutica es tan grande que:**

- **Impone sus precios**
- **Discrimina en sus ventas**
- **Aplasta a producciones locales**
- **Soborna a políticos, médicos y autoridades de la salud pública.**

## **II. LOS MEDICAMENTOS**

### **1. Medicamentos genéricos**

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Medicamento Genérico es aquel vendido bajo la denominación del principio activo que incorpora, siendo bio-equivalente a la marca original, es decir, igual en composición y forma farmacéutica y con la misma biodisponibilidad que la misma. Un ejemplo sencillo de entender es el medicamento tan usado por todos cuyo principio genérico es el paracetamol, pero que puede estar patentado bajo el nombre de Gelocatil, Panadol, Ferralgan etc.

África utiliza los medicamentos genéricos. Por ejemplo integrantes de la ONG surafricana *Treatment Action Campaign* (TAC) llegaron desde Brasil con medicamentos genéricos para el tratamiento del Sida, que se utilizarán en el proyecto de Médicos Sin Fronteras (MSF) en Suráfrica y la autoridad surafricana farmacéutica *-Medicines Control Council-* ha autorizado el uso de estos medicamentos genéricos para tratar a pacientes con Sida en Suráfrica.

Los medicamentos genéricos son todos efectivos y de buena calidad si se han confeccionado usando los principios esenciales del ingrediente y en la dosis adecuada. No tienen ninguna diferencia con un medicamento del mismo fármaco que este patentado y son mucho más baratos.

## 2. ¿Quién produce los medicamentos genéricos?

Muchos son fabricados por los mismos laboratorios que hacen los medicamentos de marca, otros son fabricados por distintos laboratorios al rededor del mundo especializados en la fabricación de genéricos. Todos los laboratorios deben cumplir con las rigurosas normas impuestas por la *Food & Drug Administration*, WHO y la aprobación de la GMP (Buenas Prácticas de manufacturación).

## 3. Laboratorios de los medicamentos genéricos

Al igual que los laboratorios de los medicamentos de marca, los laboratorios de los medicamentos genéricos hacen medicamentos con la misma calidad que el de marca.

Algunos de los medicamentos genéricos más utilizados son:

- ibuprofeno 400 mg tab
- amoxicilina 500 mg tab
- paracetamol 500 mg tab
- lidocaína clorhidrato 2% crp
- etambutol 400 mg tab
- codeína fosfato 30 mg tab

Un equipo internacional de AEFJN (África Europa Fe Justicia Net) han preparado un folleto en francés para enseñar en los centros de Salud qué son los medicamentos genéricos y su importancia en forma de un dialogo entre tres medicamentos idénticos, el paracetamol, pero que son conocidos por distintos nombres.

Reproducimos un corto extracto:

*Tres comprimidos se cuentan su historia y cómo han llegado hasta allí...*

*En apariencia nada los distingue: los tres son redondos y de un color parecido.*

*Uno se llama Sr. Paracetamol, el otro Mister Paracetamol y el último Papa Sitamal.*

*El Señor Paracetamol se dirige a Mister Paracetamol y a Papa Sitamal:*

- “Buenos días mis hermanos ¿Podríamos presentarnos?”.

- “Uf, esto seria muy largo de explicar”, respondió visiblemente malhumorado Mister Paracetamol, “ Pero tú, ¿puedes decirme de dónde vienes?”.

- “Sí, me han contado que en Europa hay personas que tienen dolor de articulaciones, y fiebre... entonces los investigadores han encontrado algo para aliviarlas, debían fabricar un medicamento a partir de una sustancia activa -el paracetamol-”, contestó el señor Paracetamol.

- “¿Qué es una sustancia activa”?, preguntó tímidamente Papa Sitamal.

- “Es la sustancia que dentro del medicamento posee un efecto terapéutico; en mi caso -el paracetamol- reduce el dolor y hace bajar la fiebre. Tiene dentro del medicamento una proporción muy pequeña, pero en la caja de donde yo vengo esta escrito... ¡500 mg!”.

- Entonces ¿si es una proporción pequeña, ¿el medicamento contiene otras sustancias?, pregunta Mister Paracetamol.

- “Claro que sí”, “el fabricante le ha añadido un excipiente, es decir unas sustancias neutras que entran en la composición del medicamento que soy para permitir incor-

*porar la sustancia activa y que el paciente no tenga problemas al tragarla. Recuerda lo que está escrito en la caja: excipiente. Comprimido seco”.*

- *“¿Pero entonces el fabricante puede hacer lo que quiera?”, pregunta de una manera insidiosa Papa Sitamal.*

- *“¡No! primero es preciso que yo sea “pre-cualificado”, responde el Señor Paracetamol.*

- *“¿Pre-qué?”, preguntó el Señor Sitamal.*

- *“Sí, ¡pre-cualificado! Para estar seguro de que yo soy un producto de calidad, debo estar conforme a las normas y estándares definidos por la Organización Mundial de la Salud”.*

- *“Bien, pero yo sé que la mayoría de países del continente africano y otros no disponen de la capacidad técnica y de los medios necesarios para poner un sistema que asegure la calidad de los productos”.*

- *“Tienes razón, por eso la OMS proporciona una lista de medicamentos de calidad y los lugares y farmacéuticas que los fabrican. Por eso en mi caja esta escrito “genérico de calidad”.*

- *“No entiendo nada”.*

- *“Ya veo que hay que explicártelo todo: Esencial significa que la OMS ha aceptado que mi sustancia activa de paracetamol calma efectivamente el dolor y la fiebre y que genérico significa que contengo la misma sustancia que el producto de “marca” que tu encuentras en las farmacias con los nombres de Efferalgan o Gelocatil, Panadol, etc.”*

- *“Ya entiendo. Y además, al ser genérico y no tener que pagar esa marca, eres más barato, pero igual de eficaz y bueno. Muchas gracias”.*

#### **4. La primera licencia obligatoria en India**

El gobierno indio ha autorizado a un fabricante de medicamentos a fabricar y vender una copia genérica de un medicamento para el cáncer patentado por Bayer. La razón dada es que Bayer ha mantenido precios que eran inabordables para la mayor parte de la población. La licencia ha sido atribuida a Natco, que ahora puede hacer un genérico de un medicamento de Bayer contra el cáncer de hígado y de riñón llamado Nexavar, pero solamente para la distribución interior, la decisión obliga igualmente a Natco a pagar 6% de las ganancias a Bayer. La decisión podría abrir la puerta a otros fabricantes de medicamentos genéricos indios a pasar, además de las patentes, a fabricar toda clase de medicamentos. Natco había hecho valer que el coste del tratamiento con Nexavar es inabordable para el indio medio y podría ser vendido por una fracción del precio de Bayer. Se espera que esta decisión baje el precio de 5.500 \$ por persona y mes a 175\$, o sea una bajada de precio del 97 por ciento.

### **III. Medicamentos esenciales**

El acceso a los medicamentos esenciales es una de las mayores preocupaciones de todos los países. En 1999, fecha del estudio realizado por la WHO (*World Health Organización*) solo la mitad de los países del mundo tenían acceso a los medicamentos esenciales. Una situación que ha cambiado en los últimos años estimándose que en la actualidad una tercera parte carece de ellos.

En la India se estima que unos 499 a 650 millones de personas no tienen acceso regular a medicamentos esenciales y en África más de la mitad de su población carece de ellos. Esta situación siempre unida a la pobreza y a los ingresos que posee el país por habitante estaría cambiando debido al crecimiento real que están experimentando estos países a pesar de la crisis global. Lo cual es un motivo de esperanza.

Un problema grande es el precio de los medicamentos. En Camerún, un medicamento para tratar una úlcera de estomago se estimaba en la mitad del sueldo de un funcionario, lo que hace imposible que la mayoría de la gente tenga acceso a él.

Otro problema grave es el uso racional de los medicamentos.

En todo el mundo se estima que la mitad de las medicinas prescritas son inadecuadamente prescritas, distribuidas o vendidas, y que la mitad de pacientes no toman los medicamentos correctamente.

Una tercera parte de las ventas de antibióticos a nivel mundial se hace sin una prescripción médica y estudios hechos en países como Indonesia o India muestran que al 70% de los pacientes se les prescribían antibióticos, una práctica que se supera en países del continente africano. Sin ellos los pacientes creen que no reciben adecuado tratamiento para lo que padecen. También el uso de inyectables, una práctica innecesaria y todavía mayor, que supera hasta el 90 %.

El uso inapropiado de los medicamentos es causa de mortalidad y muy costoso para el individuo y la totalidad de las economías del país.

El crecimiento de la resistencia a algunos anti microbianos es un problema serio para las economías de muchos países africanos. Desde la resistencia a la Cloroquina para la enfermedad de la malaria se han registrado múltiples tratamientos con diferentes medicamentos en muchos países. Esta resistencia se extendió a 81 de los 92 países en que la malaria es endémica. En la última década, los países han tenido que ir cambiando de medicamentos constantemente, Camoquin, Fansidar, Quinina, antibiótico combinado con Cloroquina etc. para combatirla eficazmente.

Se necesitan unas líneas básicas de diagnostico y tratamiento de enfermedades para muchos profesionales.

Y por último un mayor control y leyes que regulen el uso de los medicamentos, educación e información a la población y al personal sanitario como parte de una estrategia que facilite el uso correcto y racional de los medicamentos.

## 1. ¿Que es un medicamento esencial?

*El concepto de medicamento esencial ha sido aprobado por unanimidad por la Asamblea Mundial de la Salud. Se trata de un concepto flexible y adaptable a muchas situaciones diferentes; la determinación exacta de lo que se considera esencial es responsabilidad de cada país.*

El Programa OMS de Acción sobre Medicamentos Esenciales, así como los programas de lucha contra las enfermedades de la OMS, las organizaciones internacionales y no gubernamentales de todo el mundo y los organismos bilaterales, han divulgado y promovido ampliamente el concepto de medicamento esencial en los países. La vasta aplicabilidad del concepto queda demostrada por la experiencia de muchos países. Tal vez sea necesario estratificar las listas nacionales de medicamentos esenciales para incluir los conocimientos técnicos y los requisitos en los distintos niveles de la infraestructura de atención a la salud. La lista modelo contiene ahora numerosas medicaciones que requieren un elevado grado de conocimientos para garantizar un uso inocuo y eficaz. Antes de introducir algunos tipos de medicamentos se necesitan conocimientos especializados adecuados y recursos complementarios. Como ejemplo de situaciones en las cuales es necesario un control especializado del uso de los medicamentos cabe mencionar las siguientes:

- El uso de medicamentos antimicrobianos de reserva para bacterias multi-resistentes.



*Tiras de cómic para luchar contra las resistencias a los medicamentos*

La resistencia a los antimicrobianos es un problema grave para África que se enfrenta a niveles altos de infección. Medicamentos de baja calidad, el mal uso de los medicamentos y la falta de higiene y gestión de las basuras contribuyen entre todos a estas resistencias. Esto ha hecho que tratamientos de primera línea se vuelvan ineficaces y aumente inevitablemente el coste de los cuidados sanitarios. Esto tiene impacto en enfermedades como el paludismo, la tuberculosis y las infecciones que acompañan con frecuencia al Sida.

Las tiras cómicas, de lectura muy fácil, han sido producidas por la Red Farmacéutica Ecuménica (EPN) para dar información al público y a los profesionales mediante dibujos. Están disponibles en inglés y kiswahili.

- Volumen 1, para el gran público: Hacedos cargo de vuestra salud. Atacad la resistencia a los antimicrobianos. Es la historia de una comunidad que juega su rol. También vosotros podéis pasar a la acción.
- Volumen 2: para profesionales de la salud: Defended la salud de vuestros pacientes. Atacad la resistencia a los antimicrobianos. Una historia de profesionales de la salud que juegan su rol. Vosotros también podéis pasar a la acción.

- El establecimiento de regímenes adecuados para el tratamiento de la tuberculosis y la lepra.
- El uso de medicamentos antineoplásicos e inmunosupresores.
- El uso de medicamentos antirretrovíricos.

*Tanzania- Nueva industria farmacéutica para producir antirretrovirales*

Se ha construido una industria de productos farmacéuticos en el norte, cerca de Arusha. La producción comercial de los primeros antirretrovirales fabricados localmente. Es una etapa importante en la mejora del acceso a la terapia para los pacientes afectados del VIH/Sida. La fábrica ha sido construida con ayuda de la UE, de la Industria Farmacéutica Tanzana (en la que el gobierno tiene una participación del 40 %) y de Medeor, de Alemania. Tanzania tiene una tasa media del 5% de afectados, que llega al 15 % en las regiones meridionales de Iringa y Mbeya. Se espera que la central provea medicamentos para la mitad de los tanzanos seropositivos.

- El uso de medicamentos antimicrobianos, anti fúngicos y antivíricos para el tratamiento de infecciones oportunistas en pacientes con problemas inmunitarios.

En general, se ha preparado una lista muy corta para los agentes de salud comunitarios y las listas más extensas se han reservado para los grandes hospitales urbanos y regionales. Muchos países han aplicado con éxito el concepto también en hospitales docentes y en centros de atención especializada. El concepto se ha aplicado asimismo a la elaboración de formularios nacionales.

## 2. Listas de medicamentos esenciales

Muchos organismos internacionales y bilaterales han adoptado la lista modelo y ahora incluyen el suministro de medicamentos y su uso racional en sus programas de atención de salud. La adopción de la lista ha llevado a una mayor coordinación internacional del desarrollo de los servicios de salud, y se usa asimismo para determinar si los medicamentos donados son apropiados para una situación dada.

Se ha comprobado que en situaciones de emergencia es particularmente útil una lista adaptada y más corta. Esta lista figura en un botiquín de emergencia para atender las necesidades básicas de salud de 10.000 personas durante tres meses, preparado y actualizado por la OMS, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, UNICEF, Médicos Sin Fronteras, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, la Comisión Médica Cristiana y varias otras organizaciones no gubernamentales. Muchos proveedores sin fines de lucro mantienen existencias de botiquines con la mayoría de los medicamentos de la lista, lo cual permite responder con rapidez a la demanda. Además, el mismo grupo interinstitucional ha preparado una lista algo más larga de medicamentos esenciales para uso en situaciones de emergencia, que se ha incluido en un catálogo de artículos para socorro en casos de emergencia preparado por las Naciones Unidas.

Existe la cuestión de cómo los Gobiernos pueden proveer tratamientos que sean accesibles a sus poblaciones, especialmente en países pobres que tienen unas posibilidades muy limitadas.

La mayoría de los llamados medicamentos esenciales no tienen que ver nada con las patentes. Algunos no son **accesibles simplemente debido al coste de producción y distribución**.

Lo que sucede es que en la medida que crecen las resistencias a fármacos y aparecen nuevos y más potentes medicamentos la pregunta surge sobre qué condiciones necesitarían tratamientos más nuevos, en qué condiciones y qué se debería hacer con la propiedad intelectual y el poder superar las barreras.

**¿Qué condiciones deben ser tratadas con qué medicamentos? En qué áreas de las enfermedades se necesitan nuevos medicamentos patentados que prevean un tratamiento efectivo y en qué extensión? ¿son las patentes un problema?**

El acuerdo que regula las patentes TRIPS (El Comercio Relativo a los Aspectos del Derecho de la Propiedad Intelectual) se firmó en 1994 y se administra bajo el Comercio Mundial Internacional junto con la declaración de Doha que se aplicó especialmente para el tratamiento del Sida. En 2001 hubo otra mesa redonda en la que se comenzó a clarificar TRIPS y se afirmó que el objetivo era “promocionar el acceso de medicinas para todos”.

Los Gobiernos pueden o no elegir utilizar ciertos medicamentos en lugar de otros pero esto también supone una diferencia entre los países ricos y aquellos que no pueden tener acceso a ellos.

Una lista de medicamentos esenciales debe ser suficientemente flexible para dar cabida, según sea necesario, a otros medicamentos, a nueva información sobre los productos en uso y a cambios en la condición de las sustancias sujetas a fiscalización internacional. La experiencia con la lista modelo original y las revisiones sucesivas, así como con las listas regionales y nacionales de medicamentos esenciales, ha confirmado la necesidad de efectuar revisiones y actualizaciones periódicas.

Estas revisiones son indispensables no sólo debido a los adelantos logrados en la farmacoterapia, sino también para atender las necesidades de la práctica conforme a lo que indica la experiencia. Sin duda, no son convenientes cambios frecuentes y amplios, porque alteran los procedimientos de adquisición y distribución y pueden repercutir en la capacitación del personal de salud. Por esta razón, en la lista modelo se debe mantener una serie de medicamentos que, en gran medida, se han remplazado en los países donde existe una variedad más amplia de productos nuevos, pero que siguen usándose con frecuencia y con resultados satisfactorios en otros lugares.

La Organización Mundial de la Salud da algunas pautas y consejos para la confección de la lista de medicamentos esenciales dejando la decisión a los políticos de cada país, aconsejando que esa lista se adapte a una diversidad de situaciones locales que respondan a la mayoría de la población de ese país y que sean revisadas continuamente pudiendo así añadir las nuevas investigaciones de fármacos. Esta selección de los medicamentos esenciales depende de muchos fac-

tores, como el patrón de prevalencia de ciertas enfermedades; los servicios de tratamiento; la capacitación y experiencia del personal existente; los recursos financieros y diversos factores genéticos, demográficos y ambientales.

Una lista de medicamentos esenciales no quiere decir que los que no figuran en ella son inútiles, sino, simplemente, que en una situación determinada los medicamentos incluidos son los más necesarios para prestar asistencia de salud a la mayoría de la población, y que, por consiguiente, se debe disponer de ellos siempre en suficiente cantidad y en las formas farmacéuticas adecuadas.

A causa de las opiniones divergentes sobre la definición de «medicamento esencial» en relación con lo que se entiende por «necesidades de atención de salud de la mayoría» de la población, la lista modelo se ha ampliado gradualmente desde su introducción. Se han incluido ciertos medicamentos que son esenciales sólo si se planea establecer un programa terapéutico de lucha contra las enfermedades para cuyo tratamiento se emplean. Por ejemplo, si el país tiene programas específicos contra el cáncer, o la diabetes, etc. Los medicamentos que los traten estarán en esa lista.

### 3. Criterios para hacer una selección de medicamentos esenciales

La selección de medicamentos esenciales se debe basar siempre en pruebas. Sólo se seleccionarán los medicamentos sobre los cuales se hayan realizado estudios clínicos que hayan aportado información fiable y completa acerca de su eficacia e inocuidad y cuyos efectos en el uso general se hayan comprobado en entornos médicos de distintos tipos.

Cuando existan dos o más medicamentos similares en los aspectos mencionados, la selección se hará mediante una cuidadosa comparación de su eficacia, inocuidad, calidad, precio y disponibilidad.

En la mayoría de los casos, la fórmula de los medicamentos esenciales deberá incluir un solo principio activo. Las combinaciones de medicamentos en proporciones fijas son aceptables únicamente si la dosis de cada ingrediente se ajusta a las necesidades de un grupo definido de la población y se ha comprobado que la combinación aporta mayores beneficios que los obtenidos con cada compuesto administrado por separado, en cuanto a efecto terapéutico, inocuidad u observancia del régimen prescrito.

**En la actualidad están disponibles medicamentos esenciales en el sector público de la salud del Zimbabue**, gracias al programa de Aprovisionamiento de Medicamentos (EMSP) con muchos donantes, iniciado en 2008 y que ha recibido hasta ahora 52 millones de dólares. El dinero se ha utilizado para comprar medicamentos y material médico, que se ha distribuido entre los Centros de salud, NatPharm, rama de aprovisionamiento del Ministerio de Salud e Infancia. De acuerdo con un estudio realizado por la Unión Europea, el 80 % de medicinas esenciales están al alcance de la gente en los centros de Salud del País comparado con el 28% que existía en 2008. Este programa de medicinas esenciales para todos ha ayudado a reducir la disparidad que existía entre las áreas rurales y urbanas de acceso a estos medicamentos y el ministro de Salud Henry Madzorera ha declarado que “el sistema de Salud esta francamente en vías de recuperación y esperamos que cada zimbabuense tenga la posibilidad de ejercer el derecho humano de tener acceso a un servicio de salud de calidad”.

El sistema de salud de Zimbabue ha pasado por una grave penuria de medicamentos, material y personal cualificado tras la crisis económica caracterizada por la hiperinflación, penuria de productos básicos y fuga de cerebros. Muchos ciudadanos, incapaces de pagar los medicamentos en una farmacia privada, han recurrido a los curanderos tradicionales y a los predicadores, lo que se ha demostrado ineficaz. Últimamente la situación de los centros de salud ha mejorado.

Una mujer de Zimbabue explicó que había perdido a su hijo por falta de antibióticos en el Centro de Salud y también en el hospital más cercano a 50 kilómetros. La familia que vive de la agricultura estaba experimentando las consecuencias de un periodo largo de sequía y no podían en esos momentos comprar medicación en farmacias privadas. A la muerte de su hijo hizo la promesa de no volver a quedarse embarazada después de la experiencia traumática que vivió con la pérdida de su hijo por falta de medicamentos. “¿De qué nos sirve quedarnos embarazadas si no tenemos la garantía de que mi bebe podrá sobrevivir debido a los servicios tan pobres que se dan en las clínicas y hospitales?”.

#### IV. Medicamentos falsificados

Se ha expresado preocupación por la exportación, la importación y el contrabando de preparaciones farmacéuticas falsamente rotuladas, adulteradas, falsificadas o de calidad inferior. Algunos productos contienen una cantidad ínfima o nula de principio activo o incluso una sustancia activa diferente de la indicada en la etiqueta. En 1997 se celebró un segundo taller sobre medicamentos falsificados patrocinados conjuntamente por la OMS y la Federación Internacional de la Industria del Medicamento en el que se insistió en la necesidad de una amplia estrategia para detectar e impedir la fabricación y distribución de medicamentos falsificados y de calidad inferior. En cumplimiento de esa recomendación, la OMS ha establecido una base de datos para las notificaciones de medicamentos falsificados y ha elaborado una metodología para determinar la prevalencia de productos falsificados y de calidad inferior. El Comité respaldó firmemente estas actividades y recomendó a la OMS y sus Estados Miembros que siguieran realizándolas.

##### 1. Se llaman medicamentos falsos cuando:

Algunos de estos medicamentos no contienen los ingredientes activos, en otros no se encuentran las dosis adecuadas y otros contienen sustancias tóxicas.

Se ha comprobado que algunas pastillas solo contienen agua y tiza, como por ejemplo en las Aspirinas y el Paracetamol, por ser blancas, estas pastillas no solo no van a curar sino que atentan contra la salud de las personas.

En África se venden medicamentos falsificados en farmacias y en mercados o puestos que se encuentran en el borde de las carreteras junto con los alimentos y la ropa. Estos medicamentos son difíciles de controlar puesto que no están bajo ninguna reglamentación y además es una práctica muy extendida en África y difícil de hacerla desaparecer.

En Senegal, el 25% de los medicamentos vendidos fuera de las farmacias son falsos, y en otros países africanos se calcula que la media del 30% y en otros hasta del 50% de esos medicamentos vendidos en mercados ambulantes son falsos. El problema surge en el abastecimiento y en la imposibilidad de encontrar medicamentos en los centros de Salud. Algún testimonio recogido indica: *“Es la manera de proveernos de medicamentos que siempre habíamos utilizado sin problemas”* y sin posibilidad de acceso a farmacias en lugares rurales y lejos de la capital es el único medio que existe. *“No tengo los medios para comprarlos en la farmacia, así que el día que las autoridades prohíban esta venta habrán firmado nuestra sentencia de muerte”*.

##### 2. Qué son las farmacias volantes africanas

No se trata de los botiquines de los aviones, sino de unos puestos de venta de medicamentos, a veces instalados en carritos, que van por los mercados y hasta a las puertas de los hospitales, para vender los medicamentos más corrientes a la pieza, pues todos no disponen de dinero para comprar una caja de comprimidos, un bote de pomada o una botella de jarabe. Casi todo se puede fraccionar, y se fracciona para venderlo en dosis.

En cualquier mercado africano encontramos puestos que venden medicamentos a la pieza, como en otros puestos venden los cigarrillos a pares o los terrones de azúcar para la papilla del bebé. ¡Hasta los fósforos se venden sueltos! El nivel de la gente es tan bajo, que el comerciante se ve obligado a abrir los embalajes y los paquetes para vender por unidades.

En las Farmacias de tipo occidental se venden los medicamentos en su embalaje original, sean cajas, botes o frascos. Pero cuando a un africano le duele la cabeza o está con la tiritona de la malaria y sólo tiene unas moneditas en el bolsillo, pues se compra un par de aspirinas o cloroquininas. El medicamento le cuesta más caro, pero la cantidad desembolsada es menor; gasta todo lo que tiene.

### 3. ¿Dónde se encuentra el problema?

No es el hecho de fraccionar el contenido de una caja y la venta por unidades, lo que causa problema sanitario. El problema está en que los botes abiertos se quedan expuestos al sol y al viento, ya no se controlan las fechas de caducidad, y a veces hasta se mezclan involuntariamente unas cápsulas con otras o se confunden las pastillas del mismo color y formato. Ahí está el peligro, además de que las dosis de caballo pueden llegar a matar a los niños.

Los medicamentos falsificados vienen en particular del Sureste asiático, de la India y principalmente del gigante de la falsificación, China. En África occidental el principal país origen de las falsificaciones es Nigeria.

Otros medicamentos son buenos y llegan a las “farmacias volantes” porque son fruto de robos de los depósitos de los dispensarios y hospitales, pero también del tráfico practicado por enfermeros corruptos, que desvían ciertas cantidades de remedios para la vía callejera, ganándose así un sobresueldo, así sucede también a los restos de stocks pasados de fecha y que las farmacias liquidan por esta vía paralela.

Cosa notoria es que son raras las inspecciones realizadas por las autoridades sanitarias y casi nunca se imponen multas por la venta incontrolada de estos medicamentos.

Da la impresión de que existe una cierta tolerancia por parte de los poderes públicos hacia las “farmacias volantes” y sus doctores callejeros. Pues todo el mundo reconoce que si hubiera voluntad política por parte del Gobierno de acabar con este negocio, en pocos días se podía liquidar la venta callejera.

Es preciso e importante educar a la población para que compre en las Farmacias legales y llevar un control de los precios de los medicamentos en estas farmacias. Igualmente hay que controlar más e imponer castigos ejemplares al personal sanitario, que trafica con medicamentos destinados a ser distribuidos gratuitamente a los más necesitados.

### 4. Consecuencias del uso de medicamentos falsos

Los medicamentos falsificados dañan a los pacientes por no tratar adecuadamente las enfermedades importantes y por crear resistencia a las enfermedades infecciosas, en algunos casos producen la muerte.

Unas 200.000 muertes al año podrían evitarse si los medicamentos contra la malaria fueran de buena calidad. El comercio de estos medicamentos está menos controlado que el de las drogas y es 25 veces más lucrativo que éste. Como los traficantes lo saben, el negocio de los medicamentos falsos crece rápidamente, y además se ha basado en copiar las reglas del tráfico ilegal de drogas y aplicarlo a este comercio. Su control lo ejercen las mafias que no tienen escrúpulo alguno. Estas redes de traficantes son muy flexibles y se adelantan a las leyes que los regulan evitando así su detención.



*Pero mientras que un consumidor de drogas sabe lo que toma, un paciente al que se le dan medicamentos falsificados ignora totalmente su peligro.*

**A pesar del efecto devastador que ocasionan los medicamentos falsos a escala global, pero especialmente en África y países pobres, este crimen no se toma tan en serio como el resto del contrabando. Y en una época en la que se trata de erradicar la pobreza, los medicamentos falsos aún la hacen mayor.**

**Es un verdadero crimen contra la Humanidad.**

## **5. Algunas iniciativas africanas contra los medicamentos falsos**

**Burkina Faso** celebró del 27 al 29 de septiembre de 2011, en Uagadugú, una mesa redonda sobre los medicamentos falsos. Fue organizada en partenariatio con los 15 países de la Comunidad Económica de Estados del África Occidental, CEDA O, las instituciones de salud burkinesa y del África Occidental y la Fundación Chirac, entre otras. El objetivo era reforzar la estrategia sub-regional y la puesta en práctica de una plataforma de coordinación en la lucha contra los falsos medicamentos. Los expertos, viniendo de horizontes diversos, trabajaron durante tres días sobre las diferentes temáticas que afectan al tráfico de medicamentos falsos. Esto ha permitido la consolidación del Plan de Acción del OOAS (Organización del Oeste Africano de la Salud) y del documento de abogacía del UEMOA (Unión Económica y Monetaria de África Occidental), así como la creación de una plataforma de soporte sobre este tema.

**África Occidental** a través de la operación “Cobra”, organizada de forma simultánea en 6 países de África (Burkina Faso, Ghana, Camerún, Nigeria, Togo y Senegal) busca luchar contra los productos médicos falsificados y la criminalidad farmacéutica para desmantelarlos. Las inversiones en el tráfico de medicamentos falsificados producen sólidos ingresos, yendo hasta el 45 % según Esaie Ovono, experto de la INTERPOL.

Desde octubre de 2011, se habían confiscado 2,5 toneladas de medicamentos falsos, y se seguían acciones judiciales contra 23 personas en las ciudades de Bobo-Dioulasso y Uagadugú. La operación fue llevada a cabo por la INTERPOL, la aduana y las policías nacional y municipal. Estas confiscaciones podrían contribuir a una mayor sensibilización de las poblaciones sobre los efectos nefastos de los medicamentos falsificados. Una operación similar tuvo lugar en Togo, donde se capturaron 7 toneladas de medicamentos.

Hubo muchas felicitaciones sobre estas confiscaciones, pero también surgieron muchas preguntas: ¿Se trata de mercado ilícito (medicamentos sin patente) o de medicamentos falsificados? Si son falsos, ¿quién los ha definido como tales? Una vez confiscados, ¿hay un procedimiento judicial? ¿Qué dice el código penal sobre ese tema? ¿Se ha desmantelado de hecho toda la red? ¿Existe relación entre las capturas y la Mesa Redonda sobre los medicamentos falsos?

Para regular este problema de salud pública de forma definitiva, se precisa voluntad política, que a menudo está ausente, y una estrategia a largo plazo que implique a los consumidores y a los vendedores al por menor de estos medicamentos.

**En Kenia** el decreto de la Corte Suprema, que estima que la definición del término “falsificación” utilizada en la ley de anti-falsificación de 2008 es demasiado amplio, permitirá salvar a millones de kenianos y proteger el derecho a la vida de los ciudadanos. La jueza de la Corte Suprema, Mumbi Nguigi, ha constatado que la ley no hacía claramente la distinción entre los medicamentos falsos y los medicamentos genéricos. Ha apelado al Parlamento para quitar las ambigüedades que podrían acarrear la elección arbitraria de medicamentos genéricos bajo cubierta de lucha contra los medicamentos falsos. En julio 2009, tres personas que sufrían de VIH habían depositado una queja, haciendo valer que los artículos 2, 32 y 34 de la ley contuvieran ambigüedades que, si eran mal interpretadas o daban lugar a abusos, corrían el peligro de comprometer el acceso de los kenianos a los medicamentos genéricos esenciales.

## 6. Medicrime

El 7 de diciembre de 2010, el Consejo de Europa y después de haberse celebrado la conferencia sobre el tráfico de los medicamentos falsificados, creó y adoptó la Convención de Medicrime.

Es el primer instrumento legal internacional que criminaliza la falsificación, la producción y la distribución de productos farmacéuticos que se distribuyen en el mercado mundial sin autorización o bien violando las normas de seguridad establecidas por la organización mundial de la Salud. Detrás de esta iniciativa se encuentra entre otros la Fundación Chirac que está comprometida en la creación de un instrumento que regule la distribución de las medicinas y el derecho de los enfermos al acceso a medicamentos que estén controlados en su calidad.

Destinada a proteger la salud pública, la Convención Medicrime es el primer instrumento internacional, que pide a los países del grupo tomar las medidas legislativas necesarias para castigar bajo una ley criminal:

- la producción de medicamentos falsos.
- el suministro o la oferta de suministrar, al igual que traficar con medicamentos falsificados.
- el suministro de documentos falsos.
- la producción, la oferta de suministrar o suministrar productos de medicamentos sin autorización o sin la conformidad requerida.

La Convención de Medicrime esta abierta para que los gobiernos se unan y firmen el tratado desde octubre de 2011. Y también está abierta a países que no son miembros de Consejo de Europa.

## 7. Control de medicamentos

Los pueblos africanos tienen derecho a conocer cuáles son los productores y distribuidores de fármacos que no son de estricta calidad y poner un embargo sobre ellos. Una de las formas principales para evitar la falsificación de los medicamentos es la medición de la calidad de los fármacos por lo que es preciso ayudar económicamente a los países que lo necesiten para su lucha contra el comercio ilegal. Nigeria posee un buen modelo de control: hace más de 10 años que se dio cuenta de que más del 50% de los medicamentos en el país eran falsos y adulterados e inició una campaña fuerte de multas y el negar la entrada a distintas compañías, lo que los ha reducido al 10-16%. Se necesita también una voluntad política por parte de los gobiernos, ya que uno de los problemas es que muchos países carecen de leyes que penalicen estas acciones y a sus actores.

## V. ¿Qué es ACTA? (Anti-Counterfeiting Trade Agreement 2011)

### 1. Las negociaciones y el acuerdo sobre el comercio de falsificaciones (ACTA) y las consecuencias para África

Desde 2007, la UE negocia un acuerdo sobre el comercio de falsificaciones (ACTA) con Australia, Canadá, Japón, Corea, México, Marruecos, Nueva Zelanda, Singapur, Suiza y Estados Unidos. Se ha concebido el ACTA como un acuerdo pluri-lateral fuera de instituciones como la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI) y la OMC, donde ya se establecen los criterios relativos a las normas de la propiedad intelectual. Hasta la fecha, ha habido ocho fases de negociación. La Comisión deseaba el fin de las negociaciones para 2010. Los lobistas del mundo de los negocios apoyan vigorosamente las negociaciones de ACTA.

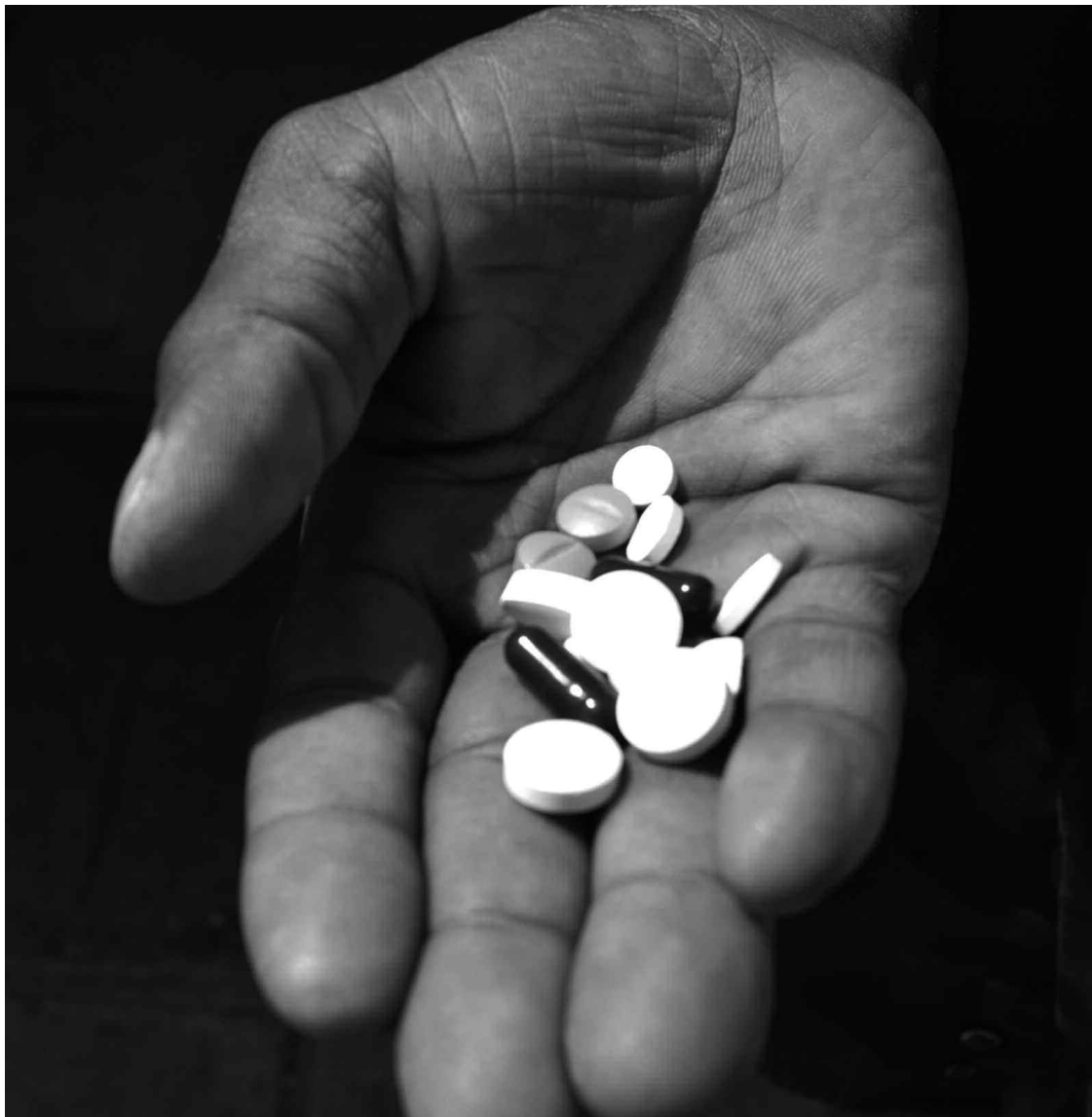
Un silencio sin precedentes rodea las negociaciones de ACTA y parece que se quiere evitar una filtración a la opinión pública. Los negociadores se han puesto de acuerdo sobre una cláusula de confidencialidad, para guardar el secreto durante las negociaciones. Lo que la Comisión

Europea ha querido desvelar a la sociedad civil se resume en breves generalidades que no permiten un estudio más exhaustivo de las implicaciones del acuerdo. Este acuerdo quiere establecer entre los participantes normas nacionales reforzadas sobre la propiedad intelectual. África no está en la mesa de negociaciones, y el acuerdo no será aplicable más que a los países signatarios. A primera vista, cabe preguntarse por qué hablamos de ACTA en este dossier. Hay que saber que si ACTA llega a ser una realidad, tendría consecuencias extensas y dañinas para África.

## 2. África y ACTA

La posición oficial de la Comisión para con los países que no toman parte en las negociaciones es la siguiente: *Los países que no toman parte de estas negociaciones, y no van pues a firmar el acuerdo, no serán evidentemente vinculados por él. ACTA no quiere aislar a países, ni tampoco señalar con el dedo sus esfuerzos por ponerlo en práctica. Los países comprometidos en esta iniciativa comparten una visión común respecto a una vía más estricta en la lucha contra los desafíos de la piratería y las falsificaciones actuales.*

África no está directamente obligada a aceptar las medidas que lleguen de ACTA, pero resentirá su impacto. La UE sigue por ahora un programa agresivo en los acuerdos comerciales que negocia con terceros, y esto concierne a los Acuerdos de Partenariado Económico (APE) que



Tabletas para la Tuberculosis. © Julius Mwelu/IRIN.

lleva a cabo con África. Esta voluntad de incluir las normas de Inspección de Contenidos es parte de la estrategia Global Europe de la UE. Los autores de un artículo publicado recientemente por el *Yale Journal of International Law Online* hablan de la amenaza para los gobiernos de países en desarrollo que no participan en las negociaciones, de ver el campo de maniobras de su política nacional reducido por ACTA, ya que las normas de este acuerdo corren el riesgo de ser una exigencia en futuros acuerdos bilaterales. Esto significaría, entre otras cosas, para África, una dificultad añadida o la imposibilidad de tener acceso a medicamentos vitales y un acceso mucho más complicado a las tecnologías, factor indispensable para el desarrollo económico.

Según la Comisión, ACTA respetará la Declaración sobre los acuerdos de la OMC sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) y la Salud Pública, pero fuentes independientes se ven en la imposibilidad de confirmarlo. Las medidas de refuerzo previstas por ACTA crearán un bloqueo, mediante los agentes de aduanas, para el transporte de medicamentos genéricos hacia África. OXFAM ha expresado su temor al daño que ACTA hará a los países en desarrollo, y que destruirá el equilibrio entre la protección de la propiedad intelectual y la necesidad de abastecer a todos de medicamentos a precios asequibles.

La UE está ya comprometida en actividades inquietantes respecto al acceso a medicamentos. La UE financia el anteproyecto, tan controvertido, del Proyecto sobre Bienes Falsificados (Enmienda para mercancías falsificadas) de Uganda, una ley que amenaza el acceso a los medicamentos genéricos vitales en ese país del África Oriental de escasos recursos. Sobre el 90 % de los medicamentos empleados por los servicios de salud en Uganda son importados, el 93% son genéricos. Harvey Rouse, jefe de la sección de Política y Comercio en el seno de la Delegación de la UE en Uganda, ha confirmado que una parte del acuerdo de cinco millones de euros ingresados en Uganda en julio 2009 había financiado la elaboración de la ley contra la falsificación.

ACTA presenta también otro riesgo para África y es el privar a los africanos del acceso a la tecnología, que podrían desarrollar y adaptar según sus necesidades específicas. Si las normas de la PI se hacen aún más estrictas, la creatividad y la innovación, bases del desarrollo para los países más pobres, se verían asfixiadas. El Premio Nobel Joseph Stiglitz ha dicho que lo que necesitan los países en desarrollo es evolucionar económicamente y por tanto precisan DPI menos restrictivos, y no medidas aún más restrictivas para la DPI. Es por tanto crucial seguir con atención las negociaciones de ACTA y presionar en la Comisión Europea, para que haga públicos los textos de las negociaciones actuales.

## VI. Estudio calificativo realizado en 2011 en países africanos sobre los medicamentos de calidad

En el año 2011, la Antena Madrid África, Europa, Fe y Justicia y el grupo que trabaja para que África consiga tener medicamentos de buena calidad **hizo un estudio sobre el terreno enviando cuestionarios a centros de salud y diferentes países africanos** de los que consiguió la información que se detalla a continuación. El estudio no es cuantitativo por la dificultad de conseguir respuestas de muchos lugares y que se explica por diversas razones: exceso de trabajo del personal sanitario, falta de internet en la mayoría de áreas rurales y algunos países en que trabaja muy lentamente, falta de información adecuada sobre los medicamentos utilizados en centros y leyes que los regulan y una cierta dificultad cultural en todo lo que se refiere al paso de información que no se hace vía oral.

Por otra parte, el estudio es genuino y muestra con veracidad las prácticas de los habitantes de esos países en materia de salud y posibilidades para acceder a los medicamentos. Por lo que consideramos importante resaltar los datos que nos ofrecen en este campo de la Salud en que tenemos pocos conocimientos y existe mucha ignorancia.

## 1. Los cuestionarios vienen de Centros de Salud y hospitales de los países de

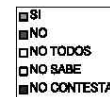
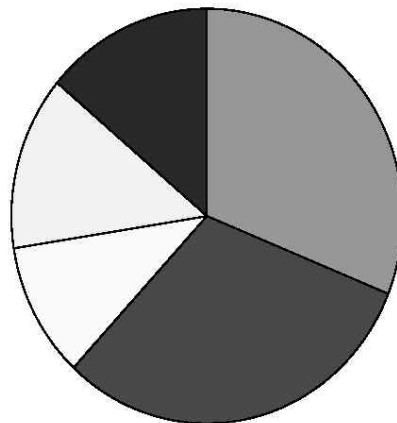


- Benín -----→ 8 cuestionarios.
- R.D.C -----→ 5 cuestionarios.
- Camerún -----→ 4 cuestionarios.
  
- Níger -----→ 2 cuestionarios.
- Burkina Faso -----→ 2 cuestionarios.
- Mozambique -----→ 2 cuestionarios.
- Ruanda -----→ 2 cuestionarios.
  
- Malawi -----→ 1 cuestionario.
- Malí -----→ 1 cuestionario.
- Togo -----→ 1 cuestionario.
- Tanzania -----→ 1 cuestionario.

Todos los países africanos en la actualidad tienen conocimientos sobre los medicamentos genéricos y la posibilidad de adquirirlos a un bajo precio que el de nombre de marca por lo que es una gran ayuda para los pacientes y el costo de los centros y hospitales. Estos países consiguen medicamentos genéricos procedentes de: la **India**, mencionado en **10 ocasiones**, seguido de China con 6 repuestas. República Democrática del Congo y Benín, 4; Francia, Kenia, Holanda y Alemania, 3 veces y siguen diferentes países mencionados dos o una sola vez. Ver anexo 1. Cinco personas (17%) desconocen la procedencia de los medicamentos genéricos utilizados en sus centros y/o en su entorno.



## ¿SON EFECTIVOS LOS MEDICAMENTOS QUE USA LA GENTE DE TU ZONA?



## NO SON EFICACES

- \* Composición y dosis dudosas 6
- \* Se utilizan mal 4
- \* Se almacenan en malas condiciones 3
- \* Se transportan en malas condiciones 2
- \* No contestan 1.

## SI SON EFICACES

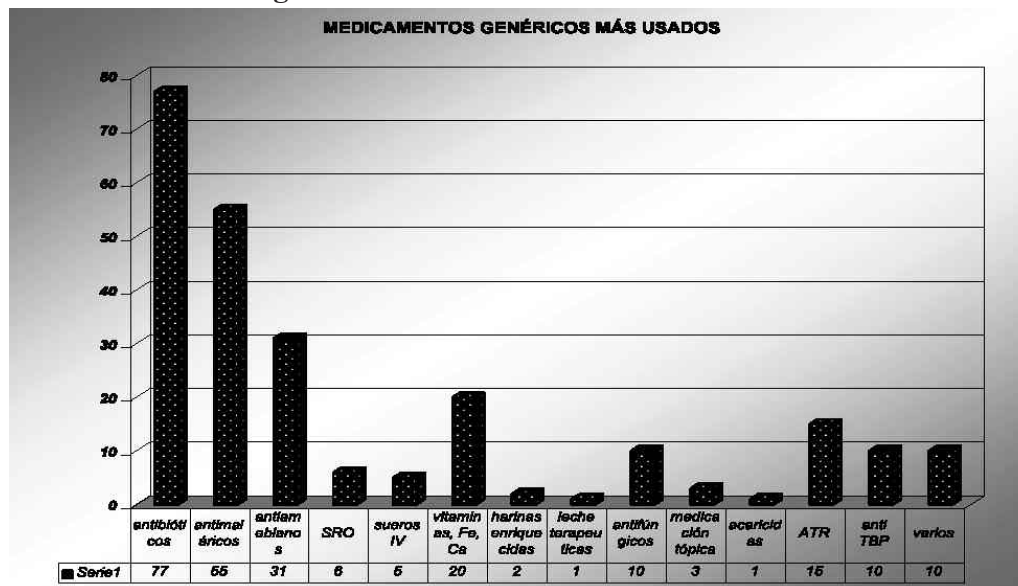
- \* No contestan 5
- \* Son accesibles 2
- \* Se controla la calidad 1
- \* Se usan bien 1

Las respuestas muestran que las personas que dudan de la efectividad de los medicamentos tengan claras las razones, siendo la composición y dosis erróneas lo que se lleva el mayor número de respuestas; el transporte y almacenamiento en malas condiciones, juntos, también suman un número considerable. Pero las personas que sí creen en la efectividad de los medicamentos no indican por qué aunque deducimos que tienen seguridad en las farmacéuticas que los adquieren.

## 2. Las compañías farmacéuticas de donde proceden

Si ya hay mucha variedad en cuanto al país de origen de los genéricos, al preguntar por las compañías farmacéuticas que los fabrican la variedad es muy diversa y es casi imposible hacer ni gráfico ni clasificación. **Cipla Ltd. de India** se menciona en 4 ocasiones, **Pharmaquick SA de Benín** en 3, **Stérop Belgique** en 2. Y sigue un listado largo de mencionados solo 1 vez.

## 3. Los Medicamentos genéricos más usados.



#### 4. Las 5 enfermedades más importantes de África donde trabajas

El paludismo y las parasitosis intestinales aparecen en 28 de los 29 cuestionarios, seguidas de las infecciones respiratorias, que se nombran en 24 cuestionarios de los 29 y ya a mucha distancia siguen las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), 9; enfermedades de la piel, 9; la anemia, 8; el Sida, 7; la malnutrición, 5; la tuberculosis, 5; fiebre tifoidea, 4; reumatismo, 3; diabetes, 2; herpes zoster, 2; cólera, 1; accidentes, 1; hepatitis, 1; epilepsia, 1; tiña, 1; bilharziosis, 1 y otras.

A pesar de que El SIDA (junto con las infecciones oportunistas) se menciona sólo en 7 cuestionarios se debe a que las enfermedades más importantes y endémicas en África son el paludismo y las infecciones por parásitos. África es el continente que alberga más casos de Sida que el resto del mundo en el África subsahariana, pero en los registros de Centros de Salud y hospitales las defunciones están marcadas por las enfermedades oportunistas del Sida, como la Tuberculosis, el paludismo, el Kaposi sarcoma, (cáncer de la piel), las neumonías y por tanto no aparece en los primeros lugares. Otra razón es que muchos familiares y enfermos no deseen utilizar la palabra Sida por las implicaciones de tabú y repudio que significa en muchos países y la última, pero no menos importante, es porque sencillamente no sepan o no tengan los medios para diagnosticar esta enfermedad.



Puesto de información sobre Sida en Zambia. © UN Photo.

De los cuestionarios sacamos las siguientes respuestas:

- Falta de medios de diagnóstico y los casos pasan desapercibidos
- Miedo de la gente a hacerse los test y conocer un posible diagnóstico de infección por VIH
- La gente sabe lo que tiene pero no lo dice
- El Gobierno se ocupa de estos enfermos y ya no son responsabilidad nuestra. (de los centros de salud rurales o de la misión)

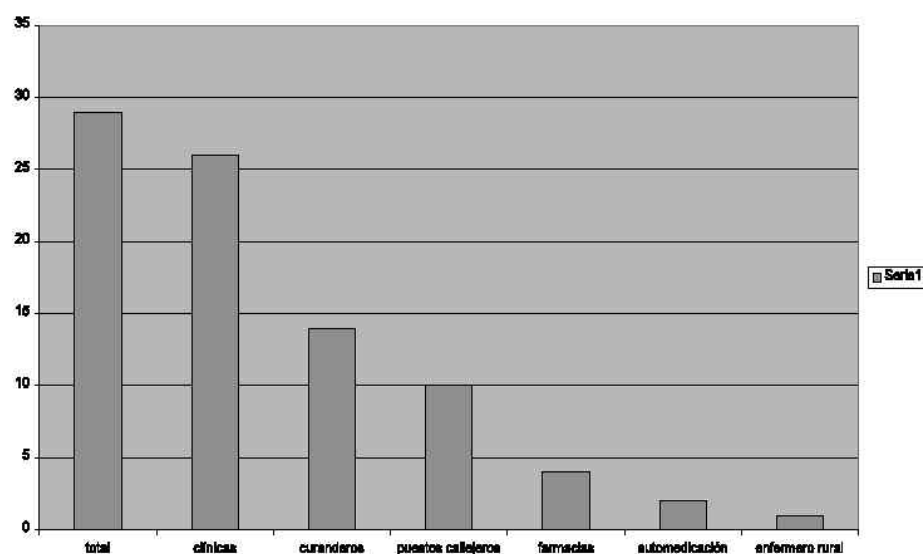
## 5. El estudio recoge la información de medicamentos disponibles para tratar esas enfermedades

De las 29 respuestas obtenidas, sólo 14 afirman sin duda que sí hay, 12 respuestas contestan con un “más o menos” ambiguo, dos de ellas dicen sin ninguna duda que no tienen y una no contesta.

Sólo en la mitad de los casos se afirma que hay medicamentos para tratar las 5 enfermedades más comunes; para otro porcentaje alto (alrededor del 42%) hay a veces y a veces no. El porcentaje de los que contestan que **no hay** es muy pequeño. Esto se puede explicar en la respuesta siguiente que recoge la siguiente información.

## 6. Cuando la gente sufre estas enfermedades ¿A dónde acude para recibir tratamiento?

La gente acude para recibir tratamiento a:



Aún con la diferente realidad de cada país sí hay bastante uniformidad en las respuestas: las clínicas (centros de salud estatales o de misión o privados) se llevan la mayoría de respuestas como lugar de primera elección para tratarse. La medicina tradicional va muy detrás de estos, pero por delante de las compras de medicación en puestos callejeros, farmacias ambulantes, mercados... Obviamente, la gente sabe muy bien a donde debe acudir para recibir atención de calidad pero **¿se paga por los medicamentos?**

- 24 dicen que pagan.
- 1 que son gratuitos.
- 1 persona dice que son un pago simbólico.
- 3 personas dicen que unos pagan y otros no pagan.
- 1 persona dice que soborna.

A la pregunta del costo de los tratamientos hemos incluido la respuesta de “**gratuito para algunas enfermedades**” que está mencionado en 6 ocasiones. Una respuesta de un centro contestó con la palabra “soborno” para conseguirlas, lo que era muy corriente en países como la RDC en donde hubo un tiempo en que hasta para tomar la temperatura del paciente, el personal sanitario exigía un pago. El buen dato a anotar es que en el estudio esto solo se ha mencionado una vez. 24 encuestas responden que los medicamentos son de pago, una sola dice que son gratuitos, y otra respuesta que el pago es simbólico (o sea, casi gratuito) y en algún caso se mencionan ambos, gratuito y de pago, según la modalidad de centro, estatal o privado.

“**Algunas enfermedades**” hacen referencia a la TBP, SIDA, Malaria que junto con algún programa materno-infantil son gratuitos en la mayoría de los países africanos.

Si los medicamentos no existen o no son accesibles a la gente cuando acuden al dispensario de un hospital o Centro de Salud, la población los adquiere en:

- ❖ Una farmacia, (zona urbana) donde son caros, 20 respuestas
- ❖ En el mercado, puestos callejeros, 8 respuestas
- ❖ En otro centro de salud, 3 respuestas
- ❖ Piden a los amigos y vecinos, 1 respuesta
- ❖ Van a la farmacia de la misión, 1 respuesta
- ❖ Van a la ciudad, 1 respuesta
- ❖ Hay diversos organismos que facilitan medicación para casos muy concretos (HIV, TBP), 1 respuesta
- ❖ Afirman que no hay dónde comprar, 1 respuesta

Queda muy claro que la opción de ir a comprar medicación a otra parte, en este caso la farmacia donde se venden a precios muy poco asequibles para la mayoría, desequilibra gravemente la precaria economía familiar. De hecho, en uno de los cuestionarios se nos dice explícitamente que las familias no pueden pagar los medicamentos.

*La encuesta muestra los muchos problemas que tienen las familias para acceder a medicamentos de calidad a precios asequibles. Muchos de ellos acuden a la medicina tradicional y a los curanderos que existen en los pueblos.*

## 7. ¿Acuden muchos pacientes a los curanderos?

La respuesta es un rotundo SÍ en 27 ocasiones, si bien en un cuestionario se matiza que son solo **algunos pacientes los que acuden al curandero**. Los que **no contestan** o niegan solo representan una respuesta cada uno.



En algunos de los cuestionarios la respuesta a esta pregunta es variada y múltiple. Mucha gente acude a los Centros de Salud a la vez que anterior o posteriormente busca la ayuda de un curandero según sus creencias. Si es una prioridad en sus convicciones lo hace al principio de la enfermedad y si no consigue una mejoría termina siempre visitándolo como último recurso.

### **Razones para acudir a la medicina tradicional:**

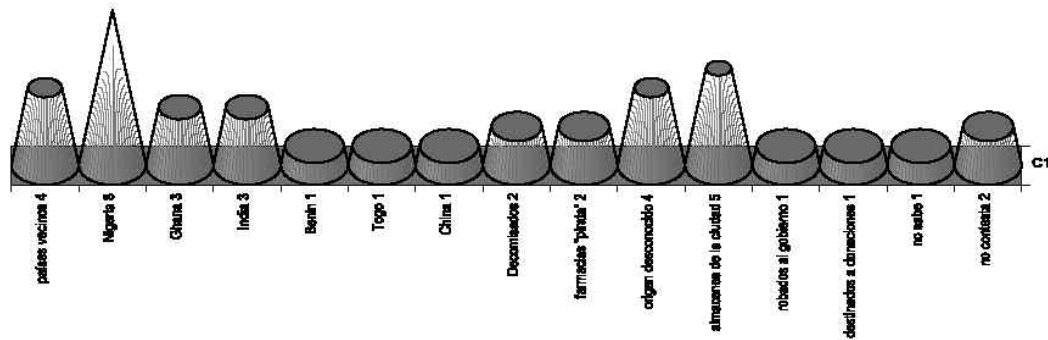
21 personas acuden por tradición; 13, por economía; 7, por escasa formación y 4, por tener dificultad en acceder a la medicina moderna.

*La medicina tradicional ha tomado mucho auge en los últimos años en los países africanos. Las comadronas tradicionales han sido incorporadas a programas del Ministerio de la Salud e invitadas a atender mesas redondas y cursos de adaptación con el personal sanitario de los hospitales.*

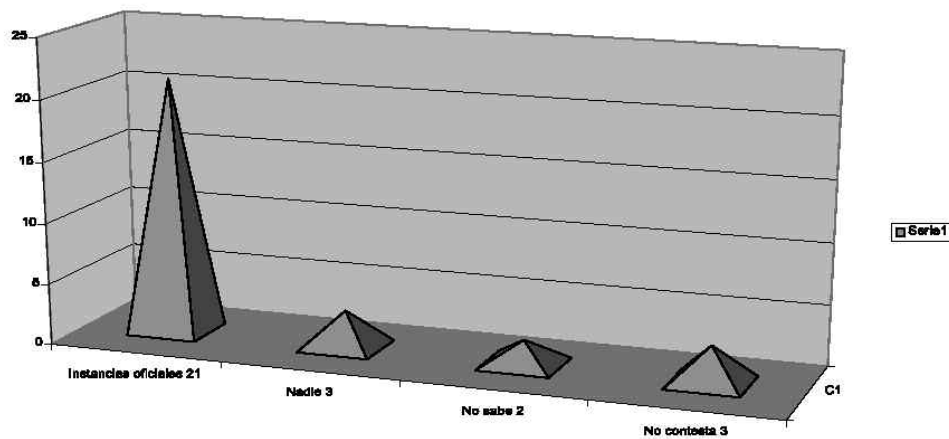


## 8. Un dato interesante es reflejar la procedencia de los medicamentos que se venden al público

**LOS MEDICAMENTOS QUE SE VENDEN EN LA CALLE VIENEN DE:**

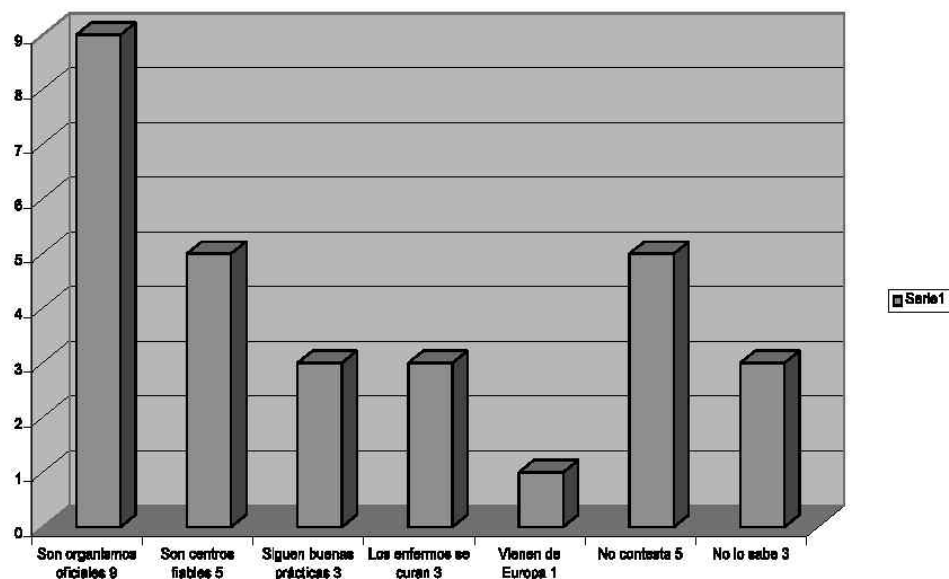


**LOS QUE CONTROLAN LA CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS**



Son organismos oficiales, mayoritariamente, los encargados de controlar que los medicamentos tengan la calidad debida. Es preocupante que haya 3 respuestas, que representa un 10% de la muestra, afirmando que NADIE hace ese control.

**GARANTÍAS DE CALIDAD DE LOS CENTROS DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS**

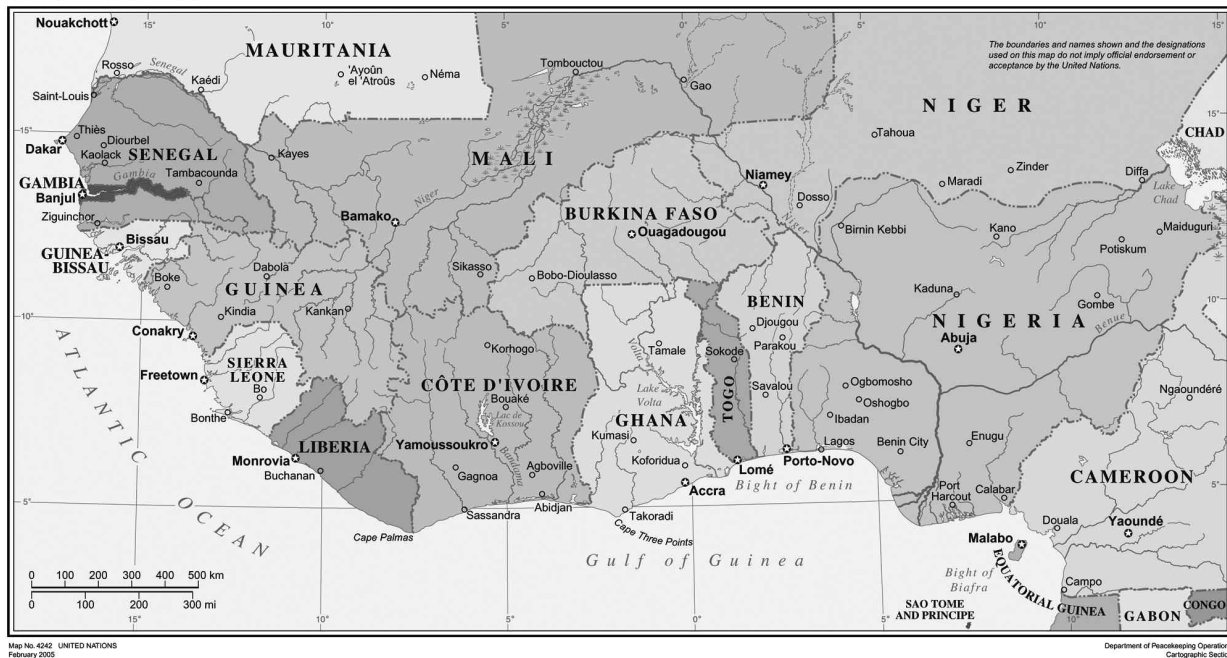




Las respuestas son positivas y cada vez mas son los centros oficiales, almacenes gubernamentales los que hacen distribución de los medicamentos a los hospitales y centros de Salud por lo que la garantía de buenos medicamentos está asegurada en la mayoría de los países.

## 9. República de Benín

### WEST AFRICA



Mapa de África Occidental, donde se sitúa Benín. © United Nations. Sección de Cartografía.

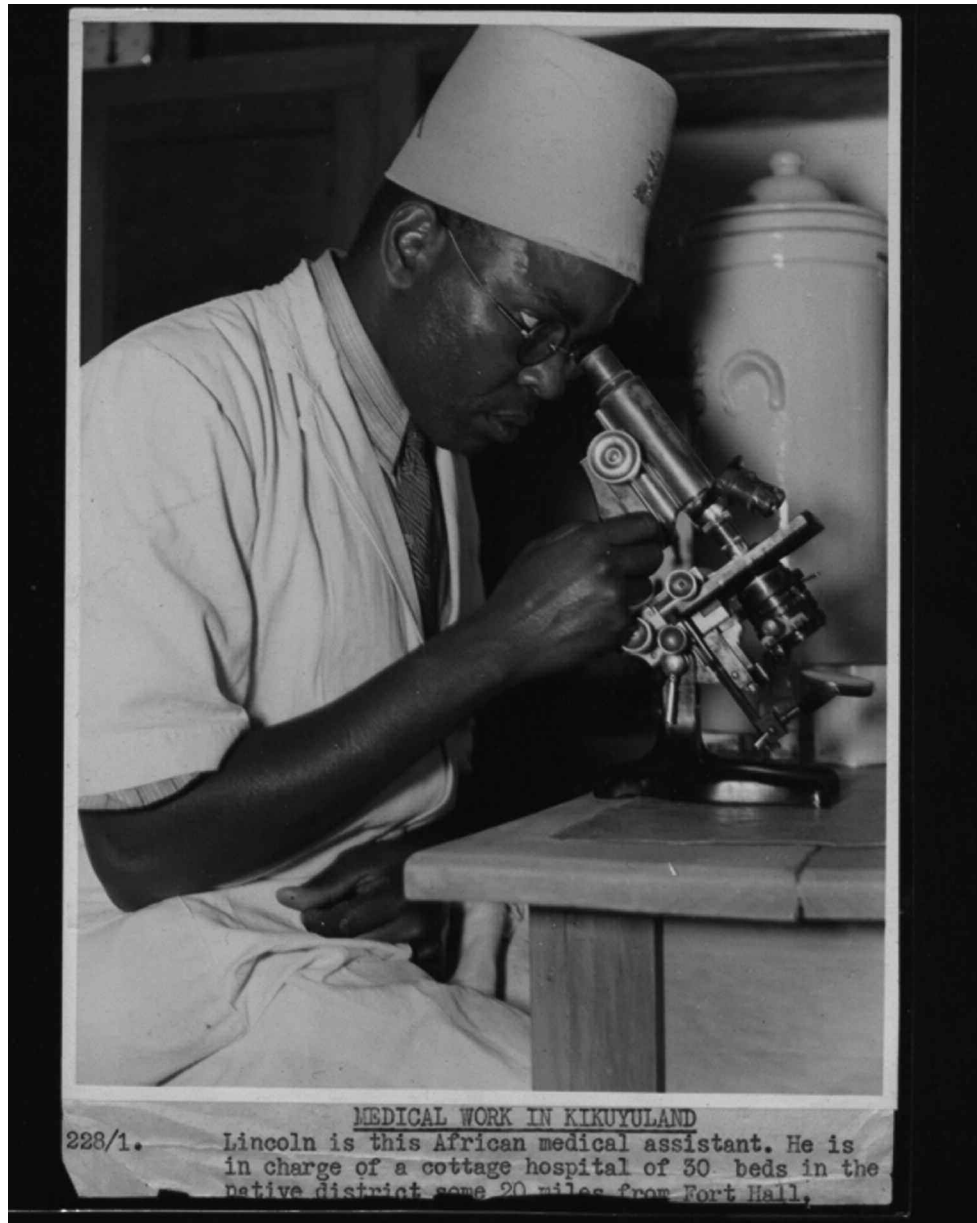
Un 30% de las de respuestas e información obtenidas en este estudio procedían de Centros de Salud y hospitales de Benín por lo que consideramos importante dar algunos datos de este país africano.

Antiguamente llamado Dahomey, Benín es un país de África del Oeste. Limita con los países de Togo, Burkina Faso, Níger y Nigeria. Su capital es Porto Novo aunque el Gobierno se encuentra en Cotonú, que es la ciudad más grande y más conocida por las reuniones internacionales que se han celebrado allí. Una de ellas sobre los medicamentos para África. Benín tiene una población de nueve millones de habitantes y la mayoría se concentra en la costa sur. Benín depende de la agricultura y de la exportación del algodón. En 2008 y 2009 experimentó un crecimiento de hasta un 5.7 %. Su lengua oficial es el francés y la población practica la religión católica, seguida por el Islam y el Protestantismo. Por su situación abierta al mar, en el siglo XVIII los reyes de Dahomey traficaban con esclavos lo que llegó a representar un ingreso de 250.000 libras esterlinas por año. Fue un comercio que duró más de 300 años y que había comenzado en 1472 con un tratado que se hizo con los portugueses.

En la actualidad la esperanza de vida para sus habitantes es la de 59 años, sin embargo en los años 80 menos del 30 % de la población tenía acceso a los servicios de salud primarios y Benín poseía uno de los índices de mortalidad infantil de menores de cinco años más alto del mundo y del continente africano, lo que cambió drásticamente en 2003 bajo la “iniciativa Bamako” que introdujo la reforma del sistema bajo el programa de Home Based Care (cuidados básicos a domicilio y en las áreas rurales) lo que hizo que los recursos de servicios se repartieran más igualmente entre la población.

La Iniciativa Bamako fue adoptada por los ministros de Salud de países africanos en 1987 en Bamako, Malí para implementar estrategias diseñadas en incrementar la accesibilidad de los medicamentos esenciales y otros servicios de Salud en los países del África Subsahariana. Fue un verdadero esfuerzo conjunto de los Ministerios de Salud, la Organización Mundial de la Salud y UNICEF para financiar los programas de salud primaria en todo el África subsahariana y descentralizar los servicios, llevándolos a los pueblos y a los lugares más remotos e inaccesibles. Eso requería una movilización de toda la población que tuvo éxito y fue el comienzo de una Salud para todos que va consiguiéndose poco a poco en el continente Africano.

## CONCLUSIÓN



© The National Archives UK.

Los objetivos del Milenio están todos interrelacionados como lo están: la pobreza, el empleo, la justa gestión de recursos, la seguridad alimentaria, el acceso a servicios médicos, los medicamentos sanos y accesibles para todos.

Resulta inaceptable que las causas más importantes de muertes en países en desarrollo, como son la malaria y tuberculosis, sean curables y que no se disponga todavía de una vacuna.

También es inadmisibile que un grupo de imperios farmacéuticos controle y juegue con la salud de seres humanos, para conseguir el máximo lucro financiero.

Es deplorable pero cierto que hasta la enfermedad se ha convertido en un negocio multimillonario. No podemos aceptar que se trivialice la vida y la sexualidad de las personas.

El derecho a la salud y a la vida es cuestión de justicia social y uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.

Necesitamos defender el valor y la dignidad de cada vida humana y la necesidad de gestión responsable de todos los recursos disponibles para promover el desarrollo integral de todos y el Bien Común.

Debemos estar con las personas que sufren hambre, sed, miseria, carencias extremas y enfermedad, para promover su dignidad y bienestar.

Necesitamos una responsabilidad solidaria y una compasión justa para con los más empobrecidos.

Es indispensable la colaboración de todos los organismos nacionales e internacionales para promover un mundo global mas humano.

Necesitamos compartir nuestros recursos, trabajo y servicios con los demás, al mismo tiempo que exigimos al gobierno un comportamiento más justo, que sitúe siempre al ser humano en el centro de sus políticas económicas.

*Confeccionado por el equipo de AEFJN - Medicamentos.*

*Antena Madrid*

*Coordinado por Amparo Cuesta y equipo de Fundación Sur*

#### **Referencias:**

- Leyes y Regulaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) Español.
- Investigación sobre el terreno efectuada por el grupo Medicamentos AEFJN. Madrid 2011.
- Noticias e información sobre medicamentos en África AEFJN- Bruselas.
- La “Foire aux comprimés”- AEFJN. Bruselas África Occidental.
- “The World Medicines situations”. WHO (*World Health Organization*) ingles.
- Las farmacias volantes. Antonio Molina M.A.
- Benín: Datos del país, situación, geografía, salud. Mapa.
- Mapa de África: Confeccionado por Antonio Cuesta.
- Manos Unidas. Campaña: “La salud: derecho de todos. Actúa”.

## CUADERNOS

### Últimos volúmenes publicados

n.º

**Vol: 21 (2007)**

- 1 y 2** Antagonismo Tutsi - Hutu ¿Un trágico error colonial?, por Ramón Arozarena. (Enero-Abril, 2007)
- 3 y 4** África: La vida amenazada, por Begoña Iñarra Pampliega, Hmnsda. (Mayo-Agosto, 2007)
- 5 y 6** Objetivos del Milenio: la educación es clave, editado por Manos Unidas y Fundación Sur. (Septiembre-Diciembre, 2007)

**Vol: 22 (2008)**

- 1** Menores soldados: El infierno del horror absoluto. (Enero - Febrero, 2008)
- 2** Salud de la mujer en África, coordinado por José Julio Martín Sacristán Núñez. (Marzo - Abril, 2008)
- 3** Mirar al Mundo con ojos nuevos: Escritoras Africanas, por Bibian Pérez Ruiz. (Mayo-Junio, 2008)
- 4** Crónica política de Ruanda y Burundi 2008, por Filip Reyntjens. (Julio - Agosto, 2008)
- 5** Racismo. Coordinado por Julio Martín Sacristán. (Septiembre - Octubre, 2008)
- 6** Una mirada a los retos de África hoy. Por Agustín Arteche Gorostegui. (Noviembre - Diciembre, 2008)

**Vol: 23 (2009)**

- 1** Religiones Tradicionales, por Eugenio Bacaicoa Artazcoz. (Enero - Febrero, 2009)
- 2** Islam en África Subsahariana I. Por Agustín Arteche Gorostegui. (Marzo - Abril, 2009)
- 3** Islam en África Subsahariana II. Por Agustín Arteche Gorostegui. (Mayo - Junio, 2009)
- 4** Crónica política de Ruanda 2008 - 2009. Por Filip Reyntjens. (Julio - Agosto, 2009)
- 5** Leopold Sédar Senghor. Por M<sup>a</sup> Jesús Cuende González. (Septiembre - Octubre, 2009)
- 6** Educar en Mozambique. Una mirada desde los últimos, por Ramón Aguadero Miguel. (Noviembre - Diciembre, 2009)

**Vol: 24 (2010)**

- 1** Piratería en el Golfo de Adén, mitos y malentendidos, por Amparo Cuesta. (Enero - Febrero, 2010)
- 2** Fútbol en África, por Fundación Red Deporte y Cooperación. (Marzo - Abril, 2010)
- 3** Desarrollo directo en Burkina Faso, por Antonio Molina Molina. (Mayo - Junio, 2010)
- 4 y 5** Crónica Política de Ruanda y Burundi, 2009-10. Por F. Reyntjens y S. Vandeginste. Traducido por Ramón Arozarena. (Julio - Octubre, 2010)
- 6** Sida y Tuberculosis en África subsahariana, por Amparo Cuesta. (Noviembre - Diciembre, 2010)

**Vol: 25 (2011)**

- 1** Visión, percepción y lugar de África en la política exterior del Australian Labor Party, por Alfredo Crespo Alcázar. (Enero - Febrero, 2011)
- 2** Los bosques del África Subsahariana, por Amparo Cuesta. (Marzo - Abril, 2011)
- 3 y 4** España, comparsa del imperialismo estadounidense en el Congo Belga, por Agustín Velloso Santisteban. (Mayo - Agosto, 2011)
- 5** Afrodescendencia en la actualidad, Tributo al profesor Ildelfonso Gutiérrez Azopardo, por J. D. Mosquera Mosquera, Luis Beltrán Repetto y Marcia A. Santacruz Palacios. (Septiembre - Octubre, 2011)
- 6** Libertad Religiosa en África. Informe 2010, por Antonio Molina y Mikel Larburu. (Noviembre - Diciembre, 2011)

**Vol: 26 (2012)**

- 1** Crónica Política de los Grandes Lagos 2010 - 2011, por F. Reyntjens, J. Otemikongo, M. Yahisule y N. O. Rashidi. Traducido por Ramón Arozarena. (Enero - Febrero, 2012)
- 2.** China en África Subsahariana, por Carlos Espejo Martínez. (Marzo - Abril, 2012)
- 3** Acaparamiento de tierras en África, coordinado por Lázaro Bustince Sola. (Mayo - Junio, 2012)
- 4.** África Crece, por Bartolomé Burgos. (Noviembre - Diciembre, 2012)

**Con la financiación de:**