

REVELANDO SALUD

Una propuesta de educación
transformadora sobre acceso
a medicamentos esenciales y derecho
a la salud para formación profesional



REVELANDO SALUD

Una propuesta de educación
transformadora sobre acceso
a medicamentos esenciales y derecho
a la salud para formación profesional

EDITA



CONTENIDOS

Víctor Manuel González Requena (Coordinación), Andrea Luque Martín, Pablo Navarro Fernández y Nova Elena Póveda Taboada

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Ricardo Barquín Molero

ILUSTRACIONES

Cristian Pineda

REVISIÓN ENFOQUE DE GÉNERO

Nayra García-González y M^a Pilar Tudela-Vázquez
Grupo de Formación e Investigación Social Tejiendo Redes

DEPÓSITO LEGAL

GR 1018-2019

Esta publicación ha sido realizada con el apoyo financiero de la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AACID), en el marco del proyecto 0ED012/2017 “Contra las enfermedades olvidadas y la desigualdad en el acceso a la salud: formación y sensibilización en IES andaluces con FP Sanidad desde un enfoque participativo, creativo y basado en AYSS para el cumplimiento del derecho a la salud”.

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

Licencia Creative Commons BY-NC-SA

ÍNDICE

11	1. FARMAMUNDI: ¿QUIÉNES SOMOS Y QUÉ ES EL PROYECTO REVELANDO SALUD?
12	I. La propuesta de educación transformadora Revelando Salud
12	II. ¿Por qué y para qué esta guía?
13	III. Enfoques transversales
14	IV. Competencias
17	2. CLAVES SOBRE EL ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES Y EL DERECHO A LA SALUD
29	3. ESTRATEGIA METODOLÓGICA
31	4. PROPUESTA EDUCATIVA
32	Sesión inicial: conversaciones de café
36	Segunda sesión: cineforo y estudio de casos
39	Tercera sesión: juego de rol
45	Cuarta sesión: un paso al frente por la salud global
51	5. EVALUACIÓN
53	6. BIBLIOGRAFÍA, WEBS Y OTROS RECURSOS
55	7. ANEXOS
57	Anexo I: fichas técnicas audiovisuales
59	Anexo II: casos prácticos de actividad estudio de casos
65	Anexo III: tarjetas con personajes de Un paso al frente
85	Anexo IV: tarjetas de agentes juego de rol
97	Anexo V: cartas de evento juego de rol
101	Anexo VI: cartas de crisis











1. FARMAMUNDI: ¿QUIÉNES SOMOS Y QUÉ ES EL PROYECTO REVELANDO SALUD?

Farmacéuticos Mundi (Farmamundi) es una ONG para el desarrollo que trabaja desde su constitución, en 1993, para contribuir a asegurar el derecho a la salud a través del suministro de medicamentos y material sanitario, la cooperación para el desarrollo, la acción humanitaria y de emergencias y la educación para el desarrollo.

Nuestro trabajo por la promoción del derecho a la salud ha evolucionado hacia intervenciones entendidas desde enfoques de derechos humanos, de proceso e integrales. Para ello, trabajamos de la mano de la comunidad local e instituciones públicas y privadas de entornos diversos y complejos, y ampliamos nuestro ámbito de actuación hacia procesos de cambio basados en la educación para la transformación social. Estos procesos educativos se caracterizan por el desarrollo de capacidades, el empoderamiento, la movilización, la formación, la sensibilización social y la denuncia e incidencia política.

En Farmamundi entendemos la Educación para el Desarrollo de una Ciudadanía Global (EpDCG) como la herramienta para formar y sensibilizar en torno al derecho a la salud y generar procesos de reflexión crítica y acción basados en el compromiso y la solidaridad entre la ciudadanía hacia una justicia social y en el marco de los derechos humanos. Uno de nuestros objetivos principales es generar espacios de reflexión y conciencia crítica en los diferentes colectivos de la sociedad, lo que dará como resultado un mayor compromiso por el cambio social en favor del cumplimiento de los derechos humanos. De este modo, a través de la EpDCG buscamos propiciar y participar en cambios que promuevan esa transformación hacia la justicia social. Nuestra estrategia para lograrlo se organiza según unos niveles continuos:

- un primer nivel de reflexión y pensamiento: desarrollo de una conciencia crítica y de corresponsabilidad a nivel individual;
- un segundo nivel de actuación: motivar la acción individual;
- un tercer nivel de organización colectiva: se produce un salto del compromiso individual al compromiso colectivo; y, por último,
- un cuarto nivel de incidencia política, en el que se trabaja por una sociedad civil comprometida y organizada, capaz de generar procesos y dinámicas que demanden a los poderes públicos el efectivo cumplimiento de los derechos humanos.

En Andalucía, destacan las experiencias educativas en el contexto de la formación profesional, especialmente en ciclos formativos relacionados con la sanidad, a través de diversas iniciativas enmarcadas en nuestra estrategia de EpDCG.

I. LA PROPUESTA DE EDUCACIÓN TRANSFORMADORA REVELANDO SALUD

Tras varias experiencias educativas, en Farmamundi hemos podido comprobar de primera mano el poder creativo y transformador que tienen el alumnado y el profesorado de los centros educativos andaluces, así que llevamos a cabo un proceso de diseño conjunto con cuatro IES de las provincias de Granada, Málaga y Almería y pusimos en marcha esta iniciativa educativa para promover el acceso a medicamentos esenciales como elemento indispensable para garantizar el derecho a la salud global.

Esta propuesta, que cuenta con el apoyo financiero de la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AACID), de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, ha involucrado a los Institutos de Educación Secundaria Albaida (Almería), Alto Almanzora (Tíjola, Almería), La Madraza (Granada) y CDP Santa María de los Ángeles (Málaga). Estos centros educativos han participado en un proceso de sensibilización, formación y comunicación basada en una metodología participativa, creativa, dialógica y vivencial. Así, el profesorado y el alumnado (compuesto por futuras prestadoras de servicios de salud y a la comunidad) han participado activamente en un proceso formativo y de reflexión crítica sobre algunas cuestiones relevantes para que el derecho a la salud sea una realidad para todas las personas, independientemente de su género, etnia, edad, cultura, identidad u orientación sexual, condición, etc.

Este proceso se ha visto complementado a su vez con un ciclo formativo dirigido a promover un aprendizaje práctico en torno al uso de la herramienta fotográfica como un instrumento dirigido a la sensibilización y movilización de la ciudadanía en favor del derecho a la salud. Esta propuesta formativa se recoge a su vez en una guía didáctica disponible en la web del proyecto: www.revelandosalud.org

II. ¿POR QUÉ Y PARA QUÉ ESTA GUÍA?

Esta guía didáctica ha sido elaborada para contribuir a desarrollar procesos de transmisión de conocimientos y sensibilización del alumnado de ciclos formativos relacionados con la salud y servicios a la comunidad en torno al acceso a los medicamentos esenciales y el derecho a la salud desde una perspectiva global, de derechos humanos, diversidad cultural y género.

Comprende una propuesta educativa que pretende desarrollar en el alumnado un conjunto amplio de competencias diversas: reflexión crítica, capacidad de diálogo colectivo, aprendizaje cooperativo, empatía, vivencialidad. Pretende, asimismo, facilitar al profesorado conocimientos básicos y una propuesta educativa innovadora y transformadora, replicable en diversos contextos y con personas o grupos muy variados. La guía, que contempla un conjunto de sesiones de sensibilización y formación que componen un ciclo o proceso, tiene un claro propósito dirigido a sensibilizar y a movilizar a la ciudadanía, en particular al alumnado y profesorado, en favor del derecho a la salud y el acceso a medicamentos esenciales.

La propuesta educativa que aquí se recoge contempla un conjunto de sesiones formativas con estos **objetivos**:

Que el **alumnado participante** incremente sus conocimientos y su capacidad de reflexión crítica, sensibilización, implicación, reflexión y grado de exigencia sobre la problemática y la búsqueda de posibles soluciones a la situación actual del acceso a medicamentos esenciales en los países empobrecidos, desde una perspectiva global y basada en el cumplimiento del derecho a la salud, considerando las diferentes variables que influyen en su acceso, en particular el precio, el género y la diversidad cultural.

Por otra parte, el alumnado será más competente para:

1. Conocer el funcionamiento de alguno de los mecanismos que rigen las relaciones entre los países en un mundo globalizado, y cómo incide en la disponibilidad que de ellos pueden tenerse en los países más desfavorecidos y de menores recursos.
2. Conocer la operatoria de determinados aspectos de las normativas de comercio internacional en lo referente a su afección a los países empobrecidos.

3. Identificar los posibles mecanismos de retribución de las actividades de I+D+I en los medicamentos más allá del habitual consistente en la incorporación de sobrepuestos monopolísticos por patentes en el precio final de venta.
4. Valorar críticamente el papel de algunas de las instituciones de carácter internacional que intervienen en la regulación de la comercialización de los medicamentos a nivel internacional como mercancías sujetas a derechos de propiedad intelectual.
5. Incorporar en su sistema de decisiones, y por ende en las decisiones que puedan tomar a lo largo de su vida profesional, la visión de la situación de las personas menos favorecidas y las dificultades que existen en muchos países para hacer efectivos derecho de carácter universal como lo es el derecho a la salud.
6. Abordar situaciones en las que concurren objetivos e intereses opuestos mediante procedimientos de negociación y consecución de acuerdos pactados.
7. Trabajar y diseñar estrategias en grupo, desarrollar actitudes críticas y autocríticas, poner en práctica la creatividad para la resolución de problemas y poner en valor el compromiso ético y de solidaridad para con los colectivos más desfavorecidos.

Que el **profesorado participante**:

- a) adquiera conocimientos suficientes para facilitar procesos educativos transformadores que aborden el acceso a medicamentos y el derecho a la salud en ciclos formativos relacionados con la salud, desde un enfoque global, de género, diversidad cultural y basado en derechos humanos, que considere las variables que influyen en este acceso y derecho;
- b) conozca y se apropie de herramientas/técnicas educativas para emprender estos procesos desde un enfoque práctico, participativo y vivencial.

III. ENFOQUES TRANSVERSALES: BREVES APUNTES

Enfoque de género. Se reconoce como el ejercicio de llevar a la práctica las actuaciones necesarias que se derivan de la toma de conciencia de las inequidades entre los géneros, partiendo de las desigualdades sociales, culturales y económicas que genera el patriarcado. El enfoque de género se alinea con las cuestiones centrales reflejadas en la Agenda Pro-Equidad y en las agendas feministas, atendiendo por lo tanto a reflexiones desde la teoría y la práctica. Supone prestar atención a cómo el género conlleva desigualdades a lo largo todo el ciclo de la vida (infancia, juventud, adultez y tercera edad) y atender a la diversidad de identidades sexuales, asegurando la igualdad de trato, de oportunidades y de resultados.

A través de las actividades incluidas en esta guía se fomenta la integración de este enfoque con acciones específicas pro equidad e integrando la perspectiva de género en todas las fases, niveles y ámbitos (transversalización o *mainstreaming*). La incorporación del enfoque de género que trabajamos desde las Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo (ONGD) se alinea con los principios del II Plan de Igualdad de Género en educación 2016-2021 de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía.

Enfoque de sostenibilidad ambiental y Cambio Climático. Se considera esencial aplicar este enfoque en todos los niveles y en todas las fases de las actuaciones previstas en la guía, desde la planificación hasta la evaluación. Las intervenciones deben realizar un análisis del impacto ambiental que pueden generar en el medio, es decir, analizar cómo puede afectar al medio ambiente el desarrollo de las actividades. Esto permitirá -además de optar por la alternativa menos lesiva- establecer medidas preventivas, correctoras y compensatorias orientadas a minimizar los daños, incluyendo un sistema de compensación de emisiones de CO2 vinculado a la impresión de papeles o el uso de materiales no respetuosos con el medioambiente. Este enfoque implica también promover la economía verde (tecnologías limpias, energías renovables, servicios de agua, movilidad sostenible o tratamiento de los desechos, entre otras) y la circular (reduciendo al mínimo la generación de los residuos, promoviendo en el alumnado más eficiencia en el uso de los recursos).

Enfoque basado en derechos humanos (EBDH). Este enfoque transversal adopta los derechos humanos como marco de referencia continuo. Busca transformar las relaciones de poder existentes, corrigiendo las desigualdades, las prácticas discriminatorias y el injusto reparto de poder. Implica que el objetivo general del desarrollo es la plena realización de los derechos de todas las personas.

El contenido de los derechos humanos apunta a las metas que debemos conseguir. Los valores y los principios son las vías para conseguir estos objetivos. El EBDH no describe las situaciones en términos de necesidades humanas o de áreas que requieren desarrollo, sino en términos de la obligación que existe de responder a los derechos humanos de las personas. El ser humano deja de ser considerado un sujeto con unas necesidades que tienen que ser cubiertas, para ser concebido como un sujeto de derechos, con poder jurídico y social para exigir al Estado comportamientos y acciones que encaminados a su exigibilidad y cumplimiento. Requiere abordarlo de forma práctica para garantizar el ejercicio pleno de los derechos de todas las personas, empoderarlas, facilitar la participación protagonista plena y efectiva, velar por la no discriminación por razón de género, orientación sexual e identidad de género, así como por otras razones como la etnia. La cultura o la diversidad funcional.

Por otra parte, resulta clave hacer referencia al estigma y patologización que sufren las personas que se sitúan fuera de la cisnormatividad. Este es el caso de las personas trans*, lo que ha conllevado históricamente que su derecho a la salud haya sido vulnerado.

Las personas trans* sufren discriminaciones en todos los ámbitos de la vida, como el educativo, el laboral o el sanitario. Habitualmente se enfrentan a la transfobia, es decir, la discriminación y rechazo sistemático de las identidades que no se asocian a la norma.

Gracias al activismo y a las reclamas constantes del colectivo LGTBIQ+ se ha avanzado considerablemente en los últimos años en relación a la conquista de derechos para las personas trans*. Esto se ha traducido en la entrada en vigor de diferentes textos legislativos que los reconocen y que pretenden evitar la discriminación que les afecta en la vida cotidiana, especialmente aquellas que tienen que ver con las instituciones y administraciones públicas. La Comunidad Autónoma de Andalucía ha sido pionera en el territorio español a este respecto, contando con dos leyes de referencia: *la Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía* y *la Ley 8/2017, de 28 de diciembre, para garantizar los derechos, la igualdad de trato y no discriminación de las personas LGTBI y sus familiares en Andalucía*.

Sin embargo, aún queda mucho camino por recorrer. La OMS dejó de considerar la transexualidad un trastorno muy recientemente, en 2018. Desde entonces pasó a denominarla incongruencia de género y a formar parte del capítulo de condiciones relativas a la salud sexual. El colectivo transexual considera todavía esta mención como patologizante en tanto que sigue considerando las identidades trans* como algo relativo a la sexualidad y no como una patología social que considera anormal o desviada cualquier forma de ser que se salga de la norma.

IV. COMPETENCIAS

En los últimos años se están trabajando y organizando los aprendizajes dentro y fuera de los centros educativos por competencias. Ser competente supone tener la capacidad para movilizar, tanto conceptuales como de destrezas y valores, para resolver una situación real determinada. Las competencias nos ofrecen una mirada más integral, amplia, holística. Para poder sistematizar los aprendizajes competenciales queremos hacer referencia a la **propuesta de macro competencias** que define la UNESCO, ya que consideramos que todos los agentes educativos se pueden ver identificados.

La UNESCO propone un marco interesante¹ para repensar las competencias de los y las ciudadanas del futuro, lo constituye la base del currículum que se está preparando en el marco de la agenda 2030, y que busca preparar a las personas para la Industria 4.0. Se exponen 7 macro competencias, esto es, competencias amplias que suponen una mirada integral y holística:

1 - http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/resources/future_competences_and_the_future_of_curriculum.pdf

—
Aprendizaje a lo largo de la vida: curiosidad, creatividad, comunicación, pensamiento crítico, resolución de problemas, reflexión, innovación...

—
Autogestión: iniciativa, motivación, responsabilidad...

—
Uso interactivo de herramientas y recursos diversos: uso eficiente de los recursos, consumo responsable, etc.

—
Interacción con las otras personas: trabajo en equipo, colaboración, negociación, liderazgo...

—
Interacción con el mundo: ser local y global, equilibrar derechos y responsabilidades, derechos y privilegios...

—
Trans-disciplinariedad: dominio de especialidades, humanidades, lenguas, etc.

—
Multi-alfabetización: lectura y escritura, digitales, tecnológico, cultural, financiera...



2. CLAVES SOBRE EL ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES Y EL DERECHO A LA SALUD

Según la OMS,

se consideran esenciales los medicamentos que cubren las necesidades de atención de salud prioritarias de la población. Su selección se hace atendiendo a la prevalencia de las enfermedades y a su seguridad, eficacia y costo-eficacia comparativa.

Se pretende que, en el contexto de los sistemas de salud existentes, los medicamentos esenciales estén disponibles en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con una calidad garantizada, y a un precio asequible para las personas y para la comunidad².

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. La importancia continua de garantizar el acceso a los medicamentos esenciales se ha reconocido en la meta 3.8 de los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)**, esto es, *lograr la cobertura sanitaria universal y, en particular, el acceso a medicamentos esenciales seguros, eficaces, de calidad y asequibles* para todas las personas. El acceso a los medicamentos también se ha reconocido, en varias resoluciones de la Asamblea de la Salud³, como un elemento clave de las respuestas a numerosos problemas y características importantes de la salud pública. Así, para lograr la cobertura sanitaria universal es necesario un acceso a medicamentos y vacunas esenciales que sean seguros, eficaces, de calidad y asequibles.

Lo anterior requiere el desarrollo de un **enfoque integral de los sistemas de salud** que considere todas las fases de la cadena de valor de los medicamentos, desde la investigación, el desarrollo y la innovación basados en las necesidades hasta el establecimiento de procesos y sistemas de fabricación que garanticen la obtención de productos de calidad y permitan atajar el problema de los medicamentos falsificados y de calidad subestándar, la formulación de políticas comerciales y de propiedad intelectual que estén orientadas hacia la salud pública, la formulación de políticas de selección, la fijación de precios y reembolso, la integridad y eficacia de la adquisición y el suministro, y una prescripción y uso adecuados. Asimismo, a lo largo de esta cadena es necesario supervisar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos. Los sistemas farmacéuticos tienen que satisfacer las necesidades de poblaciones específicas, como los niños y niñas y las personas que requieren cuidados paliativos, y han de tener capacidad de reacción frente a amenazas emergentes.

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

2 - http://www.who.int/topics/essential_medicines/es/

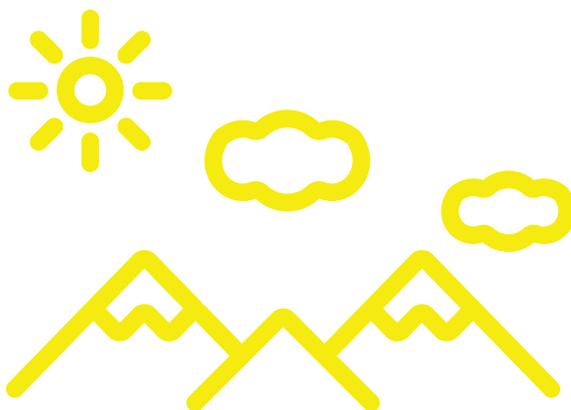
3 - Informe A70/20 de la Secretaría “La escasez mundial de medicamentos y vacunas y el acceso a ello” 70.ª Asamblea Mundial de la Salud. 24 de abril de 2017. Disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_20-sp.pdf

Para garantizar el acceso a los medicamentos esenciales, la OMS ha elaborado la **hoja de ruta sobre el acceso a los medicamentos y vacunas 2019-2023**⁴. En este sentido, el acceso a los medicamentos y a las vacunas es un problema multidimensional, por lo que requiere políticas y estrategias nacionales integrales, además de marcos legislativos y reglamentarios que atiendan las necesidades del sistema de salud y abarquen la totalidad del ciclo de vida de los productos.

VARIABLES EN EL ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES EN EL MUNDO

La desigualdad de acceso a los medicamentos tiene un origen multifactorial que no se ubica exclusivamente en las 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 se encuentra en un conjunto de *variables* que a menudo se cruzan y se relacionan con la idea de interseccionalidad comentada en el capítulo anterior. Se abordan a continuación:

1) CONDICIONANTES GEOGRÁFICOS Y SOCIOCULTURALES



Acceso geográfico

Se trata de un elemento determinante cuando hablamos de accesibilidad a los sistemas de salud en general, y a los medicamentos en particular. La falta de infraestructuras y medios de transporte y la localización de diferentes comunidades con bajas densidades de población en núcleos dispersos hace que muchas poblaciones permanezcan excluidas de los servicios de salud de sus países, muy escasos en la mayor parte de las ocasiones, generando una exclusión de los sistemas públicos de salud.

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. Sin embargo, el sector privado no asegura el acceso de toda la población al sistema sanitario ni a los medicamentos esenciales, ya que solo una pequeña parte de la población, la que disponer de recursos económicos suficientes, puede beneficiarse de él. En este sentido, a modo de ejemplo hay que señalar que:

- en países del África subsahariana como Sierra Leona, solo el 30 % de la población tiene acceso a los medicamentos en el medio rural, frente al 53% en el medio urbano;
- hasta un 90% de la población de los países en desarrollo compra medicamentos pagándolos de su bolsillo. Los medicamentos representan el segundo gran gasto de los hogares, inmediatamente por detrás de los alimentos.

4 - Hoja de ruta para el acceso 2019-2023. Apoyo integral al acceso a los medicamentos y vacunas. Proyecto preliminar v2, elaborado para una consulta con los Estados Miembros acerca de su formulación.

Para revertir esta situación, la OMS propuso una serie de medidas:

- Concesión de licencias e incentivos para mejorar la red de distribución.
- Médicos dispensadores de medicamentos allá donde no existen establecimientos específicos para ello.
- Establecimiento de planes farmacéuticos comunitarios.

Condiciones socioculturales

Según la OPS⁵, de 45 a 50 millones de indígenas pertenecientes a más de 600 pueblos únicos habitan en las Américas y representan casi el 10% de la población total, el 40% de la población rural de Latinoamérica y el Caribe. Los pueblos indígenas aportan una gran diversidad y vitalidad y son los custodios de gran parte de la herencia cultural y de la biodiversidad del continente. A pesar de ello, son sumamente vulnerables y sus derechos humanos están comprometidos o han sido negados. Como resultado, existen profundas inequidades en sus condiciones de vida, estado de salud y cobertura de servicios sanitarios. La incidencia de pobreza y pobreza extrema es mucho más alta entre los pueblos indígenas de las Américas que entre la población no indígena: en Bolivia y Guatemala, por ejemplo, más de la mitad de la población total está en situación de pobreza, pero en el caso de la población indígena es prácticamente $\frac{3}{4}$ partes de la misma. En Honduras, la esperanza de vida de los hombres y mujeres indígenas es de 36 y 43 años respectivamente, mientras que en la población general es 65 para los hombres y 70 para las mujeres⁶. En Guatemala, la tasa de mortalidad materna en la población indígena es un 83% más alta que la tasa nacional. Tradicionalmente, las poblaciones indígenas han padecido elevadas tasas de mortalidad materna e infantil, desnutrición y enfermedades infecciosas. La razón de mortalidad materna en Guatemala, país con un 42% de población indígena, es de las más elevadas en América Latina, y en el caso de las mujeres indígenas es tres veces superior a la de madres no indígenas. Otro ejemplo: la tasa de mortalidad debida a tuberculosis pulmonar en la población indígena duplica a la de la población general en México (363), y en Canadá es de 8 a 10 veces más alta que el promedio general.

Otra importante variable sociocultural a tener muy en cuenta es el idioma. Las diferentes lenguas empleadas por la población indígena dificultan de un modo importante el acceso a la salud. En Brasil, la tasa de mortalidad infantil entre la población perteneciente a la minoría Xavante es tres veces superior a la de la población general (30 vs 90 por cada 1.000 nacidos). Aún mayor es la diferencia en el caso de la población Nanti (Perú) y la media nacional, que puede ser hasta 10 veces superior (25 vs 225 por cada 1.000 nacidos).

Así, la población indígena puede tener otra concepción de la medicina y de los tratamientos; sus sistemas de salud propios y el uso de las medicinas tradicionales pueden prevenir a esta población de adquirir o tomar los medicamentos esenciales si no se ponen en su contexto. Por otra parte, las diferentes lenguas empleadas por la población dificultan de un modo importante el acceso a la salud, especialmente al acceso a los medicamentos esenciales. Discrepancias entre las explicaciones sobre el uso de los medicamentos de profesionales de la salud y la comprensión de los y las indígenas pueden ocurrir cuando no hablen el mismo idioma, por ejemplo. Una barrera idiomática podría ocasionar en el mal uso o la falta del uso de los medicamentos esenciales.

De esta forma, 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. 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 colonialista.

Guerra y situaciones de desequilibrio socio-político

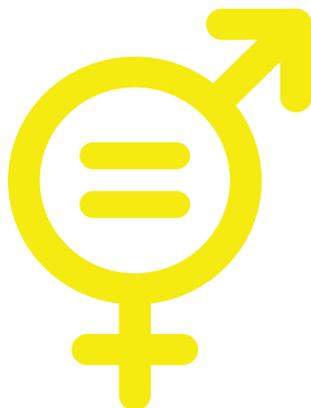
Tras procesos de crisis sociopolítica (guerrillas, gobiernos inestables, sociedades militarizadas, grupos terroristas y paramilitares, etc.), se dan una serie de circunstancias que dificultan seriamente los trabajos de mejora en el acceso a la salud. En Guatemala, por ejemplo, tras 36 años de una guerra civil que terminó con los acuerdos de paz firmados en 1996, aún la población indígena manifiesta tener miedo a organizarse, algo necesario en una comunidad para establecer servicios de atención primaria cuando la cobertura de salud del sector público no puede alcanzar a toda la población.

5 - https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=83:salud-pueblos-indigenas&Itemid=213

6 - <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/15-Esp%20IND8.pdf>

Numerosos conflictos armados (Siria, República Centroafricana, Sudán del Sur, Yemen...) siguen teniendo lugar en el mundo. Tras estos conflictos, o en situaciones de estados fallidos, los gobiernos son incapaces de proveer de la cobertura sanitaria necesaria para garantizar el derecho a la salud de la mayoría de la población. Esta situación se agrava cuando, además, la población no confía en las autoridades o en las instituciones del estado, lo que dificulta todavía más la cobertura pública sanitaria entre determinados grupos poblacionales.

2) GÉNERO: LA INVISIBILIDAD DE LA SALUD DE LAS MUJERES



El informe de ONU Mujeres *Hacer las promesas realidad: La igualdad de género en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*⁷ señala que las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como aquellas socialmente determinadas respecto a sus derechos, funciones y responsabilidades, afectan negativamente a la salud y el bienestar de las mujeres y las niñas. Igualmente, es necesario

La falta de control de los recursos, la violencia de género, la carga que supone el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, una jornada laboral más larga y condiciones laborales insalubres, impiden a las mujeres llevar una vida sana. Las normas y los prejuicios de género determinan la forma en la que ellas mismas y las demás personas perciben las necesidades de las mujeres en materia de salud. En cuanto al sistema de salud, por ejemplo, la identificación de las mujeres sobrevivientes de violencia y el apoyo que reciben son, a menudo, insuficientes. En los hogares, las relaciones de poder entre los géneros pueden redundar en que las mujeres carezcan de los recursos necesarios para buscar atención o tratamiento médico, o que deban obtener el consentimiento de los miembros de la familia para hacerlo.

Este informe pone de manifiesto la naturaleza generalizada de la discriminación contra las mujeres y las niñas en todo el mundo, de igual forma que recomienda medidas prácticas para contribuir al cumplimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Como ejemplo, hay 4,4 millones más de mujeres que viven en la extrema pobreza en comparación con los hombres, desigualdad que se explica en gran parte debido a la carga desproporcionada del trabajo doméstico no remunerado que enfrentan las mujeres, especialmente durante sus años reproductivos.

En materia de salud, algunos datos son clarificadores:

A nivel mundial, unas 303.000 mujeres fallecieron en 2015 debido a causas relacionadas con el embarazo, lo que dio lugar a un índice de mortalidad materna de 216 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. El África Subsahariana presenta la mayor tasa de mortalidad materna: 556 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, es decir, 2/3 partes del total de muertes maternas que se producen cada año en el mundo.

A nivel mundial el riesgo de que una mujer fallezca debido a causas relacionadas con la maternidad es de 1 entre 4.900 casos, pero esta proporción aumenta a 1 de cada 180 casos en los países en desarrollo y a 1 de cada 54 casos en los países definidos como Estados frágiles.

7 - Disponible en <http://www.unwomen.org/es/digital-library/sdg-report>

La mayoría de las muertes maternas pueden evitarse si las mujeres reciben una atención prenatal y postnatal adecuada, si los partos cuentan con asistencia de personal de salud cualificado y si las mujeres con elevado riesgo de presentar complicaciones obstétricas cuentan con acceso a una atención médica adecuada. La ampliación del acceso a una atención de la salud de calidad y la garantía del acceso universal de las mujeres y las niñas a la salud y a los derechos sexuales y los derechos reproductivos son, por lo tanto, esenciales para reducir las tasas de mortalidad materna. También se deben intensificar los esfuerzos en ámbitos relacionados como la planificación familiar, incluido el acceso a métodos anticonceptivos modernos.

La diferencia de géneros implica un acceso desigual a los medicamentos esenciales, situación que se hace más compleja aún 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 implica analizar 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.

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 pueden culparla 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.

Es imprescindible llevar a cabo un análisis sobre el 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 conlleva 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 toma o no un determinado tratamiento; el poco acceso y control de los recursos monetarios, lo que impide que puedan comprar sus medicamentos cuando lo requieran o la disponibilidad de tiempo tras encarar largas jornadas de trabajo productivo y reproductivo. Por tanto, 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. En este sentido, resulta necesario aludir al **feminismo**, movimiento de transformación social y cultural clave. Según la Real Academia Española de la Lengua⁸, tiene dos acepciones: “principio de igualdad de derechos de la mujer y el hombre” y “movimiento que lucha por la realización efectiva en todos los órdenes del feminismo”. Fruto de muchos años de lucha⁹, el feminismo es un movimiento que aglutina diversas luchas que han estado a la vanguardia de los movimientos sociales pro equidad de género, conformando un movimiento sólido y diverso que ha conseguido importantes logros. Los feminismos son un crisol de teorías y procesos sociales, políticos e ideológicos que tienen en común la lucha contra el patriarcado, el androcentrismo y los roles de género impuestos, así como la búsqueda de la autonomía, la libertad, la equidad y la igualdad de derechos, oportunidades y condiciones de vida para las mujeres y la diversidad sexual.

Hablamos de feminismos en plural, porque las demandas, prioridades y la construcción ideológica de las distintas expresiones del feminismo han dependido y dependen de la realidad histórica, social, económica o cultural de cada persona y/o colectividad. Existen y coexisten, por tanto, diversos y múltiples feminismos, tales como los ecofeministas, decoloniales¹⁰, radicales, pro igualdad o pro diferencia, los transfeminismos, los feminismos

8 - <https://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=feminismo>.

9 - En este sentido, recomendamos el mapa interactivo sobre estas luchas recogido en la web <http://interactive.unwomen.org/multimedia/timeline/womenunite/es/index.html#/>

10 - Estas corrientes decoloniales definen nuevos modelos de mujer y proponen nuevas líneas de pensamiento que tengan en cuenta la variedad de razas, religiones, orientaciones sexuales, orígenes nacionales, etc. Más información, por ejemplo, en <https://perifericas.es/diferencia-feminismo-hegemonico-feminismo-descolonial/>

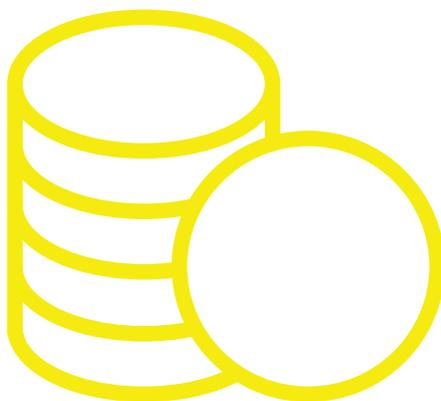
indígenas, chicanos, afros, árabes, religiosos o laicos, entre otros muchos. Al mismo tiempo, se suceden agendas y realidades feministas articuladas desde distintos territorios del mundo, y desde distintas realidades de un mismo territorio (urbanas, rurales, etarias, de clase). Se llevan a cabo, en esta línea, diversas estrategias de acción, desde propuestas comunitarias a iniciativas legales o acciones de incidencia política, propuestas ciberfeministas o artivistas, aportaciones académicas o sindicales, entre otras muchas.

Por otra parte, resulta clave hacer referencia al estigma y la patologización que sufren las personas que se sitúan fuera de la cisnormatividad¹¹. Este es el caso de las **personas trans***, lo que ha conllevado históricamente que su derecho a la salud haya sido vulnerado. Las personas trans* sufren discriminaciones en todos los ámbitos de la vida, como el educativo, el laboral o el sanitario. Habitualmente se enfrentan a la transfobia, es decir, la discriminación y rechazo sistemático de las identidades que no se asocian a la norma.

Gracias al activismo y a las demandas constantes del colectivo LGTBIQ+ se ha avanzado considerablemente en los últimos años en relación a la conquista de derechos para las personas trans*. Esto se ha traducido en la entrada en vigor de diferentes textos legislativos que los reconocen y que pretenden evitar la discriminación que les afecta en la vida cotidiana, especialmente aquellas que tienen que ver con las instituciones y las administraciones públicas. La Comunidad Autónoma de Andalucía ha sido pionera en el territorio español a este respecto, contando con dos leyes de referencia: la Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía; y la Ley 8/2017, de 28 de diciembre, para garantizar los derechos, la igualdad de trato y no discriminación de las personas LGTBIQ+ y sus familiares en Andalucía.

Sin embargo, aún queda mucho camino por recorrer. La OMS dejó de considerar la transexualidad un trastorno muy recientemente, en 2018. Desde entonces pasó a denominarla incongruencia de género y a formar parte del capítulo de condiciones relativas a la salud sexual. El colectivo transexual considera todavía esta mención como patologizante en tanto que sigue considerando las identidades trans* como algo relativo a la sexualidad y no como una patología social que considera anormal o desviada cualquier forma de ser que se salga de la norma.

3) EL PRECIO DEL MEDICAMENTO: SISTEMA DE PATENTES Y ACUERDO ADPIC



El precio del medicamento tiene una estrecha vinculación con el sistema de patentes definido a partir del Acuerdo de la Organización Mundial del Comercio (OMC¹²) sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), firmado por la práctica totalidad de los países del mundo.

11 - Basado en presunciones arraigadas de que todas las personas son femeninas o masculinas y que este elemento define el sexo, el género, la identidad de género y la orientación sexual de cada persona. <https://cisnormativity.wordpress.com/2011/08/23/harmful-ubiquity-introducing-cisnormativity/#more-26>.

12 - www.wto.org. La OMC es la única organización internacional que se ocupa de las normas que rigen el comercio entre los países. Los pilares sobre los que descansa son los Acuerdos de la OMC, que han sido negociados y firmados por la gran mayoría de los países que participan en el comercio mundial y ratificados por sus respectivos parlamentos. El objetivo, según la propia OMC, es ayudar a los productores de bienes y servicios, los exportadores y los importadores a llevar adelante sus actividades.

Este acuerdo confiere un derecho básico a través de la **patente**, que concede a su titular los medios jurídicos de impedir que otros fabriquen, usen o vendan una invención durante un período limitado de tiempo, con una serie de excepciones¹³. Los Estados Miembros de la OMC deben ofrecer protección mediante patente para todas las invenciones, sean de productos (por ejemplo, un medicamento) o de procedimientos (por ejemplo, un método de producción de los componentes químicos de un medicamento), pero permitiendo ciertas **excepciones**: por ejemplo, algunos países pueden permitir que los fabricantes de medicamentos genéricos usen la invención patentada para obtener la autorización de comercialización de esos productos de las autoridades de salud pública sin el permiso del titular de la patente y antes de que haya expirado el período de protección. Esta disposición se denomina a veces “excepción reglamentaria” o disposición “Bolar. Asimismo, un gobierno puede otorgar una **licencia obligatoria**, esto es, el permiso para producir un producto patentado o utilizar un procedimiento patentado sin el consentimiento del titular de la patente. Esto se asocia normalmente con los productos farmacéuticos, pero también podría aplicarse a las patentes de cualquier otro campo. Por otra parte, los productores de medicamentos genéricos pueden comercializar su versión en cuanto expira la patente, la cual debe durar como mínimo 20 años.

La mencionada **invención** 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.

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.

Investigación + desarrollo (I+D)

La contribución de la industria farmacéutica en la investigación, desarrollo e innovación (I+D+I) de tratamientos que contribuyen a 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.

En 2016 la revista *Prescrire*¹⁴ publicó 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 fueron algunos de los datos más relevantes:

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

13 - Hoja informativa “Los ADPIC y las patentes de productos farmacéuticos”. OMC. Septiembre de 2003. Disponible en https://www.wto.org/spanish/tratop_s/trips_s/tripsfactsheet_pharma_s.pdf

14 - New products and new indications in 2016: a system that favours imitation over the pursuit of real progress, *Prescrire International*, May 2017, Volume 26 N° 182. Disponible en <http://bit.ly/2q9OK73>.

Señala 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 medicamentos desarrollados para el tratamiento de enfermedades raras.

Por otra parte, la propia OMS indica que

Las inversiones en la investigación y el desarrollo de enfermedades desatendidas han disminuido un 2-3% anual desde 2012 (3.300 millones de dólares). Las enfermedades desatendidas y otros importantes problemas mundiales de salud no pueden abordarse con los productos sanitarios actualmente disponibles en los mercados; en particular, no es posible combatir los patógenos de enfermedades infecciosas emergentes ni proporcionar nuevos tratamientos antibióticos. Algunos de los principales retos a los que se enfrenta la I+D son el establecimiento de prioridades para las necesidades de investigación y desarrollo y la incentivación de la investigación y el desarrollo de productos sanitarios en los que la rentabilidad de la inversión puede ser limitada¹⁵.

Por otra parte, es importante hacer alusión a las denuncias existentes en relación a las lagunas de conocimiento que limitan seriamente el conocimiento sobre la salud de las mujeres en diferentes partes del mundo¹⁶. Aún hoy continúan muchos vacíos en cuanto a nuestra comprensión de las dimensiones y la índole de las dificultades especiales con que se enfrentan las mujeres y la forma como podrían resolverse de forma eficaz. Asimismo, hay que mejorar la información acerca de las mujeres y la salud, comenzando por los sistemas de registro civil que generan estadísticas (como las causas de defunción por edad y sexo) y la recopilación y el uso de datos sobre problemas comunes, desglosados por edad y sexo. Estos datos son claves para la planificación y gestión de los programas; la ausencia de dichos sistemas condiciona negativamente los esfuerzos por monitorear los cambios, por ejemplo, de la mortalidad materna. Las investigaciones deben incorporar sistemáticamente la consideración de las cuestiones de sexo y género en el diseño, el análisis y la interpretación de los resultados. Es imprescindible centrar más la atención en la evaluación de los progresos logrados en el aumento de la cobertura de intervenciones clave, junto con el seguimiento de las políticas pertinentes, las medidas de desempeño de los sistemas de salud y las pautas de la equidad.

Calidad y seguridad de los medicamentos

La calidad de un medicamento se basa en su eficacia (capacidad de un medicamento para obtener la acción terapéutica buscada en tiempo y forma) y en su seguridad (si los riesgos que tiene para el/la paciente resultan aceptables en términos de un análisis de riesgo-beneficio).

En general, un medicamento es de buena calidad cuando satisface una cierta necesidad médica de forma adecuada. Para garantizarla hay que mantener un buen control de la identidad, la valoración y la pureza (principio activo, concentración), además de considerar otros factores que pueden afectar a su bioequivalencia, las buenas prácticas en su elaboración, la calidad de los excipientes y la estabilidad.

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, 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.

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 asegurarla en muchos países, principalmente del hemisferio sur, a menudo contribuye a la propagación

15 - Medicamentos, vacunas y productos sanitarios. Acceso a los medicamentos y las vacunas. Informe del Director General. Consejo Ejecutivo EB144/17 de la Organización Mundial de la Salud. 144.ª reunión. 5 de diciembre de 2018. Disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_17-sp.pdf

16 - Las mujeres y la salud. Organización Mundial de la Salud. 2009. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70121/WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf;jsessionid=D41F4FEEAC35C65841BF10CB36B16409?sequence=1

de 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:

los *medicamentos sub-estándar*, 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 de estos medicamentos es una preocupación importante. Las causas son múltiples, pero hay que tener en cuenta que los medicamentos fabricados para exportación no están regulados con los mismos estándares 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 los países más enriquecidos no toleren que se exporten productos farmacéuticos de baja calidad a los países menos favorecidos, mientras que los gobiernos de estos últimos países deberían mejorar su capacidad para detectar medicamentos cuya calidad no es apta para que sean consumidos por la población.

Los *medicamentos falsificados*, aquellos que incluyen información falsa acerca de su identidad u origen (OMS). 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 ha alcanzado ya 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 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.

Resulta clave la creación de mecanismos de control y vigilancia que eviten la circulación de estos medicamentos, así como velar por el precio de los mismos para evitar que aquella población que no pueda asumir su coste opte por su compra a través de redes que no aseguran una calidad óptima.

Finalmente, los *medicamentos caducados*, es decir, aquellos que han sobrepasado su fecha límite de caducidad, el momento límite supuesto en el que el producto aún se ajusta a sus especificaciones, siempre y cuando se haya almacenado correctamente. Si bien existen muchas dudas en cuanto a las consecuencias que producen en la salud humana los fármacos caducados, 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, la uniformidad, la disolución, el color, etc.
- 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, pudiendo provocar envenenamiento.

Es necesario facilitar y fortalecer los **sistemas de calidad de los medicamentos** para mejorar la salud pública. Así, se deben alentar los esfuerzos de colaboración entre los países con mayor y menor poder adquisitivo y, proporcionando asistencia técnica y el desarrollo de programas de formación adecuados basados en 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.

Uso racional de medicamentos

Implica que las personas que lo requieren 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 obvio, 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 incorrectamente.

El uso irracional de medicamentos puede dar lugar a reacciones adversas evitables, malgasto de recursos en lugares donde ya son escasos o incluso perder la utilidad terapéutica por no ajustarse a las pautas prescritas. Los principales factores que inciden este uso irracional son: la falta de conocimiento, habilidades o información independiente (información de los/as profesionales únicamente procedente de la industria farmacéutica), la disponibilidad sin restricciones de medicamentos, el exceso de trabajo del personal sanitario, la promoción inadecuada de medicamentos, las ventas basadas exclusivamente en el ánimo de lucro y la falta de apoyo a los países para la implementación y seguimiento/supervisión de una estrategia a nivel nacional para la promoción del uso racional.

Pero también existen alternativas para mejorar el uso racional de medicamentos: el desarrollo de guías de tratamiento clínico, las listas de medicamentos esenciales, los programas de educación sanitaria y otros mecanismos de capacitación destinados tanto a profesionales de la salud como a pacientes y consumidores/as, y el establecimiento de sistemas efectivos de información del medicamento, que integren cuando sea necesario a la medicina tradicional y que sean accesibles para el público en general y en particular a las poblaciones indígenas.

Se trata de asegurar que los medicamentos sean usados correctamente y favorezcan la buena gestión del personal sanitario involucrado en su utilización. De esta manera, se contribuirá a que aporten el máximo beneficio a quien los usa y se disminuya el riesgo de efectos adversos, así como el gasto sanitario.

Políticas públicas 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, que va más allá de la disponibilidad física, refiriéndose a la integración del medicamento dentro del sistema de salud. Por ello, el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud es una estrategia fundamental para asegurar la salud de la ciudadanía y el acceso a medicamentos esenciales de calidad, el cual 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.
- Que los medicamentos esenciales sean accesibles, que la población pueda y tenga oportunidad de usarlos, estén donde estén, en particular los sectores más vulnerables.

En 1988 la OMS 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. Sin embargo, los países más enriquecidos destinan una proporción mucho mayor de su PIB a este fin, por ello es importante que apoyen a los países más desfavorecidos económicamente mediante la financiación de los sistemas públicos de salud. Paralelamente será necesario plantear un sistema sanitario que llegue a todos los lugares, 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 (a mayor nivel educativo corresponde un uso más racional de los medicamentos), la discapacidad, la existencia de catástrofes naturales o crisis humanitarias... Asegurarlo conlleva una mejora significativa de los indicadores de salud a nivel global.

ENFERMEDADES OLVIDADAS, ENFERMEDADES IGNORADAS

Las **enfermedades raras** son dolencias que afectan a un número muy limitado de personas en todo el mundo, concretamente 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 consumirlos.

Por otro lado, las **enfermedades olvidadas**, también denominadas **ignoradas -desatendidas** según la OMS, son aquellas que afectan a amplios sectores de población (diariamente mueren 8.000 personas en el mundo a causa de las mismas), en muchos casos con consecuencias fatales, pero que tampoco constituyen un objeto interesante para la activación de la maquinaria I+D+i de la industria farmacéutica. Estas enfermedades 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 tienen 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.

La OMS¹⁷ alude a las enfermedades tropicales desatendidas como aquellas principalmente enfermedades infecciosas que proliferan en entornos empobrecidos, especialmente en el ambiente caluroso y húmedo de los climas tropicales. La mayoría son enfermedades parasitarias transmitidas por insectos. Otras se propagan por el agua contaminada y el suelo infestado por huevos de gusanos. Los ciclos de transmisión se perpetúan por efecto de la contaminación ambiental, y esta se ve alargada en el tiempo a su vez por las malas condiciones de vida y de higiene. Aunque en otro tiempo muy extendidas, estas enfermedades se concentran ahora en los entornos de pobreza extrema. En otros lugares, en amplias partes del mundo, han desaparecido de forma gradual, paralelamente a la mejora del nivel de vida y la higiene¹⁸.

Por otra parte, es urgente abordar enfermedades desatendidas que afectan principalmente a las mujeres, como la endometriosis, la fibromialgia, la vulvodinia, la cistitis intersticial, la sensibilidad química múltiple, la encefalomiélitis miálgica, el síndrome de fatiga crónica, etc.

Ha llegado el momento de que los Estados comprometidos en alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) apuesten por la investigación, el desarrollo y la innovación de medicamentos que combatan las enfermedades olvidadas, lo que contribuiría de forma importante a reducir las consecuencias de estas enfermedades y a garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos 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.

17 - http://www.who.int/topics/tropical_diseases/qa/faq/es/ (última actualización de diciembre de 2010).

18 - Más información en https://www.who.int/topics/tropical_diseases/qa/faq/es/



3. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

El enfoque metodológico incluido en la presente propuesta educativa es acorde con el enfoque de Educación para el Desarrollo centrado en promover una ciudadanía “glocal”, esto es, una ciudadanía que concibe el mundo interconectado, ya que todo lo que sucede a nivel local tiene repercusión, y al mismo tiempo es influido, por situaciones globales.

La metodología de este proceso formativo se basa en la utilización de diferentes métodos:

1. La difusión de ideas y conceptos que parten de los conocimientos y las experiencias propias del alumnado y profesorado en torno a los temas abordados, primando la interacción dialógica.
2. El análisis crítico de ideas y conceptos mediante material audiovisual específico (propio de Farmamundi y accesible en el canal de YouTube de la organización), que amplía y complementa los conocimientos adquiridos por los otros medios, contribuyendo a generar una reflexión crítica sobre las cuestiones planteadas y profundizando sobre aspectos conceptuales clave imprescindibles para el desarrollo del taller.
3. Promoviendo un abordaje crítico de situaciones reales en diversos contextos, en relación al acceso a medicamentos, planteando de esta forma dilemas éticos y propiciando ejercicios colectivos de toma de decisiones en función de determinada información y mediadas por valores y principios éticos.
4. Mecánicas de juego de rol, debate y negociación a partir de estrategias formuladas y desarrolladas colectivamente para la consecución de objetivos concretos.
5. Procedimientos basados en la empatía, la comprensión y reflexión crítica y el desempeño de un juego de rol vivencial.

Las sesiones se llevarán cabo mediante una metodología participativa, dialógica, vivencial y socioafectiva, que promueva el pensamiento crítico, reflexivo y global. Posibilita que el aprendizaje parta de las vivencias de las personas educandas al asumir un rol determinado, experimentando de alguna forma la realidad del actor asumido y las consecuencias de determinadas situaciones. Se trata de un enfoque que aborda los temas de forma integral, no sólo a nivel cognitivo, sino a un nivel emocional y empático que haga vivir en primera persona el tema tratado. Además, propicia un análisis crítico sobre las causas estructurales de determinadas situaciones.

La tarea de las personas que facilitan el taller consiste, por tanto, en generar un clima que fomente la construcción de grupo en un ambiente de aceptación, aprecio, confianza e integración y, a partir de ahí, simular estas vivencias sobre el tema que se quiere trabajar mediante una experiencia real o simulada, como el juego de rol, debate y negociación. En este sentido, resulta clave la construcción de un espacio seguro en el que todas las personas puedan ser escuchadas y valoradas por igual, independientemente de su condición, género, etc. Esto implica animar a involucrarse a aquellas personas que suelen apartarse o guardar silencio, así como reforzar las intervenciones que realicen (por ejemplo, repitiendo sus ideas con otras palabras, destacando sus aportaciones...). De esta forma, propiciar un escenario para la participación igualitaria es clave en este proceso educativo.

Esta propuesta educativa se ve complementada, asimismo, con una guía dirigida a ofrecer al profesorado herramientas prácticas para la facilitación de procesos formativos que hacen uso de la fotografía como una herramienta de información, sensibilización y movilización de la ciudadanía frente a problemáticas globales en el ámbito de la salud.



4. PROPUESTA EDUCATIVA

SESIÓN 1: CONVERSACIONES DE CAFÉ.

INTRODUCCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES PREVIAS.

— Descripción: diagnóstico de conocimientos y actitudes previas e introducción a través de un proceso participativo de reflexión y diálogo colectivos en pequeños grupos (conversación de café) y plenaria final.

— Duración: 90 minutos.

SESIÓN 2: CINEFOROS Y ESTUDIOS DE CASOS

— Descripción: reflexión crítica y colectiva sobre el acceso a los medicamentos esenciales y las variables que influyen en su acceso, con particular énfasis en el precio, a través de:

- el visionado de dos audiovisuales y su posterior reflexión.
- el abordaje de diversos casos prácticos que recogen diversas situaciones relacionadas con esta temática.

— Duración: 90-120 minutos.

SESIÓN 3: JUEGO DE ROL, DEBATE Y NEGOCIACIÓN

— Descripción: juego de rol guiado que busca acercar algunas situaciones que se viven en determinadas zonas del mundo en relación al acceso a medicamentos esenciales. A través de esta propuesta vivencial proponemos que el alumnado encarne el papel de diferentes personas expertas que acuden a una comisión de emergencia ante un problema de salud pública en la que el acceso a medicamentos es un elemento clave.

— Duración: 90/120 minutos.

SESIÓN 4: JUEGO DE ROL VIVENCIAL Y CIERRE

— Descripción: actividad vivencial que busca promover la empatía y la identificación del alumnado con personas de distintos contextos, situaciones, condición, etc. en relación a su acceso a los medicamentos y el ejercicio del derecho a la salud. Cierre y conclusiones del ciclo formativo.

— Duración: 90 minutos.

SESIÓN INICIAL: CONVERSACIONES DE CAFÉ

DESCRIPCIÓN

Esta sesión inicial permite introducir al alumnado en la propuesta educativa en su conjunto, promoviendo así una visión de proceso. Asimismo, trata de poner de manifiesto, mediante un diálogo colectivo en pequeños grupos, los conocimientos y actitudes que el alumnado dispone en torno al acceso a medicamentos esenciales, su situación en el mundo y las variables que influyen en el mismo, así como su relación con el ejercicio del derecho a la salud.

Se desarrolla a través de diversas rondas de conversación entre cuatro o cinco personas alrededor de una mesa, al mismo tiempo que existe una interconexión con el resto de mesas al ir variando de compañeras y compañeros en cada ronda. De este modo, conforme las personas se mueven de mesa en mesa, se van enlazando sus conversaciones y construyendo sobre cada una de ellas.

Con el apoyo de la persona facilitadora, se pretende -así mismo- que el alumnado llegue a una síntesis, conclusiones o acuerdos comunes que nos ofrezcan un panorama inicial, como punto de partida, acerca de las cuestiones planteadas.

CONTENIDOS

- El Derecho a la Salud.
- El acceso a medicamentos esenciales.
- Variables en relación con los dos puntos anteriores, con especial énfasis en género.
- Los ODS: vinculación con el derecho a la salud y el acceso a medicamentos.

OBJETIVOS

- Conocer el nivel de conocimiento inicial del alumnado en torno a los principales conceptos que se van a trabajar a lo largo de las sesiones formativas.
- Promover la reflexión colectiva en torno al Derecho Humano a la Salud y animar la reflexión sobre la situación de la salud en el mundo y la pertinencia de poner en marcha metas basadas en los ODS.
- Facilitar la reflexión crítica y creativa en torno a la construcción del concepto de Medicamentos Esenciales y la situación existente en el mundo en relación a su acceso por parte de la población.

1. Sobre esta primera sesión: ¡comenzamos! (5 mins.)

La persona facilitadora de la sesión realizará una breve introducción sobre los contenidos, para lo que se puede recurrir a la primera parte de esta guía, introduciendo la actividad prevista para esta primera sesión y dejando un espacio para la resolución de dudas y la formulación de propuestas.

2. Dinámica de conformación de grupos (5 mins.).

La conformación de pequeños puede realizarse de múltiples formas (desde dinámicas más complejas a la organización según edad, preferencias, altura, etc.). Un ejemplo de dinámica podría ser la siguiente.

La persona que facilita la actividad solicita a las personas participantes que se pongan de pie en el centro del aula o el espacio que se esté empleando. una vez ubicadas, cuenta (a su manera, libremente) la siguiente historia:

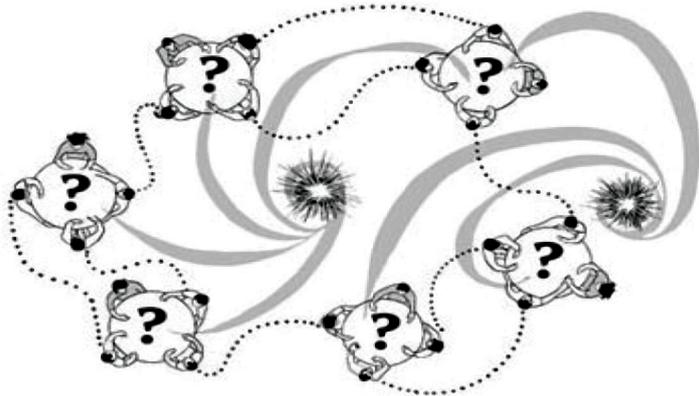
Imaginaos que estamos viajando en un enorme barco (como el Titanic, por ejemplo) que surca un gran océano. Pero, de pronto, una tormenta de enormes dimensiones está provocando el hundimiento del barco. Para salvarse, hay que subir a unas lanchas salvavidas. Pero en cada lancha únicamente pueden entrar (se indica un número determinado) de personas.

Pueden emplearse otras variantes, como que el barco choca contra un iceberg o ha tenido un grave problema derivado de una explosión en la sala de calderas.

A continuación, se indica al grupo que tienen que formar círculos compuestos por el número exacto de personas indicado que pueden entrar en cada lancha. Si los grupos tienen más o menos personas, se declara hundida la lancha y estas personas deberán realizar algún gesto gracioso, un baile, etc. para poder recuperar la posibilidad de reintegrarse en una lancha. A continuación, la persona responsable de facilitar la actividad cambia el número de personas y así se prosigue hasta que lo considere conveniente.

Cabe señalar que deben darse unos cinco segundos para que se formen las lanchas, antes de declararlas hundidas. Se deben de dar las órdenes con rapidez para que la dinámica sea ágil y divertida. Finalmente, el número final de la última lancha hará que quede conformado por cuatro grupos con los que nos interesa trabajar a continuación.

3. Desarrollo de las conversaciones de café (50-90 minutos).



El aula se organiza en torno a cuatro-seis mesas de trabajo, en función del número de estudiantes, que albergarán a los grupos. En cada una de ellas se incluirán:

- una hoja con una pregunta o el tema que se va abordar en ella;
- un papelógrafo;
- un paquete de rotuladores de colores;
- post-it;
- una hoja con bolígrafo para la persona anfitriona/relatora.

En el aula se establecerán los siguientes **roles**:

- En cada mesa se mantendrá siempre una persona que será la responsable de tomar nota de los debates que surjan y de presentarlos una vez finalizada las rondas (**relatora**). Esta persona será la **anfitriona de mesa** para la siguiente ronda. Se recomienda que las personas relatoras sean voluntarias, profesores/as u otra figura externa.
- Las demás personas hacen de **viajeras o embajadoras de significados**: llevan ideas clave, temas y preguntas a sus nuevas conversaciones.

DESARROLLO

a) La persona relatora o anfitriona da la bienvenida al grupo de personas viajeras que llega a su mesa. Se presenta, explica brevemente su función y plantea una pregunta sobre la que girará el debate en el grupo, la cual puede incorporar a su vez sub-preguntas que pueden contribuir a clarificar el sentido de la misma (especialmente indicado para ciclos de grado medio). Establece el límite de tiempo para conversar y aclara que se han de alcanzar algunas conclusiones que deberá reflejar por escrito. Cabe señalar que la relatoría conlleva, además de tomar nota sobre el desarrollo de los debates, reconducirlos en caso de que se desvíen de los temas a tratar y asegurarse de que todas las personas que componen el grupo expresan su opinión.

b) Cada 10 minutos se producirá un cambio de mesa anunciado por la anfitriona/relatora, que avisa con algo de antelación sobre el fin de la ronda de debate. Lo ideal es que se recojan las opiniones individuales de todas las personas participantes y que después se lleve a cabo el debate. Se puede hacer de viva voz o escribiendo (por ejemplo, en un post-it) y compartiéndolo posteriormente. Igualmente, se anima a que se expresen las ideas tomando notas de las ideas clave, garabateando, dibujando, escribiendo en post-it o como consideren oportuno.

c) Todos los grupos pasarán por todas las mesas de manera que entre 45-70 minutos (teniendo en cuenta un mínimo tiempo para cambiar de mesa) todas las personas participantes habrán abordado los cuatro o seis temas planteados a lo largo de 10 minutos de conversación:

1. ¿Habíais oído hablar del concepto medicamentos esenciales? ¿A qué creéis que se refiere?

Posibles sub-preguntas: ¿qué significa “esenciales”? ¿Serán esenciales igualmente para cualquier lugar en el mundo? ¿Existen las mismas enfermedades en Bélgica que en Burundi o Guatemala? ¿Qué implica tener un listado de medicamentos esenciales en un país? ¿Qué pasa con las personas y las comunidades en relación a estos medicamentos esenciales?

2. En algún momento habéis reflexionado sobre qué es el sistema de patentes? ¿Y cómo las patentes se relacionan con los medicamentos y el acceso que la gente puede tener a éstos? ¿Qué relación puede haber entre acceder a medicamentos y tener derecho a la salud?

Posibles sub-preguntas: ¿las patentes quienes la obtienen? ¿Cómo la consiguen? ¿Quienes la otorgan? ¿Por qué y para qué existen? ¿Deben existir siempre? ¿Puede haber excepciones? ¿En qué casos? ¿El derecho a la salud implica tener acceso a medicamentos? ¿Pero qué puede impedir este acceso?

3. ¿Crees que en el acceso a los medicamentos esenciales tiene alguna influencia el género? ¿Y formar parte de la comunidad LGTBIQ+? ¿Y la etnia, los aspectos culturales o la geografía? ¿En qué sentido?

Posibles sub-preguntas: ¿ser mujer puede resultar un impedimento para conseguir medicamentos en el mundo? ¿No tener posibilidad de decidir sobre los recursos económicos en una familia puede influir en lo anterior? ¿Las relaciones de género pueden influir en el acceso a la salud, de qué forma? ¿Formar parte de la comunidad LGTBIQ+ es un elemento clave para no acceder a la salud, y en particular a los medicamentos esenciales? ¿Pertener a una minoría étnico-cultural puede ser un hándicap para acceder a medicamentos o ejercer el derecho a la salud? ¿Y vivir en zonas rurales?

4. Como futuros y futuras profesionales de la sanidad, ¿habéis reflexionado en algún momento sobre el derecho a la salud? ¿Qué pensáis que puede implicar este derecho y qué relación podría tener con el acceso a medicamentos?

Posibles sub-preguntas: ¿qué supone ejercer el derecho a la salud? ¿qué supone no ejercer el derecho a la salud? ¿Aquí siempre ha existido el derecho a la salud para todas las personas? ¿Y en otros lugares? Pensad en EE.UU., Senegal o Guatemala: ¿está garantizado el derecho a la salud? ¿Y qué relación podrá tener con tener la posibilidad de acceder a medicamentos? ¿Este acceso que quiere decir?

5. ¿Cómo se podría facilitar (realistamente) el acceso a medicamentos esenciales en todo el mundo y para todas las personas?

Posibles sub-preguntas: ¿qué elementos serían claves para facilitar este acceso? Imaginad que tenéis todo el poder para facilitar este acceso: ¿cuáles serían vuestras medidas? Pensad, para ello, en todo el proceso que debería darse...

6. ¿Cuál crees que es tu rol como profesional de la salud o la atención a personas desde una perspectiva de derechos humanos?

Posibles sub-preguntas: ¿qué supone promover que una persona atendida tenga derecho a la salud? ¿Qué otros derechos deberían darse en esta atención? ¿Quién debe garantizarlos y quién debe exigirlos? ¿Qué podéis hacer en relación a esto? Para empezar, ¿sabéis qué es un derecho, qué implica y cómo puede exigirse su cumplimiento?

Una vez transcurridos 10 minutos de debate, y recogidas las principales conclusiones por parte de la persona relatora, el grupo de personas viajeras o “embajadoras de significados” se trasladan a otra mesa, donde a su vez tendrá lugar otro debate en relación a otra pregunta.

Así, al generar la posibilidad de que las personas se desplacen en varias rondas de conversaciones, las ideas, preguntas y temas comienzan a vincularse y a conectarse. Al final de la segunda o tercera ronda, todas las mesas

o grupos de conversación en la sala se habrán “polinizado” de forma cruzada con información de las conversaciones anteriores. En la última ronda de conversación, las personas pueden regresar a su primera mesa para sintetizar sus descubrimientos, o pueden continuar viajando a nuevas mesas.

Es importante señalar que la persona que asume el rol de relatora debe compartir brevemente las ideas clave de la conversación anterior para que otras personas puedan vincular y construir, usando ideas de sus respectivas mesas. Sin embargo, es importante señalar que esta persona no es facilitadora, únicamente realizar la labor de anfitriona en una de las rondas.

d) Una vez terminadas todas las rondas, cada relatora/anfitriona realizará una breve **presentación** (un par de minutos) **de las principales conclusiones** alcanzadas en cada mesa. Para ello, se basará en los “productos”, hallazgos o evidencias que hayan ido dejando los grupos fruto del diálogo mantenido, y que podrá ser en formato de dibujo, relato, esquema visual, etc., siempre y cuando para la relatora sea comprensible para su posterior exposición.

e) Para finalizar, se realiza una **plenaria** en la que se abordan las conclusiones expresadas por cada grupo, tratando de agrupar los aportes realizados en función de las cuestiones debatidas. En un papelógrafo o una pizarra se irán agrupando estas aportaciones para tratar de disponer de un panorama del trabajo realizado, que refleje a su vez las reflexiones, discusiones y acuerdos alcanzados por los grupos. Finalmente, se pedirán los últimos apuntes que permitan completar el cuadro realizado colectivamente.

En *resumen*, la sesión se estructura de la siguiente forma:

- Introducción (5 mins).
- Conformación de grupos (5 mins).
- Debate de pequeños grupos en mesas (40-60 mins).
- Conclusiones por parte de personas relatoras (8-10 mins).
- Plenaria y cierre (12-20 mins).

Por tanto, la duración de esta sesión puede oscilar entre los 70 y los 90 minutos, en función de la disponibilidad de tiempo y el nivel de profundidad que se pretenda alcanzar con los diálogos.

RECOMENDACIONES

- 1) Es importante crear un ambiente relajado, distendido. Para ello, es importante que haya suficiente luz natural o que las mesas no estén alineadas en filas.
- 2) La persona facilitadora debe preguntar constantemente al plenario si está de acuerdo con las conclusiones alcanzadas, tratando de evitar dirigir o manipular las respuestas del grupo. Se trata de facilitar el consenso, no de plantear conclusiones preconcebidas.
- 3) La persona facilitadora no debe ubicar los aportes según su criterio personal, sino siempre hacer que sean las personas participantes las que los ubiquen donde crean que corresponden. Esto conduce a que las participantes asuman necesariamente un papel activo y participativo.
- 4) Es importante que las personas participantes añadan el contenido que consideren oportuno, proporcionando elementos de reflexión crítica más amplios, si bien deben contar con el acuerdo amplio del resto de personas.

MATERIALES Y EQUIPOS NECESARIOS PARA LAS MESAS

- Preguntas generadoras ya preparadas (una por grupo).
- Rotuladores de agua.
- Papelógrafo.
- Post-it.
- Cinta adhesiva para pared.

ANEXO COMPLEMENTARIO

Con el objeto de identificar con más detalle y profundidad los conocimientos y actitudes previas del alumnado con respecto a las temáticas abordadas en esta iniciativa, se puede elaborar también un cuestionario que incorpore cuestiones alternativas (preguntas generadoras) que podrían ser incluidas en el debate.

SEGUNDA SESIÓN: CINEFORO Y ESTUDIO DE CASOS

DESCRIPCIÓN

Con esta sesión se pretende promover la reflexión crítica y colectiva sobre el acceso a los medicamentos esenciales y las variables que influyen en su acceso, con particular énfasis en el precio, en el marco del derecho a la salud. Para ello, se emplean dos audiovisuales realizados por Farmamundi y disponibles en abierto en la plataforma digital Youtube (“*El medicamento, un derecho secuestrado*” y “*Se me parte el alma en dos... y el mundo también*”) y se abordan distintos estudios de casos basados en situaciones reales relacionadas con el acceso a medicamentos.

Los **cinéforos** se llevan a cabo con una estructura similar y abordan contenidos comunes, siendo complementaria su realización. Resulta clave en su desarrollo la facilitación, ya que un factor muy importante es la conducción de la reflexión colectiva y el debate con las personas participantes, así como la generación de aprendizajes y lecciones aprendidas del proceso previo.

Por otra parte, los cinéforos se complementan con **estudios de casos** realizados mediante grupos de trabajo, en el cual analizan de forma crítica diversas situaciones relativas al acceso a medicamentos esenciales desde un enfoque basado en derechos humanos, género e interculturalidad.

CONTENIDOS

- Medicamentos esenciales.
- Sistema de patentes.
- I+D farmacéutica.
- Precio de medicamentos.
- Acuerdos ADPIC.
- Variables de acceso.
- Inequidad entre países en el acceso a medicamentos.

OBJETIVOS

- Promover la reflexión crítica y colectiva sobre el acceso a los medicamentos esenciales y las variables que influyen en su acceso, con particular énfasis en el precio.
- Contribuir al desarrollo de habilidades para la construcción colectiva del conocimiento desde un enfoque crítico y basado en derechos humanos.
- Duración: cada sesión tiene una duración de aproximadamente 90 minutos.

Cinéforos

Se llevan a cabo en torno a los siguientes audiovisuales (ver *ANEXO I fichas técnicas audiovisuales*):

— “*El medicamento, un derecho secuestrado*”, disponible en dos versiones. Por un lado, una de casi 42 minutos (https://www.youtube.com/watch?v=_7dg2fOd4S4) y, por otro, una segunda versión de 14 minutos (https://www.youtube.com/watch?v=_56Ce1TbTPg). Esta última versión es la recomendada para esta sesión específicamente.

— “*Se me parte el alma en dos... y el mundo también*”, disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=cjVWlu-VHB6M>, y con una duración de 4:39 minutos.

Los cineforos se estructuran de la siguiente forma:

Introducción (10 mins.)

La persona responsable de la facilitación realiza una breve presentación de la sesión, haciendo alusión a los dos audiovisuales que serán proyectados (ver anexo ficha técnica) y las temáticas que se abordan en el mismo de forma muy general. A continuación, formula algunas preguntas generadoras del debate inicial:

¿Qué os sugiere el título? (previa a proyección)

En una pizarra o papelógrafo se anotan algunas de las ideas iniciales formuladas por el alumnado.

Proyección “El medicamento, un derecho secuestrado”(14 mins)

Se lleva a cabo la primera proyección y a continuación se facilita un debate en torno a las principales cuestiones que abordan en el video. En primer lugar se realizan preguntas abiertas (¿qué os parecido? ¿Cuáles son las ideas claves del video? ¿Qué tanto conocéis sobre lo que se trata? ¿Coincide con vuestras conclusiones de la primera sesión?

Por otra parte, a continuación se exponen algunas cuestiones que también se pueden abordar de forma particular en la discusión:

- Dos caras de la misma moneda: el problema de acceso a medicamentos como una cuestión de desigualdad, no de escasez.
- La I+D y su relación con la innovación para el tratamiento de enfermedades olvidadas. Criterios vigentes para la innovación.
- Relación entre acceso a medicamentos y Derecho Universal a la Salud. Responsabilidad o papel de los gobiernos.
- Qué son y qué dimensiones tienen las enfermedades olvidadas.
- El precio de los medicamentos y su relación con el acceso. Eficacia y calidad de los medicamentos. El sistema de patentes y el acuerdo ADPIC.

Algunos elementos claves generales para el diálogo:

Medicamentos esenciales y a precios razonables, ‘búsqueda de soluciones’, Investigación y Desarrollo (I+D) en el ámbito farmacéutico: ¿quién debería encargarse de la I+D? ¿Cómo se podría reducir el coste de los medicamentos? ¿Qué criterios deben prevalecer para innovar y desarrollar fármacos? ¿Cómo podría aplicarse un enfoque de género en la I+D? ¿Cómo se relaciona la feminización de la pobreza con el acceso a medicamentos? ¿Cómo debería ser la relación entre empresas privadas y gobiernos en cuanto a este tema? ¿Cómo se relaciona la ética y los derechos humanos con la I+D farmacéutica? ¿Qué papel juega la sociedad en todo esto?

Patentes de calidad e innovadoras: ¿las patentes han de ser de la mayor calidad y recompensar innovaciones auténticas y que supongan un beneficio sobre las alternativas anteriores a esa nueva invención? ¿Se debe de ser más estricto a la hora de ampliar una patente? ¿Debe continuar la duración de 20 años para una patente, como ocurre actualmente? ¿Se debe flexibilizar la patente por razones de salud pública?

En la anterior sesión, ¿qué conclusiones recordáis haber alcanzado en torno al sistema de patentes de medicamentos?

Proyección “Se me parte el alma en dos... y el mundo también” (4:39 minutos).

Se lleva a cabo la proyección y a continuación se facilita un debate en torno a las principales cuestiones que abordan en el video:

- Diferencias norte sur en el acceso a medicamentos.
- Variables de acceso a los medicamentos esenciales.
- Relación entre ambos audiovisuales.

La persona encargada de facilitar la actividad tratará de recoger en una pizarra o similar las principales conclusiones.

ESTUDIOS DE CASOS

Esta actividad consiste en analizar críticamente, en grupo, diferentes casos relacionados con problemáticas de acceso a medicamentos en contextos diversos, de manera que se busca combinar la potenciación de la adquisición de conocimientos -vinculado con la realización de los cineforos- con el desarrollo de habilidades generales y actitudes útiles. Pretende promover el aprendizaje vivencial a través de diversas historias de vida que abordan cuestiones como la diversidad en relación al derecho a la salud y el acceso a medicamentos, potenciando el pensamiento crítico en torno a cómo las diferencias se convierten en desigualdades.

El punto de partida es un problema o situación que permite al alumnado identificar necesidades y potencialidades para comprender mejor ese problema/situación, identificar principios que sustentan el conocimiento y cumplir objetivos de aprendizaje.

Los casos planteados (ANEXO II) son los siguientes:

- Incremento de casos de VIH en República Democrática del Congo.
- Aumento de casos de leishmaniasis en Guatemala.
- Campaña de vacunación en Sierra Leona.
- Aumento de casos de Enfermedad de Chagas en Perú.
- Emergencia familiar por gripe en El Salvador.

Desarrollo.

Cada caso conlleva un objetivo/propósito y proporcionar información de contexto para, finalmente, plantear una serie de preguntas que deben ser resueltas por el grupo, previo análisis crítico de toda la información proporcionada, el debate posterior y el consenso final. Una vez que los grupos han respondido de forma acordada a las preguntas, se comparten en turnos con el resto de la clase, abriéndose la posibilidad de realizar un debate colectivo sobre los casos planteados y las problemáticas de fondo que abordan.

Conclusiones.

Finalmente, se trata de sintetizar en una pizarra o papelógrafo las principales conclusiones alcanzadas por todos los grupos y los aprendizajes adquiridos. Para ello, podría servir el siguiente esquema:

Los conceptos:

- Qué nuevas cosas has aprendido.
- Cuáles piensas que son importantes.
- Qué he aprendido sobre la relación entre acceso a medicamentos y derecho a la salud.

Los problemas:

- Cuáles son los principales problemas que existen para que las personas accedan a los medicamentos.

Los actores:

- ¿Quiénes son los principales actores en esta “película”?
- ¿Qué papel juega cada uno?

Las soluciones:

- Cómo piensas que se podrían resolver los problemas relacionados con el acceso a medicamentos en el mundo.
- Qué papel deberían jugar los anteriores actores.

MATERIALES Y EQUIPOS NECESARIOS

- Ordenador, proyector y altavoces.
- Rotuladores o tiza.
- Papelógrafo o pizarra
- Cinta adhesiva para pared.

TERCERA SESIÓN: JUEGO DE ROL

DESCRIPCIÓN

Este juego de rol guiado ha sido desarrollado específicamente para esta propuesta educativa por el equipo técnico de Farmamundi Andalucía para acercar algunas situaciones que se viven en determinadas zonas del mundo en relación al acceso a medicamentos esenciales (AME) en el marco del derecho a la salud, así como el papel que juegan o podrían jugar diferentes agentes para dar una respuesta adecuada a estas situaciones.

Así, a través de esta propuesta vivencial proponemos que el alumnado encarne el papel de diferentes personas expertas que forman parte de entidades claves en el ámbito de la salud, que acuden a una comisión de emergencia ante un problema de salud pública en la que el acceso a medicamentos es un elemento clave.

CONTENIDOS

- Derecho a la salud y acceso a medicamentos esenciales (AME).
- Agentes implicadas en la gestión internacional, nacional y local de medicamentos y conflicto de intereses.
- Casos de estudio sobre AME.
- Sistema de patentes farmacéuticas.

OBJETIVOS

- Promover la reflexión crítica en torno al acceso a los medicamentos desde la creatividad, la imaginación y el desarrollo de habilidades dialógicas.
- Generar un proceso crítico en torno a la ética y los derechos humanos en relación al acceso a los medicamentos y el derecho a la salud.
- Contribuir al aprendizaje en torno a la responsabilidad, específicamente sobre cómo las decisiones conllevan consecuencias para otras personas.
- Potenciar el trabajo en equipo en torno a objetivos comunes, en particular en lo relativo a las aptitudes relacionadas con el diálogo, la negociación y el alcance de acuerdos.
- Visibilizar la importancia del diálogo y el acuerdo para la resolución de problemas colectivos.
- Aplicar la perspectiva de género en el análisis y la resolución de problemas relativos al acceso a la salud asumiendo diferentes roles.

DURACIÓN

La duración prevista es de 90 minutos para toda la sesión, incluyendo conclusiones y cierre del bloque temático.

ESTRUCTURA Y DESARROLLO DE LA SESIÓN

- Presentación e introducción al juego: 5 minutos
- Estudio de agentes / roles: 5 minutos
- Presentación del caso: 5 minutos
- Primera etapa del juego: 15 minutos
- Segunda etapa del juego: 15 minutos
- Tercera etapa del juego: 15 minutos
- Cuarta etapa del juego y conclusiones: 25 minutos
- Cierre: 5 minutos

EL JUEGO

OBJETIVO

Conseguir que el marcador de puntos de la crisis (también denominado “línea de estado”) acabe con la mínima puntuación posible atendiendo a estos criterios:

- Si el equipo consigue quedar entre los 1-15 puntos la crisis habrá sido superada.
- Si el equipo queda entre los 16-35 puntos la crisis sigue en marcha y pronto llegarán problemas.
- Si el equipo queda entre los 36-60 puntos la crisis deriva en una situación de emergencia que precisa ayuda internacional de carácter urgente.

COMPONENTES

- 10 cartas de actores (ver anexo IV).
- 15 cartas de evento (ver anexo V).
- 5 cartas de crisis (ver anexo VI).
- 3 fichas de situación inicial.
- 1 dado de 6 caras.
- 1 panel de estado (pizarra).

DINÁMICA GENERAL DEL JUEGO

El juego se organiza en cuatro etapas diferentes. Se estima una duración total de 90 minutos repartidos de la siguiente forma:

- una primera etapa de 30 minutos,
- dos etapas de 15 minutos, y
- una última etapa de 30 minutos.

Para cada etapa se propone utilizar un reloj de arena o cronómetro de 15 minutos o bien proyectar en el aula una cuenta atrás; de esta forma, las personas que jueguen podrán organizar su tiempo de discusión y toma de decisiones. Es importante que la persona que guía el juego se ajuste a los tiempos en la medida de lo posible y motive a las personas participantes para que hagan lo mismo.

Cada etapa de 15 minutos corresponde a un día de negociación diferente en el juego. En este momento es importante distinguir el tiempo real del tiempo que marca la narrativa del juego: en tiempo real el juego ocupa una hora y media de partida; en la narrativa del juego, las personas que participan en él se reunirán a lo largo de cuatro meses -un día de negociaciones cada mes- en los que tratarán de dar solución a la crisis de salud que se les presente al comienzo de la sesión. El juego finaliza con un comunicado de prensa “ficticio” al terminar la última etapa, que resume las conclusiones derivadas de la realización del juego. En lugar de un comunicado puede hacerse una plenaria para compartir las conclusiones del ejercicio realizado.

El diseño parte de un **número de personas jugadoras** comprendido entre 10 y 20 personas, si bien podría ser ampliable considerando la figura de personas observadoras y/o relatoras. De forma excepcional podrán conformarse parejas. Por otra parte, será necesaria la figura de una persona que ocupe el papel de máster o guía del juego.

Para este juego es necesario contar con un **dado de 6 caras**. Si no dispones de uno puedes hacer uso de una aplicación para teléfono móvil como *Dice* (usa el código QR) o el dado de Google, que se mostrará en pantalla al buscar “d20” en su buscador.



INSTRUCCIONES GENERALES/COMUNES PARA TODAS LAS ETAPAS

La dinámica a seguir en cada etapa siempre es la misma. La primera es especial por su carácter introductorio, ya que en este momento se presentará el caso a desarrollar, a las agentes que intervienen y el marcador de estado de la partida.

Será la persona encargada de guiar el juego la encargada de que todo ocurra en este orden:

- 1. Introducción de la etapa** (exposición de la situación inicial) a partir de los contenidos de la guía.
- 2. Se ejecuta** un mínimo de una y un máximo de dos **cartas de evento**. La primera es obligatoria y la segunda puede usarse o no según la elección del grupo. Es importante que la persona que guía el juego mate que en las cartas de evento se expresan situaciones tanto positivas como negativas para la situación de crisis.
- 3. Empieza la acción.** Cada persona **puede utilizar un total de dos habilidades** en cada ronda -con excepción de algunas habilidades especiales que juegan algunos roles- **consensuadas por el grupo** de acuerdo a los intereses

de los organismos a los que representan, para lo cual deberá expresar sus razones y la pertinencia de que haga uso de estas habilidades, de modo que es fundamental que se produzca una pequeña negociación entre todas las jugadoras.

Si no existiese acuerdo la persona que guía el juego utilizará el dado para decidir qué acción se desarrolla. En este caso asignará un rango de valores para que la acción pueda ejecutarse y asignará a una persona de la mesa para tirar el dado.

Introducción de la etapa > Carta de situación > Habilidades especiales

Uso consensuado y argumentado

Atención: Para poner en marcha una acción la persona encargada de activarla siempre debe primero justificar en el grupo por qué es importante hacerlo.

Haremos ahora un recorrido por las cuatro etapas del juego. A partir de las siguientes indicaciones la persona facilitadora introduce cada etapa.

INSTRUCCIONES/DESCRIPCIÓN DE ETAPAS

ETAPA / MES 1 (PRIMER MES)

Esta etapa se estructura de la siguiente forma:

1. Introducción al juego.

Se explicará el funcionamiento general del juego, los objetivos previstos, la duración, etc.

2. Reparto aleatorio de los roles que cada jugadora desempeñará a lo largo de la partida.

Dado que los 10 roles definidos representan colectividades/entidades, un mismo rol puede ser desempeñado por dos o varias personas simultáneamente; en este caso, actuarán como una comisión designada por un organismo y las acciones que lleven a cabo deberán ser previamente acordadas en grupo.

3. Análisis de los roles.

En este momento la persona que dirige el juego (máster) da un tiempo de cinco minutos para que las jugadoras analicen sus roles y resuelvan dudas sobre los mismos. En este sentido, se proporcionará información adicional (anexo/glosario) que contribuya a aclarar ciertas siglas y/o conceptos.

4. Ubicación.

Se solicita a las personas participantes que se ubiquen en semicírculo a lo largo del aula o el espacio donde se esté llevando a cabo la actividad.

5. Definición de la situación de partida que marcará el inicio y el desarrollo del juego.

Para ello, cualquier persona tirará el dado. Se puede definir por parte de la persona máster empleando cualquier criterio, por ejemplo: la última persona que haya pisado un centro de salud, la persona que tenga el pelo más largo o la última que haya cogido un avión.

En función de la tirada se dará la situación inicial:

<i>Tirada del dado</i>	<i>Situación inicial</i>
1-2	Incremento de casos de VIH en República Democrática del Congo
3-4	Aumentos de caso de enfermedad del Chagas en Perú
5-6	Kala azar/leishmaniasis visceral en India

6) Se comienza a usar el marcador de puntos del juego, **sumando puntos de malestar y restando puntos de bienestar** según lo indique la carta de situación inicial, las instrucciones de cada etapa, las cartas de evento y crisis y las habilidades de todos los agentes implicados en la mesa.

7) A continuación, la master lleva a cabo una narración inicial para las jugadoras. Por ejemplo:

Ante la situación de crisis que estamos viviendo en este país se hace necesario contar con un comité de personas expertas en la materia capaces de llegar a acuerdos que nos permitan responder a las necesidades de la ciudadanía. Tenemos un total de cuatro reuniones que terminarán con la presentación de los resultados de nuestras negociaciones ante los medios de comunicación. Cada reunión en tiempo real ocupará un total de 15 minutos de tiempo, que deberéis controlar para llegar a acuerdos o aplicar determinadas acciones.

8) La persona que guía el juego pide **a las jugadoras que se presenten** brevemente de acuerdo a lo que establece su carta y que indiquen en la medida de sus posibilidades cuáles son sus objetivos para la reunión que va a tener lugar en las próximas etapas.

9) Tras la presentación, se destapa la **primera carta de evento**. Una vez ejecutada, el grupo puede decidir, por consenso, si utiliza la carta de evento extra que tiene disponible en esta etapa o continúa la partida.

10) Tras la resolución de la carta de evento anterior, las personas que están jugando pueden hacer uso de sus habilidades, respetando el número máximo que pueden usarse en cada turno según las reglas generales del juego (dos).

ETAPA / MES 2

1) La master lleva a cabo una narración inicial para las personas que están jugando. Por ejemplo:

El paso de una etapa a otra implica que todo se complica. Ha pasado un mes desde la última reunión y la situación no ha mejorado. En este segundo nivel, se suman cinco puntos de malestar al rango de puntos final. Es decir, el paso del tiempo para la toma de decisiones implica que la situación se ha complicado algo más y las personas afectadas por la falta de acceso a medicamentos son más o están más afectadas.

2) Después de sumar los puntos de malestar al cómputo global, el equipo deberá destapar la **carta de evento** obligatoria de esta ronda. Como siempre, podrán destapar otra carta de evento más si así lo desean.

3) Las jugadoras pueden poner en marcha sus **habilidades** para intentar disminuir los puntos de malestar en consenso con el resto de la mesa, siempre atendiendo a las reglas de aplicación que se han descrito con anterioridad.

CRISIS

4) En este momento debéis sacar una carta de crisis del mazo y ejecutarla inmediatamente.

ETAPA / MES 3

1) La master lleva a cabo una narración inicial para las jugadoras. Por ejemplo:

Tras la crisis se convoca una reunión de emergencia. La situación ha llegado a complicarse mucho más de lo que esperabais al principio. Dos meses después de vuestra primera reunión, algunas poblaciones se encuentran en un momento crítico, de difícil solución. Evidentemente, esto pasa factura y se suman 10 puntos de malestar a la hoja de estado.

2) Se destapa la carta de evento. Igual trae algo bueno y contribuye a resolver lo que está ocurriendo, ¿no? Hay que recordar que también se puede destapar una carta extra.

3) Es importante que en este momento las personas participantes no olviden jugar las habilidades si así lo desean... ¡A estas alturas sería una locura no hacerlo!

ETAPA / MES 4

1) La master lleva a cabo una narración inicial para las jugadoras. Por ejemplo:

A veces la toma de decisiones en grupo no es nada sencilla, tal y como estáis comprobando. Tras cuatro meses de reuniones, ésta será la última que se convocará y, por tanto, tenéis que intentar resolver la crisis. Es la última oportunidad.

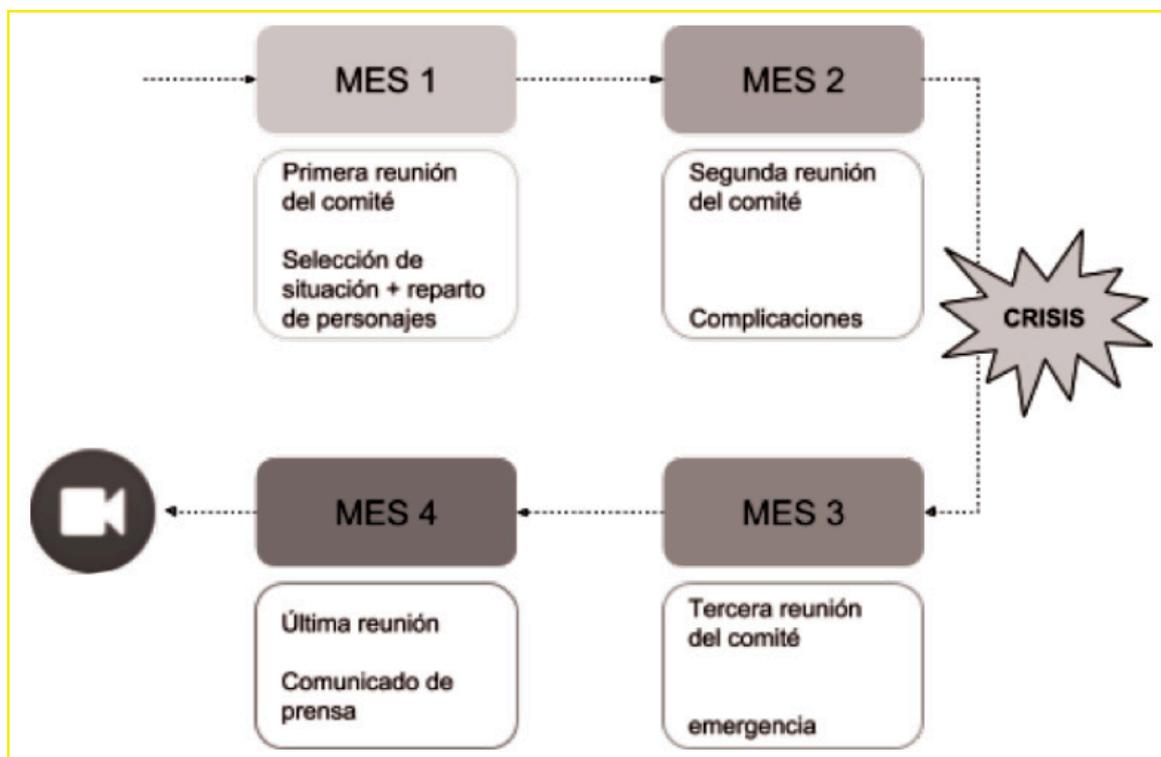
La disolución del comité de personas expertas ha saltado a los medios ante la no resolución de la crisis. Medios de comunicación de todo el mundo esperan un comunicado de prensa o una comparecencia antes los medios de comunicación informado sobre cómo se han desarrollado las negociaciones y qué ocurrirá ahora con las personas afectadas por la crisis. Os están esperando en la puerta. Alguna(s) persona(s) del grupo deberá hacer un comunicado o una declaración pública explicando brevemente cómo han transcurrido estos meses y haciendo una valoración de los resultados de las reuniones de la comisión.

2) Tras destapar la **carta de situación inicial** las personas jugadoras podrán hacer uso de sus **habilidades**, aunque en este turno sólo podrá activarse una en toda la mesa.

3) El comité de personas expertas se reúne y recopila algunos datos clave sobre la partida jugada. Es importante que en este momento se escoja a una persona que haga la portavocía y se acuerden los contenidos básicos que tendrá la última declaración o comunicado que realizarán.

4) El equipo recogerá conjuntamente algunas conclusiones que se recomienda grabar usando la cámara de un dispositivo móvil. El video resultante debe ser corto y recoger solo elementos clave de lo que el grupo de participantes ha experimentado en la partida.

A continuación se incluye un **esquema de las distintas etapas del juego**:



DESCRIPCIÓN DE SITUACIONES

CASO 1: Aumento de casos de VIH en República Democrática del Congo

Nord Kivu es una región de la República Democrática del Congo, un país de grandes dimensiones ubicado en la zona central de África, y que se ha visto afectado por conflictos armados continuos donde la violación de mujeres ha sido un arma de guerra frecuentemente utilizada por distintos grupos armados, con las consecuentes implicaciones negativas que tiene en la salud física y mental de este colectivo especialmente vulnerable.

La crisis surge concretamente en una zona interior, donde la población vive dispersa en torno a dos pequeñas comunidades aisladas, si bien la situación podría extenderse a otras zonas próximas. El hospital más cercano está a dos días de distancia a través de caminos en muy mal estado tras la estación de lluvias. La población subsiste gracias a pequeños cultivos y granjas domésticas, pese a haber sido muy castigada por la reciente guerra.

En la zona se ha producido un aumento muy preocupante de nuevos casos de VIH positivo. Afecta en mayor medida a mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 30 años. En esta zona las creencias y culturas propias son determinantes para la vida cotidiana, y en el caso de las mujeres afectadas por VIH son especialmente estigmatizadas y discriminadas.

El acceso a medicamentos (antirretrovirales y profilaxis preexposición -PrEP-, una píldora que se toma en las 72 horas posteriores a mantener relaciones sexuales de riesgo y que puede ayudar a prevenir el VIH en más de un 90% de los casos) es complicado. Desde el Gobierno la compra de los mismos es dificultosa debido a su precio. La distribución no es nada fácil ni operativa.

— **Objetivo de la mesa:** tratar de controlar la situación y proveer de acceso a medicamentos a la población.

— **Situación inicial:** 22 puntos de malestar .

CASO 2: Aumento de casos de enfermedad de Chagas en Perú

La alerta fue dada por el responsable de salud infantil de un área del altiplano de Perú, recién incorporado al cargo. Hace una semana se comunicó el aumento desmesurado de los casos de enfermedad de Chagas entre menores de edad de esta zona rural especialmente empobrecida económicamente, donde las viviendas en mal estado son muy frecuentes y los servicios de salud pública muy limitados.

Existe un medicamento efectivo y eficaz que actualmente no se encuentra en el mercado. El propietario de la patente, un laboratorio farmacéutico con presencia en la mesa de negociaciones, dejó de fabricarlo hace bastantes años. La situación en la zona donde se va a producir la intervención comienza a ser crítica y no hay más fármacos que puedan curar esta enfermedad.

— **Objetivo de la mesa:** tratar de controlar la situación y proveer de un acceso a medicamentos a la población de la zona en condiciones de equidad.

— **Situación inicial:** 25 puntos de malestar .

CASO 3: Kala azar o leishmaniasis visceral en India

Kala azar significa fiebre negra en hindi, también conocida como leishmaniasis visceral. En la India se dan el 50% de los casos mundiales, convirtiéndola en endémica en este entorno. En los últimos años la situación se está conteniendo, pero no deja de ser crítica. Es especialmente complicada en el estado de Bihar, donde se dan más de 10.000 casos de la enfermedad cada año.

El desarrollo de nuevos fármacos no es prioritario y por eso las personas afectadas, en su mayoría población escasos recursos económicos, no disponen de tratamientos eficaces o adecuados. Los productos de tratamiento son específicos según la región, ya que su eficacia varía según la zona, lo que hace más compleja la atención a esta enfermedad.

El acceso a según qué fármacos es aún bastante deficitario, al menos de los que están disponibles actualmente. Debido a su relación con los recursos económicos, las mujeres son un colectivo particularmente afectado.

— **Objetivo de la mesa:** tratar de controlar la situación y proveer de un acceso a medicamentos a la población de la zona, con énfasis en la que se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad.

— **Situación inicial:** 27 puntos de malestar.

MATERIALES Y EQUIPOS NECESARIOS

- Juego de cartas
- Dado
- Folios
- Bolígrafos
- Pizarra y tiza

CUARTA SESIÓN: UN PASO AL FRENTE POR LA SALUD GLOBAL

DESCRIPCIÓN

Esta actividad pone en práctica un actividad vivencial que busca promover un conocimiento crítico e influir un cambio de actitudes acerca de las distintas variables que influyen en el acceso a los medicamentos desde un Enfoque Basado en los Derechos Humanos (EBDH), que está basado en los valores, principios y normas universales, propios de la dignidad de la persona, que se refieren a la vida, libertad, igualdad, seguridad, participación política, bienestar social y cualquier otro aspecto ligado al desarrollo integral de la persona, y que se sustentan en los derechos humanos.

En esta sesión se lleva a cabo un ejercicio de empatía y análisis colectivo en torno a algunas de las variables que influyen en el ejercicio del derecho a la salud: género, etnia/cultura, geográfica, precio/ condición económica, I+D farmacéutica y otras. Por tal motivo, en su concepción y desarrollo incorpora diversos enfoques: género, diversidad cultural, diversidad funcional/discapacidad, enfoque basado en derechos humanos. De forma global, se enmarcan en un enfoque de diversidad en equidad y considera de forma central un enfoque socioafectivo que se articula en torno:

- al *sentir*, a través de las vivencias experimentadas,
- el *reflexionar*, utilizando para ello también preguntas generadoras, y
- el *actuar*, en este caso a través del aprendizaje conducente a la adquisición y puesta en práctica de determinadas actitudes y conductas.

CONTENIDOS

- Variables que influyen en el ejercicio del derecho a la salud y, en particular, en el acceso a medicamentos.
- Medidas para favorecer el ejercicio del derecho a la salud y, en particular, en el acceso a medicamentos.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Promover una reflexión crítica en torno al derecho a la salud y el acceso a medicamentos considerando las distintas variables que influyen en su acceso.
- Reflexionar sobre estas variables, tratando de pensar de qué forma condicionan o no el acceso desde nuestro entorno, y qué diferencias pueden darse con respecto a otras comunidades, regiones o países.
- Promover una mayor identificación y empatía con aquellas personas y/o colectivos que sufren discriminación/desigualdad en el ejercicio de del derecho a la salud, y en particular en lo relativo al acceso a los medicamentos.
- Dialogar colectivamente acerca de algunas posibles soluciones a cada una de las problemáticas asociadas a las variables, llegando a consenso/conclusiones sobre posibles soluciones a dicha problemática.

DURACIÓN

La duración prevista es de 90 minutos para toda la sesión, incluyendo conclusiones y cierre del bloque temático.

ESTRUCTURA

1. Introducción a la actividad por parte de la persona facilitadora.
2. Presentación/recordatorio en torno a las variables que influyen en el acceso a los medicamentos esenciales.

3. Dinámica “Un paso al frente”.
4. Puesta en común en plenario general. Conclusiones.
5. Cierre del ciclo formativo.

DESARROLLO

Introducción a la actividad (5 mins).

La persona responsable de la facilitación aborda los objetivos de la sesión y explica brevemente cómo se va a desarrollar.

Presentación/recordatorio en torno a las variables que influyen en el acceso a los medicamentos esenciales (10 mins).

A través de un formato visual de apoyo (prezi, power point, esquema gráfico, etc.) la persona facilitadora aborda de forma concisa y breve las variables que influyen en el derecho a la salud, y en particular en el acceso a medicamentos, las cuales han podido analizarse en las sesiones previas, de modo que esta parte sirve como recordatorio. En todo momento se tratará de promover la interacción con y entre el alumnado y la resolución de dudas.

Dinámica “Un paso al frente” (60):

Preparación.

La persona facilitadora pedirá al alumnado participante que se coloque de pie. De forma aleatoria, repartirá boca abajo 20 tarjetas (Anexo II. Tarjetas con personajes dinámica “Un paso al frente”) que incluyen la descripción de 14 perfiles de personas diversas (edad, género, condición, origen cultural, situación socioeconómica, orientación sexual, etc.), y en cinco casos las tarjetas indicarán simplemente “ERES TÚ MISMO/A”. Les pedirá que se coloquen en fila al fondo del aula o al aire libre, con espacio suficiente como para dar 10 pasos al frente.

Una vez repartidas las tarjetas, dejará dos minutos para que lean el contenido de las tarjetas. Mientras tanto, solicitará al resto del alumnado que se coloque a un lado y que analice de forma detallada y crítica todo lo que acontecerá a continuación. A continuación formulará algunas preguntas, con ciertas pausas entre las mismas, para dar a las personas participantes tiempo para reflexionar y construir un retrato de sí mismas y de “sus vidas”:

- ¿Cómo era o es tu niñez? ¿En qué tipo de casa viviste o vives? ¿Qué clase de juegos jugaste o juegas?
- ¿Cómo es tu familia? ¿Qué situación vive? ¿Qué tipo de trabajo tenían o tienen tus familiares? ¿Crees que eras o eres feliz?
- ¿Cómo es tu vida diaria? ¿Dónde te relacionas con otras personas? ¿Qué haces por la mañana, por la tarde, por la noche?
- ¿Qué estilo de vida tienes? ¿Dónde vives? ¿Cómo será la vida en ese lugar donde habitas? ¿Cuánto dinero ganas al mes en el caso de que trabajes? ¿Qué haces en tu tiempo libre? ¿Qué haces en tus vacaciones, si es que las tienes?
- ¿Qué te emociona y qué temes? ¿Qué tipo de problemas vives en tu vida cotidiana? ¿Cuáles piensas que son los más importantes? ¿Con qué sueñas?

De esta forma, se facilita la posibilidad de que se “apropien” de su personaje, ya que han de sentirse identificadas e intentar empatizar con estas personas. Igualmente, se pueden formular preguntas a la persona facilitadora para que tengan claras las características de cada personaje.

A continuación, se solicita al alumnado que permanezca en silencio formando una fila, cada persona al lado de la otra, como en una línea de partida. Se le hace saber al grupo que se formulará una lista de **preguntas**:

- Cada vez que la respuesta sea “NO”, deberán dar un paso al frente.
- En caso de **respuesta positiva**, deberán permanecer en el lugar donde están y **no moverse**.
- Si tienen **duda** acerca de la respuesta, darán solo **medio paso** hacia adelante.

Por ejemplo, ante la pregunta “¿tu sistema público de salud es de baja calidad y/o no tiene una cobertura sanitaria universal, que posibilite el acceso de toda la población en condiciones de equidad?”,

- (*respuesta afirmativa*) si creen que en el país o la región donde viven el sistema de salud es de baja calidad y/o no tiene una cobertura universal, que posibilite el acceso de toda la población en condiciones de equidad, no darán ningún paso;
- (*respuesta negativa*) por el contrario, si piensan que el sistema público de salud NO es de baja calidad y/o tiene una cobertura sanitaria universal, que posibilite el acceso de toda la población en condiciones de equidad, darán un paso adelante;
- (*respuesta dudosa o ambigua*) si no disponen de información concreta en relación al contexto sanitario del país donde vive su personaje (o sea, él o ella), pero intuyen que el sistema de salud es de mediana calidad y/o semi-privado (no proporciona cobertura sanitaria universal plenamente), darán solo medio paso.

Seguidamente, la persona responsable de la facilitación procederá a formular varias preguntas en voz alta, de forma pausada para dar tiempo a que cada persona que responda de manera negativa dé un paso al frente y el grupo pueda echar una mirada alrededor para fijarse en las posiciones de las demás personas participantes:

¿Eres o te sientes mujer?

¿Formas parte de una minoría étnica o cultural?

¿Tienes algún tipo de discapacidad o diversidad funcional?

¿Formas parte de la comunidad LGTBIQ+?

¿Tienes alguna enfermedad crónica?

¿Padeces una “enfermedad olvidada” (enfermedad del Chagas, leishmaniasis, etc.)?

¿Tienes una enfermedad considerada “rara”?

¿Tienes escasos recursos económicos?

¿Eres un niño o niña?

¿Eres una persona de avanzada edad?

¿Tienes complicado acceder físicamente a un centro de salud y/o a una farmacia (por la existencia de malos caminos o carreteras, aislamiento, zonas de riesgo, etc.)?

¿Piensas que el sistema de salud de tu país o tu región es de baja calidad o no facilita el acceso al mismo de toda la población en condiciones de equidad?

¿Crees que los servicios de salud de tu país o región utilizan únicamente el idioma mayoritario y no consideran idiomas minoritarios?

¿Existe desabastecimiento en el sistema público de salud o en las farmacias de tu localidad, comunidad o barrio?

¿Piensas que donde vives brillan por su ausencia los programas públicos de salud que se caractericen por ser integrales, preventivos, etc.?

¿Crees que el Estado del país no promueve políticas públicas que faciliten el acceso a medicamentos y tratamientos de todo tipo?

¿Crees que el Gobierno de tu país o región tiene otras prioridades diferentes a las de impulsar medidas específicas que promuevan el derecho a la salud de todas las personas y colectivos?

Al final de las preguntas, la persona facilitadora invita a todo el alumnado a fijarse en sus posiciones finales. Entonces deja un par de minutos para que “salgan” del papel, en silencio, antes de pasar a la realización de una

plenaria donde se dialogará en conjunto sobre lo que acaba de acontecer. Para ello, se pueden formular algunas preguntas generadoras, solicitando a su vez testimonios individuales de quien considere oportuno compartir la experiencia vivida:

- ¿Por qué estáis ubicadas en ese lugar? ¿Cómo os habéis sentido al dar o no dar un paso al frente?
- Para las personas que a menudo dieron un paso al frente ¿en qué punto comenzaron a advertir que las otras personas no se movían tan rápidamente o al menos como ellas?
- ¿Pueden adivinar los roles de las otras personas? en este momento se puede acceder a que revelen sus roles durante esta parte de la discusión).
- ¿Fue fácil o difícil simular diferentes roles? ¿Cómo os habéis imaginado que era la persona que representaban?
- ¿Cómo os hubiera gustado que fuese todo?
- ¿Refleja el ejercicio, de alguna manera, al mundo o la sociedad? ¿Cómo?
- ¿Cómo se puede hacer para revertir las situaciones que han generado esta inequidad?
- ¿Qué relación tiene todo esto con las sesiones previas en las que habéis participado?
- ¿Quién tiene la responsabilidad y el deber de asegurar el derecho a la salud de la población? ¿Y qué papel tiene la ciudadanía?

La persona facilitadora realizará las preguntas interpelando a las distintas personas, moderando las respuestas y anotando las opiniones más relevantes. Explicará dudas y posibles preguntas que puedan ir surgiendo. De esta forma, se abordarán tanto las sensaciones generales como las claves por las que se ha reflejado esa inequidad en el acceso a los medicamentos y, en general, en el ejercicio del derecho a la salud. Estas conclusiones sobre la dinámica darán lugar al cierre del ciclo formativo, que culmina con la evaluación.

RECOMENDACIONES

1. Si se realiza esta actividad al aire libre, se ha de asegurar que las personas participantes pueden escuchar, especialmente si se trata de un grupo grande. Se podría necesitar una persona de apoyo para transmitir las situaciones.
2. En la fase de “hacerse” con el rol, al principio, existe la posibilidad de que algunas personas participantes señalen que saben poco acerca de la vida de la persona que tienen que representar o el contexto general de donde viven. Hay que aclararles que que no es especialmente importante, y que deben utilizar su imaginación e intuición para hacerlo lo mejor posible.
3. Durante la reflexión y evaluación final es importante explorar de dónde extrajeron las personas participantes la información acerca del carácter del papel que tuvieron que representar: ¿por experiencia personal? ¿Medios de comunicación? ¿Lecturas? ¿Películas? ¿Tienen seguridad acerca de la información y las imágenes que tienen de los personajes son realistas? Se puede aludir en este caso también a los estereotipos y prejuicios.
4. En esta actividad es especialmente pertinente hacer reflexionar sobre la importancia de ejercer derechos, como sujetos de derechos que son todas las personas. No solo se trata de visibilizar problemas de desigualdad/inequidad estructural, sino ahondar en la importancia del ejercicio activo de los derechos humanos. Para ello, también es clave identificar quiénes son quienes ostentan el deber y la responsabilidad de hacer cumplir los derechos humanos.

MATERIALES Y EQUIPOS NECESARIOS

- Tarjetas con perfiles de personajes para la dinámica grupal.
- Tarjetas con situaciones para el relato de la dinámica grupal.
- Material de aula: cinta adhesiva, papel continuo y rotuladores.
- Espacio físico: aula muy amplia, sobre todo de largo (al menos 20 metros). Si es posible, al aire libre.

5. EVALUACIÓN

La evaluación es clave en el desarrollo de procesos formativos y de sensibilización, particularmente con población estudiantil. En este sentido, se considera sumamente importante que esta evaluación se realice de forma participativa y priorizando el uso de técnicas cualitativas o, al menos, una combinación de cuantitativas y cualitativas. En el primer caso, sugerimos la realización de una plenaria con todo el grupo o el desarrollo de pequeños grupos de discusión. En el segundo caso, el diseño de una encuesta permita recabar información de forma amplia, concreta y ágil. En cualquier caso, a continuación se exponen algunos de los elementos claves que deben incorporarse en un proceso de evaluación con el **alumnado** sobre el ciclo de sesiones incluido en la presente propuesta educativa:

- Cuestionamientos previos al proyecto sobre los temas tratados.
- Valoración sobre la propuesta educativa en relación a cada una de las sesiones y en su conjunto.
- Valoración sobre su participación e involucramiento.
- Valoración sobre el nivel de conocimientos adquirido y su influencia en la adopción de otra percepción y actitud sobre los temas abordados, así como el grado de implicación en los mismos a raíz de este ciclo formativo. Posicionamiento actual en relación a estos temas y razones del posible cambio.
- Asimilación de los enfoques de género y de diversidad cultural de la propuesta educativa
- Valoración sobre la idoneidad/necesidad de incluir en la formación de las/os profesionales sanitarios los temas tratados en el marco del proyecto.

Por otra parte, es conveniente que el **profesorado o personal facilitador** implicado en este proceso educativo también lleve a cabo una autoevaluación que trate cuestiones como las anteriores, añadiendo otros elementos:

- Opinión sobre su papel en la facilitación de este tipo de procesos educativos.
- Predisposición para integrar esta propuesta educativa en su práctica docente diaria.
- Predisposición para hacer incidencia en sus respectivos centros educativos para incluir la propuesta educativa del proyecto en el Plan Educativos de Centro y/o Programaciones Docentes.
- Acciones que muestren su grado de sensibilización/compromiso con los temas tratados.
- Interés por parte de los departamentos con los que se ha trabajado en el marco del proyecto de incorporar la propuesta educativa en su práctica docente.

6. BIBLIOGRAFÍA, WEBS Y OTROS RECURSOS

Revelando Salud:

www.revelandosalud.org.

Esenciales para la Vida: esencialesparalavida.org/.

Específicamente se recomienda la consulta de <http://genero.esencialesparalavida.org/>.

Esenciales para la vida. Jornada sobre la problemática del acceso a medicamentos esenciales y posibles soluciones, varios autores, 2009, Valencia, Contextos Farmamundi. Disponible en: www.farmaceuticosmundi.org/farmamundi/descargas/pdf/CAMPA%20IAS-ACTIVIDADES/LIBRO%20ESENCIALES%20XL%20VIDA.pdf

Algunas cuestiones claves relacionadas con el acceso a los medicamentos y la propiedad intelectual, varios autores, 2014, Valencia, Contextos Farmamundi y South Centre.

Disponible en: farmaceuticosmundi.org/wp-content/uploads/2015/12/LibroGermanVelasquez2015.pdf

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

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

Documental El medicamento, un derecho secuestrado:

www.youtube.com/watch?v=_7dg2fOd4S4

Documental India, la farmacia del mundo:

<https://www.youtube.com/watch?v=aDyknLBcS10>

Enfermedades tropicales desatendidas: preguntas más frecuentes

www.who.int/topics/tropical_diseases/qa/faq/es/

Enfermedades olvidadas (MSF):

www.msf.es/conocenos/cuando-intervenimos/enfermedades-olvidadas

18 males, mil millones de enfermos, El País (edición digital):

www.elpais.com/elpais/2017/04/22/planeta_futuro/1492875418_061214.html

Corporación CAMI. La salud según la OMS:

<https://www.youtube.com/watch?v=Rabnvu7N2l0>

OMS. Salud y Derechos Humanos:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es>

OMS. Salud y Determinantes Sociales de la Salud:

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

ANEXOS

ANEXO I. FICHAS TÉCNICAS AUDIOVISUALES

FICHA TÉCNICA 1

EL MEDICAMENTO, UN DERECHO SECUESTRADO

Sinopsis: El documental pone de manifiesto la corrupción del sistema de investigación y desarrollo, regulación y comercialización de fármacos, a través de diversas entrevistas realizadas a importantes personalidades del ámbito de la salud. Testimonios recogidos en Sierra Leona, Suiza (Asamblea Organización Mundial de la Salud 2010), Colombia (caso del antirretroviral Kaletra) y España evidencian claramente que el acceso a los medicamentos es, actualmente, un derecho secuestrado. Profesionales dedicados a la salud opinan sobre el sistema actual de asistencia y acceso a los medicamentos, un sistema insostenible por haber permitido los gobiernos que los problemas de salud estén en manos privadas con ánimo de lucro, donde el dinero es más importante que salvar vidas.

—
Producción: Farmamundi

—
Financiación: Gobierno Autonómico de Castilla-La Mancha y Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo (ACCD)

—
Idioma: inglés, con subtítulos en español, y español.

—
Género: documental

—
Duración: 41 min/14 min.

—
Directora: Yasmina Solanes

—
Año de producción: 2010



FICHA TÉCNICA 2

SE ME PARTE EL MUNDO EN DOS... Y EL ALMA TAMBIÉN

Sinopsis: Don Justito y Doña N'tengo protagonizan esta producción. Dos historias paralelas que se dan a miles de kilómetros de distancia. Un dolor de hombro será el desencadenante de la aventura personal de ambos personajes para salvar los obstáculos diarios y conseguir lo que más ansían: un medicamento esencial.

—

Producción: Farmamundi

—

Financiación: Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)

—

Idioma: español.

—

Género: spot.

—

Duración: 4'38 min.

—

Año de producción: 2013.



**ANEXO II.
CASOS PRÁCTICOS
DE ACTIVIDAD
ESTUDIO DE CASOS**

CASO DE ESTUDIO 1

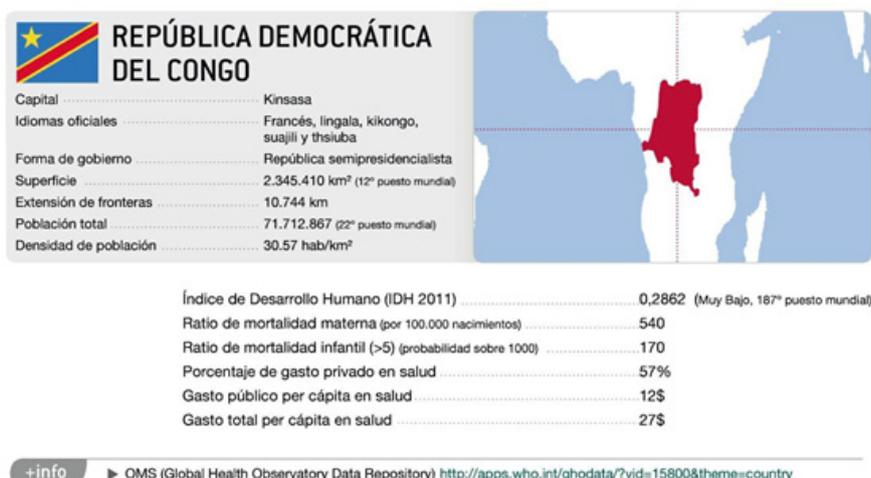
INCREMENTO DE CASOS DE VIH EN REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO

Eres la persona responsable de salud de una zona interior, montañosa y aislada en la **República Democrática del Congo**, en África central. Es el segundo país más extenso del continente y se ha visto afectado por un conflicto armado durante muchos años, el cual no ha sido resuelto definitivamente.

El hospital más cercano se encuentra a dos días de distancia a través de caminos en muy mal estado tras la estación de las lluvias. Tampoco existen farmacias en los alrededores. La población que subsiste gracias a pequeños cultivos y granjas domésticas ha sido muy castigada por la reciente guerra; particularmente, muchas mujeres se han visto afectadas por violaciones realizadas por las diferentes partes del conflicto armado.

Detectas un aumento preocupante en los casos nuevos de **VIH positivo** en tu zona, el cual afecta sobre todo a adolescentes y jóvenes mujeres. Debes tener en cuenta también que se trata de una zona en la que las creencias y la cultura propias son determinantes en su vida cotidiana. Igualmente, las mujeres apenas tienen espacios de decisión y no pueden acceder a los recursos (no pueden decidir sobre el destino de los ingresos familiares, por ejemplo).

Debes diseñar una intervención efectiva para abordar esta situación.



RAZONA LAS RESPUESTAS:

¿Cuál sería el objetivo principal de tu intervención?

¿Qué factores o situaciones debes considerar a la hora de intervenir?

¿Cuáles se relacionan con el acceso a medicamentos? ¿Y con el género?



CASO DE ESTUDIO 2

AUMENTO DE CASOS DE LEISHMANIASIS EN GUATEMALA

Al norte de **Guatemala**, en América Central, se ha identificado un alarmante aumento de casos de **leishmaniasis**, una enfermedad tropical desatendida que afecta especialmente a personas en situación de vulnerabilidad y cuya variante cutánea puede variar desde úlceras pequeñas y únicas hasta úlceras múltiples de gran tamaño. Se han registrado más 4.000 lesiones durante los últimos 15 años. La preocupación de las autoridades sanitarias, por tanto, es enorme.

La variedad de la enfermedad presente en la zona requiere una terapia específica (un antimonial). En esta zona la población es mayoritariamente **maya-Q'eqchí**, un grupo étnico que entiende la salud y la enfermedad en términos de equilibrio y desequilibrio del universo. La atención médica se basa en el uso de plantas medicinales y minerales y la celebración de ceremonias, rituales, rezos e interpretación del calendario maya, entre otros ritos. En general existe un desconocimiento sobre la cultura maya-Q'eqchí y, sobre todo, su relación con las enfermedades y la atención médica. Esto dificulta el éxito de las iniciativas de tratamiento y control que el Ministerio de Salud y otras partes interesadas desarrollan para combatir esta enfermedad.

El Gobierno te ha elegido para **diseñar una intervención en esta zona** cuyo objetivo es reducir drásticamente los casos de leishmaniasis.



GUATEMALA

Capital	Ciudad de Guatemala
Idiomas oficiales	Español
Forma de gobierno	República presidencialista
Superficie	108.889 km ² (106º puesto mundial)
Población total	15.700.000 (66º puesto mundial)
Densidad de población	135 hab/km ²



Índice de Desarrollo Humano (IDH 2011)	0,574 (Medio, 131º puesto mundial)
Ratio de mortalidad materna (por 100.000 nacimientos)	120
Ratio de mortalidad infantil (>5) (probabilidad sobre 1000)	32
Porcentaje de gasto privado en salud	64%
Gasto público per cápita en salud	116\$
Gasto total per cápita en salud	325\$

+info

► OMS (Global Health Observatory Data Repository) <http://apps.who.int/ghodata/?vid=15800&theme=country>

RAZONA LAS RESPUESTAS:

¿Cuál sería el objetivo de tu intervención?

¿Qué factores debes tener en cuenta a la hora de intervenir?

¿Cuáles se relacionan con el acceso a medicamentos?



CASO DE ESTUDIO 3

CAMPAÑA DE VACUNACIÓN EN SIERRA LEONA

Eres la nueva persona responsable de la dirección de los centros hospitalarios en **Sierra Leona**, un país de África occidental. Tu primer objetivo importante es realizar una **campaña nacional de vacunación** contra el neumococo, destinada a niños y niñas de entre 6 meses y 10 años de edad, tal y como recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS). La situación lo requiere urgentemente: ha habido 3.468 casos confirmados y 24 fallecimientos desde comienzos del año.

Ya has conseguido el material de información y difusión necesario, así como personal cualificado para realizar la campaña. Pero cuentas con un presupuesto muy reducido que no permite adquirir la vacuna en el país al precio actual. En 10 años, el precio del paquete completo de vacunación se ha disparado, multiplicándose por 70.

Ha llegado a tus oídos una noticia positiva: otros países se encuentran en la misma situación y buscan desesperadamente una solución. En India hay una empresa que fabrica la vacuna genérica a un precio 28 veces inferior, con lo cual se abre la posibilidad de adquirirla para la campaña. Sin embargo, en el país sigue vigente la patente y la empresa propietaria está dispuesta a ir a juicio para mantener el precio.



Índice de Desarrollo Humano (IDH 2011)	0,336 (Muy Bajo, 180º puesto mundial)
Ratio de mortalidad materna (por 100.000 nacimientos)	890
Ratio de mortalidad infantil (>5) (probabilidad sobre 1000)	174
Porcentaje de gasto privado en salud	88%
Gasto público per cápita en salud	12\$
Gasto total per cápita en salud	107\$

+info

► OMS (Global Health Observatory Data Repository) <http://apps.who.int/ghodata/?vid=15800&theme=country>

RAZONA LAS RESPUESTAS:

¿Cómo podrías abordar esta compleja situación?

¿Qué factores clave influye aquí en el acceso a los medicamentos?

En un caso como este, ¿qué priorizarías? ¿Legalidad o justicia social?



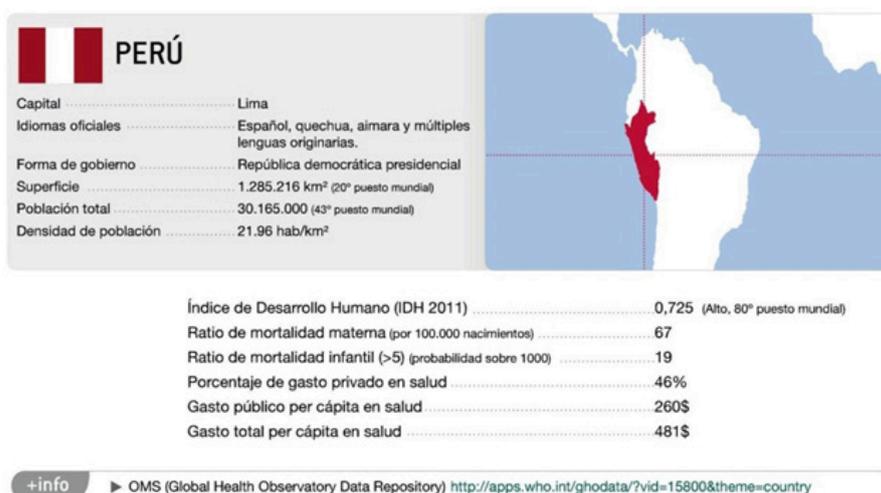
CASO DE ESTUDIO 4

AUMENTO DE CASOS DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN PERÚ

Trabajas como responsable de salud infantil en un área del altiplano de **Perú**, trabajo al que te has incorporado recientemente. Al poco tiempo, compruebas cómo se ha venido produciendo un continuo incremento de los casos de **enfermedad de Chagas**, gracias a que han mejorado los protocolos para su diagnóstico, y que afecta especialmente a menores de edad que viven en viviendas muy precarias, insalubres y construidas con materiales de desechos. Se calcula que en el mundo hay entre 6 y 7 millones de personas infectadas por el parásito causante de esta enfermedad.

Se puede curar si el tratamiento se administra al poco tiempo de producirse la infección. En la fase crónica de la enfermedad, un tratamiento antiparasitario puede frenar o prevenir la progresión de la enfermedad, que puede hacer sufrir trastornos cardíacos hasta a un 30% de las personas que la sufren y alteraciones digestivas hasta a un 10%. Hay que considerar que existen colectivos específicos que tiene una mayor dificultad para acceder a este tratamiento (y cualquier servicio de salud en general), principalmente por una cuestión de discriminación. Por ejemplo, las mujeres, las personas con discapacidad/diversidad funcional o algunas minorías culturales. Destaca particularmente la discriminación que sufre el colectivo LGTBI+, a pesar de la existencia en Bolivia de una Ley Contra Toda Forma de Racismo y Discriminación.

Ante esta situación, te informas y descubres que existe un tratamiento efectivo y eficaz, pero no está disponible en el mercado. La empresa propietaria de la patente dejó de fabricarlo hace años, aunque el número de personas enfermas no ha dejado de aumentar y no existen otros fármacos. **Debe definir una intervención** que dé respuesta a esta situación.



RAZONA LAS RESPUESTAS:

No existen tratamientos en el mercado, ¿por qué?

Como profesionales del sector, ¿qué podríamos hacer para abordar esta situación?

¿Y como ciudadana/o?



CASO DE ESTUDIO 5

EMERGENCIA FAMILIAR POR GRIPE EN EL SALVADOR

Eres la hermana mayor de una familia de cinco hijos e hijas y vivís en un barrio periférico de la ciudad de San Salvador, en **El Salvador**, Centroamérica. Tu padre murió violentamente hace cuatro años y tu madre falleció hace dos de cáncer. Con algún apoyo de familiares, desde entonces eres la responsable de **cuidar del resto de la familia**.

Tus tres hermanos pequeños, de 5, 7 y 10 años, han enfermado de **gripe**. Así que te diriges a la farmacia más cercana a tu casa para comprar las medicinas necesarias. Ya sabes que en el centro de salud comunitario no existen medicinas disponibles para la población.

Sin embargo, los fármacos que requieres son demasiado caros y no los puedes pagar. Así que decides ir al Mercado Central de la ciudad, donde se encuentra todo lo que puedas imaginar, y te dispones a conseguir medicamentos mucho más baratos... aunque de dudosa calidad.



+info

► OMS (Global Health Observatory Data Repository) <http://apps.who.int/ghodata/?vid=15800&theme=country>

RAZONA LAS RESPUESTAS:

¿Qué riesgos corres?

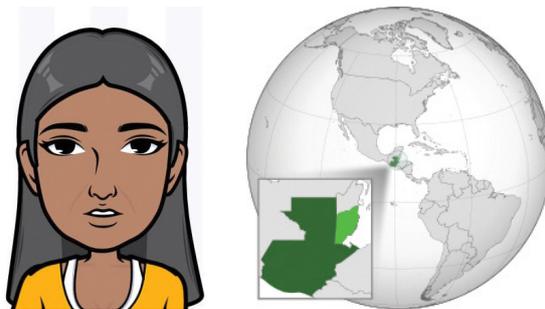
¿Qué otras opciones tienes?

¿Y qué consecuencias conlleva cada una de tus opciones?



**ANEXO III.
TARJETAS CON
PERSONAJES DE
UN PASO AL FRENTE**

MUJER INDÍGENA GUATEMALTECA



Género: mujer

—

Edad: 40 años

—

Situación familiar: madre y esposa de tres hijos

—

Lugar de nacimiento: zona rural de Guatemala

—

Empleo/condición económica: ama de casa. Muy pobre. Depende de los ingresos de su marido, que trabaja en el campo y, ocasionalmente, como comerciante informal.

—

Grupo étnico/lengua: maya tz'utujil (minoritaria). No habla bien el idioma oficial (español)

—

Orientación sexual: heterosexual

—

Estado de salud: saludable en general, pero tiene principio de diabetes.

—

Sistema sanitario: existe un sistema de salud público, pero en las zonas rurales cuentan con pocos recursos y de baja calidad. En los centros de salud y hospitales no hablan los idiomas mayas, como el tz'utujil, ni tampoco tienen en cuenta sus creencias culturales de la población indígena. En estas zonas rurales hay pocas farmacias y suelen estar desabastecidas de medicamentos. No existe una política que apoye el acceso a medicamentos, menos aún para personas o colectivos en situación de pobreza. Las políticas públicas de salud son desfavorables a los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

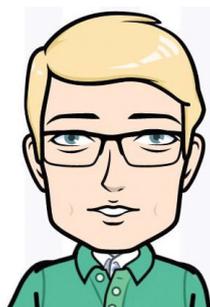
RELATO

Soy una mujer maya-tz'utujil, una etnia minoritaria de Guatemala. No hablo apenas español y me dedico principalmente a las labores domésticas y el cuidado de mis hijos, por lo que no tengo ingresos económicos y es mi marido quien realiza trabajos como agricultor para traer dinero a casa. A veces vendemos algunas cosas usadas que encontramos por ahí para tener un dinero extra. Vivo en una zona rural, de difícil acceso por carretera (no asfaltada). No existen centros de salud u hospitales a menos de una hora caminando y dos horas en autobús. Tampoco existen farmacias a menos de tres horas, y casi siempre están desabastecidas, sobre todo de determinados medicamentos, por lo que si no los encuentro debo desplazarme a la capital del departamento (Chichicastenango), que está a más de tres horas en autobús y otra hora más caminando. Las medicinas, además, suelen ser muy caras para mí, solo pocas personas pueden pagarlas. Si necesito atención médica especializada debo desplazarme a la capital (Ciudad de Guatemala), a más de 12 horas en autobús. Normalmente no suelo disponer de dinero para el autobús o las medicinas.

De todas formas, no suelo acudir al centro de salud, porque practican una medicina occidental, ya que no hablan mi idioma, ni me siento cómoda con mi propia concepción de la salud basada en mi cosmovisión maya, de hace cientos de años. Además, no confío en el sistema sanitario público, que es de muy baja calidad y no considera a nuestros pueblos. Además, mi gobierno está impulsando medidas encaminadas a la privatización de la salud y pretende aprobar una nueva ley que perseguirá a las mujeres que aborten, aunque sea por motivos terapéuticos.



HOMBRE BELGA DE CLASE MEDIA-ALTA



Género: hombre

—

Edad: 32 años

—

Situación familiar: soltero y sin hijos

—

Lugar de nacimiento: Bruselas, Bélgica

—

Condición económica: informático de clase media-alta.

—

Grupo étnico/lengua: blanco caucásico. Habla varios idiomas.

—

Orientación sexual: bisexual.

—

Estado de salud: bueno. Alergia alimentaria sin importancia.

—

Sistema sanitario: sanidad pública y privada accesible y de calidad, con políticas inclusivas y equitativas. Opciones de salud alternativa. Pleno acceso a todo tipo de tratamientos médicos.

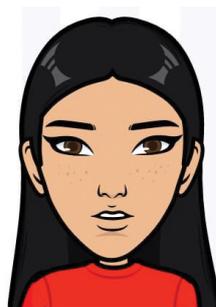
RELATO

Soy un hombre belga de 30 años. Soy heterosexual, soltero y no tengo hijos o hijas, ahora mismo no me apetece y prefiero vivir otras experiencias. He pasado varios años estudiando y viviendo fuera de mi país para mejorar mi inglés y español. Gracias a eso acabo de conseguir un buen puesto de trabajo en una empresa de servicios informáticos en la capital, Bruselas. Me acabo de mudar a un barrio muy bonito, lleno de gente joven, bares y con una oferta cultural estupenda.

Llevo una vida saludable, me gusta comer comida ecológica y moverme en bicicleta. Hace poco tuve que dejar de tomar lácteos, nada grave. Decidí ir a un especialista privado, aunque en el centro de salud público me hubieran atendido igualmente, pero siempre es más rápido y flexible cuando lo haces por lo privado. Me mandó una dieta específica que me está sentando fenomenal. Extraño sobre todo el queso, pero en el súper ecológico de al lado de mi casa he encontrado muchas alternativas, como los yogures de soja, la leche de avena o el tofu... ¡Vaya descubrimiento! También los restaurantes cercanos a mi oficina y a mi casa tienen una oferta variada en su menú de productos sin lactosa o te indican aquellos platos que la tienen.



MUJER TAILANDESA CON DISCAPACIDAD/ DIVERSIDAD FUNCIONAL



Género: mujer

—

Edad: adulta

—

Situación familiar: madre y esposa

—

Lugar de nacimiento: zona rural de Tailandia, en un pequeño poblado a 50 km de una de las principales ciudades del país

—

Condición económica: ama de casa. En situación de pobreza media-extrema. Depende de los ingresos de su marido, que trabaja en el comercio local.

—

Orientación sexual: heterosexual

—

Estado de salud: parálisis cerebral que le impide mover sus articulaciones de cadera para abajo

—

Sistema sanitario: centro de salud y farmacias a larga distancia y con recursos limitados. Transportes caros, escasos y no adaptados a su condición física. No hablan en su idioma, ni tienen en cuenta sus prácticas culturales. Políticas públicas desfavorables y corruptas.

—

Otras: creencias culturales discriminatorias sobre su estado de salud.

RELATO

Soy una mujer de 35 años de Isan, la región más pobre de Tailandia. Nací y vivo en un pequeño poblado a 50 km de la principal ciudad, Nakhon Ratchasima. Hace 10 años que estoy en una silla de ruedas que se encuentra ya en muy mal estado. Preparando mi casa para el monzón (un viento que suelen estar cargados de muchas lluvias) me caí del tejado. Tardamos horas en llegar al centro de salud más cercano y, una vez allí, me dijeron que no tenían el personal y equipos adecuados para atenderme. Tuvieron que volver a trasladarme y, cuando al fin llegué al hospital de Nakhon, me dijeron que tenía una lesión en la médula espinal y que quedaría paralítica. Ya no puedo ayudar a mi marido a trabajar el campo y mantener a nuestros cinco hijos e hijas. Con la “tarjeta dorada” o de “30 baths”, que nos regala el gobierno a todas las personas, no se resuelven mis problemas de atención sanitaria. Tan solo me dan paracetamol y, a veces, el dolor es insoportable. Tardé mucho tiempo en conseguir una silla de ruedas, pero no me sirve de mucho para moverme por la comunidad, sobre todo cuando llueve, porque los caminos son de tierra. Si necesito ir al centro de salud, alguien de la familia tiene que acompañarme y perdemos las ganancias de ese día. Supone un gran coste porque no hay transportes públicos adecuados para personas en mi situación y debemos conseguir uno privado.

Intenté conseguir un trabajo en una tienda de artesanía, pero en Tailandia existe la creencia de que las personas con discapacidad o diversidad funcional o psicológica están pagando su mal karma por malas acciones en una vida pasada y nadie quiere contratarme. Hoy escuchando la radio pude saber que el Consejo de los Discapacitados de Tailandia ha acudido a los tribunales para frenar la apropiación por parte del Gobierno militar de 2.000 millones de bat (60 millones de dólares) de un fondo público para minusválidos. Según el gobierno militar de nuestro país, esto se puede hacer legalmente y, por eso, desde 2014 están usando estos fondos estatales para la compra de submarinos o aviones. Me tiene preocupada la noticia porque había solicitado ayuda a una organización que nos atiende en las comunidades de Isan y ahora no tendrán presupuesto para continuar apoyándonos... no sé qué hacer.



NIÑA CON VIH EN SENEGAL

Género: mujer

Edad: niña de 12 años

Situación familiar: huérfana y “a cargo” de su tío, alcohólico

Lugar de nacimiento: zona rural de Senegal

Condición económica: ama de casa (no escolarizada), además de trabajo informal y esporádico en otras casas. En situación de extrema pobreza y son estudios básicos finalizados

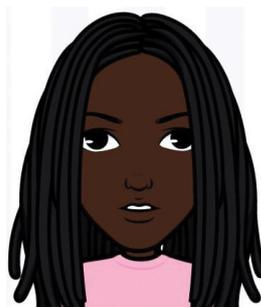
Grupo étnico/lengua: desconocida

Orientación sexual: desconocida

Estado de salud: Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Sistema sanitario: centro de salud y farmacias a 80 km. Con recursos muy limitados y en la mayoría de ocasiones sin medicamentos, incluidos antirretrovirales. Transportes caros (para su condición económica) y muy escasos. Dependiente de fondos de cooperación y ayuda humanitaria (ONG local que facilita tratamiento anti-rretroviral)

Otras: Vive estigma y discriminación social. Miedo a la enfermedad por desinformación



RELATO

Soy una niña senegalesa de 12 años y vivo en Tivaouane, una pequeña ciudad al oeste del país. Mis padres murieron de enfermedades relacionadas con el SIDA, y yo también estoy infectada con el VIH. Vivo con mi tío, que es alcohólico y solo trabaja esporádicamente. Estoy a cargo de mi hogar, ya que soy responsable de la limpieza y la cocina, y hago trabajos esporádicos para otras familias. Oculto el dinero para que mi tío no lo encuentre y lo derroche en beber, pero en ocasiones me pega para que le dé algo. Estoy enferma desde hace alrededor de un año. Me quedo sin aliento y tengo muchos ataques de tos. Fui al hospital de la zona y un médico me dijo que tenía una infección oportunista. Esa vez fui con mi madre, que todavía estaba viva. Me hicieron algunas pruebas, aunque yo no sabía qué era lo que estaba sucediendo. El doctor tampoco supo qué era lo que tenía, de manera que me enviaron al Hospital de la capital, Dakar. Allí le dijeron a mi madre que yo tenía el VIH. Yo sabía que VIH quiere decir SIDA y que me iba a debilitar. Mi madre murió ese mismo año.

Tomo los medicamentos antirretrovirales todos los días desde hace cuatro meses, me siento más fuerte y me puedo alimentar. Acudo a servicios médicos una vez al mes. Debo viajar 80 kilómetros y lo hago sola, pero eso no me importa. Sin embargo, al regresar tengo que traer una pesada carga de medicamentos sin que nadie me ayude, porque solo los tomo en forma de líquidos. No confío en los medicamentos en píldoras porque mi madre los tomaba así y, a pesar de ello, murió. Cuando mis amigas se enteraron de que estaba enferma, no venían a jugar conmigo porque me veían muy delgada y débil. Me decían: “no vengas a estudiar con nosotros porque tienes SIDA”. Nunca me liberaré del VIH, pero si tomo los medicamentos no me voy a sentir mal. Sin embargo, en los centros de salud a veces no hay medicamentos para todas las que vamos. La persona que me atiende me ha contado que son demasiado caros por las patentes y que a veces no hay fondos necesarios para comprarlos. Si esto pasara, mi cepa viral mutaría y necesitaría un nuevo tratamiento más caro. Podría empeorar mucho y no podría volver a la escuela y trabajar, y ahora soy la única que gana dinero en casa.



MENOR INMIGRANTE NO ACOMPAÑADO (MENA) EN ESPAÑA



Género: hombre

—

Edad: menor de edad

—

Situación familiar: menor inmigrante no acompañado

—

Lugar de nacimiento: Ibadán, al suroeste de Nigeria

—

Condición económica: pobre y sin hogar

—

Grupo étnico/lengua: yoruba e inglés. No habla el idioma oficial (español)

—

Orientación sexual: desconocida

—

Estado de salud: hambre, fiebre y vómitos

—

Sistema sanitario: desde hace poco tiene cobertura sanitaria universal para todas las personas, aunque no tenga papeles en regla. No suele acudir porque no se siente cómodo, no le entienden y le da algo de miedo acudir porque teme que lo encarcelen. En la farmacia de la esquina puede adquirir cualquier medicamento que necesite, salvo si requiere de receta médica.

—

Otras: miedo a la expulsión, y al racismo. Contexto social de riesgo. Consumo frecuente de drogas blandas.

RELATO

Cuando llegué a España, después de un largo viaje en diferentes medios de transporte quería estudiar, pero las cosas no me fueron como tenía pensado. Después sólo podía pensar dónde conseguir comida. Vine a España desde Nigeria con 16 años escondido en un barco. Dejé a mi madre allí y le prometí que le mandaría dinero pronto... En Nigeria teníamos una situación económica muy complicada y tuve que trabajar largas horas en el campo para poder pagar mi viaje a Europa. También quería estudiar y jugar al fútbol en Barcelona porque soy fan del Barça desde pequeño, pero al llegar me dijeron que mi partida de nacimiento no valía y me hicieron unas radiografías que dijeron que era mayor de edad, así que me echaron del centro de menores. Primero me ofrecieron un albergue, pero había muchos hombres mayores, que robaban y me ofrecían droga. Así que me quedé en la calle y sin posibilidad de ir a la escuela o conseguir trabajo. Tampoco puedo comunicarme bien, porque solía hablar en yoruba, aunque menos mal que en mi país también se habla inglés y así más o menos consigo entenderme con otras personas. Ahora estoy aprendiendo español.

En estos años lo he pasado muy mal. Recuerdo a un hombre que a veces me llevaba pan y que me decía que no debería estar en la calle. Un día me robaron toda la ropa que tenía, menos mal que una ONG tenía mis papeles. Yo solo pensaba en qué iba a comer cada día.

Llevo unas semanas con fiebre y vómitos, pero no quiero ir al centro de salud porque me han dicho unos amigos que me pueden llevar a un Centro de Internamiento de Extranjeros (CIE) para luego expulsarme, y que allí te tratan como en la cárcel. Siempre pienso en mi madre. Ella estaba preocupada por mí, me decía que no podía estar solo. Yo nunca le dije que estaba en una situación tan mala. Siempre le decía que estaba bien, con gente buena, que estaba estudiando y que por eso no le mandaba dinero. La engañaba para no hacerle sufrir. Ahora llevo ya unos meses sin comunicarme con ella, me da vergüenza...



HOMBRE CON INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN AFGANISTÁN



Género: hombre

—

Edad: adulto

—

Situación familiar: soltero y lazos familiares rotos

—

Lugar de nacimiento: Kabul, Afganistán

—

Condición económica: profesor despedido de su empleo

—

Grupo étnico/lengua: mayoritario

—

Orientación sexual: homosexual

—

Estado de salud: gonorrea (infección de transmisión sexual)

—

Sistema sanitario: centros de salud y hospitales con atención supeditada a creencias culturales y religiosas contrarias a los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos. Calidad y cobertura sanitaria precarias. Desabastecimiento frecuente de medicamentos. Mercado ilegal de medicamentos falsos muy extendido.

—

Otras: la homosexualidad está penada con la muerte. Ha recibido amenazas y vive discriminación permanente.

RELATO

Mi nombre es Yousef. Hace unos años era una persona muy respetada en Afganistán, ya que era profesor en la Universidad Americana de Kabul, licenciado en múltiples disciplinas. Pertenecía a una familia intelectual afgana e incluso participaba en debates televisivos, hasta que decidí anunciar en Facebook que soy homosexual y mi reputación se fue al traste.

Quienes me adulaban dejaron de hacerlo y todo el mundo se apuntó a mi linchamiento: “¡Desviado! ¡Enfermo!”, fueron comentarios frecuentes que algunas personas me escribieron. Otras directamente me amenazaron de muerte. Y en Kabul se hicieron populares los chistes sobre mí: “¡idiota, deja de decir que eres musulmán!”, me recriminan muchos, pero yo me siento gay y musulmán. En diciembre de 2010 le expliqué a mi familia que me gustan los hombres y, por eso, me dejaron de hablar. También tengo que abandonar el país porque si no me acabarán matando.

Decidí hacerlo público para ayudar a otros afganos que se encuentran en mi situación. Las relaciones homosexuales son muy comunes en el país y muchos chicos tienen relaciones sexuales con otros, ya que el sexo con la mujer fuera del matrimonio está prohibido por ley. Aunque esto sucede, es un tema tabú a nivel social y religioso y, además, el enamoramiento entre hombres está penado con la muerte.

En una relación que tuve con un chico me infecté de gonorrea. En el centro de salud me dijeron que era una Infección de Transmisión Sexual (ITS) y cuando hablé de mi homosexualidad ni siquiera quisieron seguir atendiéndome. He estado tomando antibióticos por mi cuenta, pero resulta que ya no me hacen efecto, porque al tomarlos de manera indebida he adquirido resistencia y ahora vivo con dolor y malestar permanente. Tengo que escapar de aquí, mi vida peligra, recibo amenazas, no he vuelto a tener trabajo y no puedo recibir atención médica.



MUJER ANCIANA ENFERMA DE HEPATITIS C EN ESPAÑA



Género: mujer

—

Edad: anciana

—

Situación familiar: madre y esposa

—

Lugar de nacimiento: A Coruña, España

—

Condición económica: pensión de jubilada y ayudando a sus hijos desempleados

—

Grupo étnico/lengua: mayoritaria

—

Orientación sexual: heterosexual

—

Estado de salud: Hepatitis C con complicaciones.

—

Sistema sanitario: sanidad pública de calidad, con problemas de acceso a medicamentos para la hepatitis C por lo caro del tratamiento y sin recursos para atender a todos los pacientes con esta infección. Sin capacidad para el diagnóstico temprano.

RELATO

Tenía 12 años cuando noté algo raro por primera vez. Estaba muy cansada, pero no era un cansancio normal, como el que se siente tras una actividad intensa. Era más bien una insoportable falta de energía. A mí alrededor empezaron a pensar que era una niña perezosa. Nadie creía que me pasaba algo...

Han pasado 54 años desde entonces. Tengo 66 y una larga vida detrás. He vivido y trabajado en Madrid y criado a tres hijos. Pero esa falta de energía que empecé a sentir a los 12 años siempre me ha acompañado. A los 48 pude al fin ponerle nombre: Hepatitis C, un virus que ha ido consumiendo poco a poco mi hígado hasta acabar con él. Los últimos años han sido complicados: una cirrosis, una encefalopatía derivada de la degeneración hepática que me sumió durante meses en una gran confusión mental y una larga espera para un trasplante de hígado.

Para mí y muchos de los 800.000 españoles y españolas que padecemos esta enfermedad, principal causa de cáncer de hígado y para la que no hay vacuna, el gran problema es que la sanidad pública no cubre los medicamentos más efectivos y nunca he podido pagarlos con mi sueldo y el de mi marido teniendo tres hijos... ¡Cuesta 6.000 euros! Ahora, con la pensión, menos aún y mis hijos están en paro ¡Ningún banco me daría un préstamo!

Formo parte de la Plataforma de Afectados por la Hepatitis C en España y llevamos años pidiendo al Gobierno que, por favor, nos escuche. Otro gran problema es la detección precoz de esta enfermedad. Como me pasó a mí, que desde los 12 a los 48 años no supe qué tenía. Según los datos actuales, en España se estima que entre 144.000 y 195.000 personas presentan una infección activa por el virus de la hepatitis C (VHC), estando diagnosticados solo la mitad. Ahora que las comunidades autónomas están empezando a ampliar los nuevos tratamientos a un mayor número de personas enfermas, aunque no a todas, esta detección es fundamental porque los fármacos funcionan mejor al inicio de la enfermedad. Desde 2012 han muerto cada año más de 4.700 personas, unas 13 muertes al día. Es la primera causa de mortalidad infecciosa y no quiero que eso me pase a mí.



MADRE SOLTERA MARROQUÍ

Género: mujer

—

Edad: 22 años

—

Situación familiar: madre soltera y repudiada

—

Lugar de nacimiento: Kenitra, Marruecos

—

Condición económica: pobre, sin estudios y sin trabajo

—

Grupo étnico/lengua: mayoritaria

—

Orientación sexual: heterosexual

—

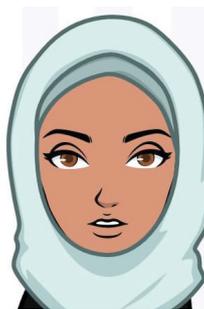
Estado de salud: desconocido

—

Sistema sanitario: políticas públicas desfavorables con los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos. Cobertura sanitaria limitada. Acceso a hospitales y farmacias que disponen de una cobertura limitada, pero suficiente para la mayor parte de enfermedades prevalentes en el país.

—

Otras: Estigma social. Sin educación sexual.



RELATO

Mi nombre es Fátima y soy marroquí. A los 15 años soñaba con casarme con mi novio, pero me quedé embarazada antes y mi vida cambió por completo. Aquí en mi país eso es una vergüenza. Yo no quería tener relaciones sexuales con él, pero me obligó. Y tampoco había escuchado nunca hablar de los métodos anticonceptivos o ni siquiera sabía cómo una se queda embarazada... ¡Tardé meses en entender lo que me estaba pasando!

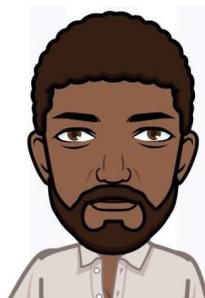
Mi novio y mi familia me repudiaron por no haber esperado hasta el matrimonio, aunque yo no fui la responsable. El día en que di a luz a mi hija fui al hospital con mi hermana, la única que aún me habla junto con mi madre, y tuve que convencer a los médicos de que mi marido estaba fuera. Si hubiera dicho que estaba soltera hubieran llamado a la policía. Luego fue peor porque tenía un certificado de nacimiento erróneo y no podía inscribirle. Ahora siempre tengo problemas cuando la llevo al centro de salud.

No me arrepiento porque amo a mi hija e intentaré darle la mejor vida que pueda. Algunas noches, a escondidas, llamo a mi madre y a mi hermana para pedirles consejos sobre cómo cuidar a la pequeña. Seguramente nunca volveré a vivir con mi familia. Ahora, con la bebé, necesito trabajo y dinero, pero dejé el colegio con 15 años y tampoco aprendí un oficio, mi futuro era ser simplemente una esposa. Mi salud se deteriora porque voy de una casa de acogida a otra y la bebé pasa frío y hambre muchas noches.

No soy la única. He conocido a muchas mujeres en mi situación. Algunas, más afortunadas, consiguen que las familias “arreglen” un matrimonio y lo celebren antes de que el bebé nazca. Otras abandonan a los bebés en hospitales u orfanatos sin que nadie se entere. También las hay que ponen en riesgo su vida sometándose a abortos clandestinos sin ningún tipo de presencia médica. En Marruecos, por la discriminación que vivimos las madres solteras, el aborto o el abandono continúa siendo una opción elegida por muchas, pues permite “mantener las apariencias” y que tu familia no te repudie. Si no, estás condenada a ser pobre. Además, también nos culpan de ser prostitutas y no nos dan trabajo o nos tratan mal en los centros de salud.



HOMBRE NEGRO ESTADOUNIDENSE CON ENFERMEDAD MENTAL



Género: hombre de mediana edad

Edad: 30 años

Situación familiar: huérfano, soltero y sin familia

Lugar de nacimiento: barrio marginalizado de la periferia de Chicago (EE.UU)

Condición económica: desempleo, pobreza extrema y sin hogar

Grupo étnico/lengua: afrodescendiente

Orientación sexual: homosexual

Estado de salud: esquizofrenia y deterioro físico general

Sistema sanitario: privado o sin políticas públicas adecuadas para las personas sin recursos económicos y con problemas de salud mental

Otras: vive racismo, discriminación y criminalización

RELATO

Soy un hombre de 30 años con esquizofrenia. Vivo en el barrio más empobrecido de Chicago. Mi familia murió cuando era pequeño en un accidente de tráfico, así que pasé de un orfanato a otro hasta que cumplí la mayoría de edad, pero mi enfermedad hacía que me escapara o que me echaran de todos los lugares donde vivía. Tampoco en ningún lugar querían hacerse cargo de alguien como yo. Así que terminé viviendo en la calle.

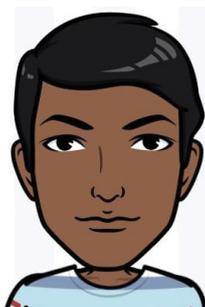
Me han metido muchas veces en la cárcel porque en mi país, si no tienes dinero, no puedes acceder al sistema sanitario o a un buen tratamiento para las enfermedades mentales. Así que para las autoridades estadounidenses el mejor remedio para un hombre negro, pobre y enfermo mental es tenerte encerrado en prisión. Normalmente soy víctima de abusos y violencia en todos lados, porque nadie entiende lo que me pasa y lo ven como una amenaza. En mi barrio me golpean a menudo y, aunque consiga algo de dinero, ni siquiera puedo entrar a comprar en muchas tiendas.

A veces voy a comer a un albergue de la iglesia y me dejan pasar la noche. También me suelen dejar tomarme una ducha y me curan heridas, infecciones o cosas parecidas. Hace unos años, el psicólogo del albergue me dio esperanzas al decirme que con un buen tratamiento mejoraría y aprendería a convivir con las voces que escucho. Pero se fue porque consiguió un trabajo y en el albergue sólo era voluntario. Además, yo pasé un tiempo en la cárcel por robar comida en un supermercado, así que tampoco habría podido ir.

Para la policía las personas negras siempre somos sospechosas y, cuando no reaccionas bien, te dan palizas. A veces me han golpeado y me han dejado tirado en la calle. Tengo muchas secuelas de eso, como la cojera, un ojo con el que no veo bien o fracturas mal sanadas.



JOVEN BOLIVIANO CON ENFERMEDAD DEL CHAGAS



Género: hombre

—

Edad: 21 años

—

Situación familiar: hijo

—

Lugar de nacimiento: zona medio urbana de Bolivia

—

Condición económica: obrero y pobre

—

Grupo étnico/lengua: mayoritaria

—

Orientación sexual: desconocida

—

Estado de salud: Mal de Chagas

—

Sistema sanitario: centro de salud y farmacias con recursos limitados. Sin capacidad para atender de manera especializada la enfermedad. No existen políticas públicas adecuadas para una enfermedad que afecta a gran parte de la población

—

Otras: falsas creencias y mitos sobre su enfermedad. Miedo a sentirse enfermo

RELATO

Soy un joven boliviano de 21 años y vivo en Cochabamba, una ciudad ubicada en el centro del país, en el valle del mismo nombre. Tengo la Enfermedad del Chagas, una enfermedad parasitaria con consecuencias crónicas cardíacas, digestivas, neurológicas o mixtas. Mucha gente aquí la tiene, por lo visto. Pero yo nunca había escuchado sobre ella hasta que afectó a mi familia. Mi padre también lo supo cuando ya era tarde y le afectó al corazón. Tiene que ponerse un marcapasos, pero no quiere porque le da miedo.

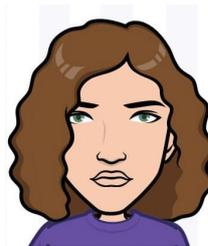
Mis síntomas empezaron en agosto de 2017, primero con fiebre, luego no quería comer, me dolía la cabeza... Finalmente, perdí las fuerzas en las piernas. Me picaron las “vinchucas”, por lo visto anidaban en las paredes de adobe y en el techo de paja de mi casa. Son una especie de chinche (pequeños insectos parásitos de color marrón rojizo que pican la piel expuesta de los seres humanos y de los animales) grande, parecida a un escarabajo. Cuando te pica lleva un parásito que, al rascarnos, se mete en nuestra piel. Al principio en el centro de salud no sabían muy bien cómo atenderme, y eso que han visto casos similares.

No es una prioridad para el Gobierno, no les gusta hablar mucho de ello. Del zika, por ejemplo sí, porque a cualquiera le puede picar el mosquito y se publicitan más las acciones, pero la vinchuca solo está con la gente más pobre, como yo. Tampoco quiero tomar el medicamento, no me encuentro tan mal, y he escuchado a mucha gente decir que te pone peor o que te mata. Mi doctor dice que eso son rumores. Pero un vecino lo estaba tomando y perdió mucho peso, pasó muchos meses y yo no vi que se pusiera mejor. Además, a veces ¡ni siquiera hay medicamentos en el centro de salud! Yo no quiero estar enfermo, porque no me van a querer dar trabajo en la construcción y ahora sí tengo. No lo quiero perder.

Hace poco llegaron a fumigar a mi barrio y nos dieron una charla de cómo hervir el agua o guardar los alimentos. Me hubiera gustado saber todo esto mucho antes. Ahora ya es tarde para mí y mi padre...



ESPAÑOLA CON ENFERMEDAD RARA



Género: mujer

—

Edad: 37 años

—

Situación familiar: casada, con un hijo de 5 años

—

Lugar de nacimiento: ciudad del noroeste de la península

—

Condición económica: clase media, empleada con contrato indefinido en una empresa de hostelería

—

Grupo étnico/lengua: mayoritaria

—

Orientación sexual: heterosexual

—

Estado de salud: enfermedad del Pompe

—

Sistema sanitario: acceso pleno al sistema sanitario general, pero no al tratamiento médico especializado para su enfermedad en su Comunidad Autónoma. No existen políticas públicas adecuadas para una enfermedad que afecta a una muy pequeña de la población.

—

Otras: desconocimiento general sobre su enfermedad

RELATO

Soy una mujer de Ponferrada (Castilla y León), a casi 400 kms al noroeste de Madrid. Durante siete años me he levantado a las seis de la mañana un lunes sí y un lunes no y he conducido los 400 kilómetros hasta la capital. Lloviese, nevase o hiciese un sol de justicia. Aunque no estoy empadronada en Madrid, según el padrón municipal vivo en la ciudad. Tuve que hacer una artimaña (pidiendo un favor a un familiar lejano) porque aquí está el hospital que me da el único medicamento que existe para tratar mi enfermedad. Paso en este hospital cinco horas, cada dos semanas, recibiendo un fármaco que sustituye en mi cuerpo la proteína que no se produce en mi organismo y que causa un debilitamiento progresivo de mis músculos. Después, vuelvo a conducir de nuevo 400 kilómetros hasta mi verdadera casa. Seguir este tratamiento supone un 30% de los ingresos anuales de mi familia.

Tengo dos hermanos que, al igual que yo, están diagnosticados con la aparición tardía de la enfermedad de Pompe, una enfermedad considerada “rara”, de origen congénito. El mayor de mis hermanos vive en el norte de la península y la menor en una de las islas. Este simple hecho cambia radicalmente la situación de cada uno de ellos. Myozyme, el medicamento que proporciona esa proteína que les falta, es la razón. Mientras que mi hermana menor ha sido tratada en su casa cada quince días desde que fuera diagnosticada en 2010, mi hermano mayor y yo hemos tenido que falsear nuestro empadronamiento en Madrid durante casi siete años -desde el 2011- para conseguir el tratamiento.

Un mismo medicamento se dispensa en una comunidad autónoma y no en otra. Dentro de una misma provincia, se concede en unos hospitales y no en otros. Esta es mi situación, pero me cuentan desde una asociación que sucede con todos los medicamentos conocidos como “huérfanos”. Son llamados “huérfanos” porque nadie quiere producirlos y, si lo hacen, es por un alto precio. Como somos pocas personas, no interesamos.



ADOLESCENTE ROHINYÁ REFUGIADA EN BANGLADESH



Género: mujer

Edad: menor de edad de 17 años

Situación familiar: huérfana de padre, tiene dos hermanos menores. Familia desplazada forzosamente

Lugar de nacimiento: Rakhine, Myanmar, al oeste de Birmania

Condición económica: en situación de pobreza extrema, viviendo un campo de refugiados en condiciones muy precarias

Grupo étnico/lengua: rohinyá

Orientación sexual: desconocida.

Estado de salud: principios de desnutrición, diarrea intermitente, secuelas traumáticas de una violación, posible Infección de Transmisión Sexual (ETS)

Sistema sanitario: prácticamente inexistente, muy básico, dependiente completamente de la ayuda humanitaria que proporcionan los organismos internacionales. Acceso a las vacunas más importantes y a medicamentos básicos únicamente.

Otras: contexto social de riesgo extremo. Riesgo de catástrofe natural (monzón) además de las precarias condiciones de habitabilidad, agua y saneamiento propias de un campo de refugiados de enormes dimensiones y infraestructura y recursos casi inexistentes. Seguridad muy precaria.

RELATO

Soy rohinyá, un grupo étnico musulmán minoritario que ha vivido durante siglos en el estado de Rakhine, Myanmar, al oeste de Birmania (budista), país asiático en el que no somos reconocidos como parte de los 135 grupos étnicos oficiales del país. Ni siquiera podemos optar a la ciudadanía porque el gobierno nos considera inmigrantes bengalíes y no birmanos. Somos la minoría más perseguida en el mundo

El año pasado los militares llegaron a nuestra aldea, comenzaron a dispararnos y le dieron a mi madre en el tobillo. Luego ordenaron a todas las chicas adolescentes que se pusieran de pie y preguntaron dónde estaban nuestros padres. Les dije que mi padre había muerto hacía 15 años. No me creyeron y unos soldados nos llevaron a mí y a otras dos chicas a una casa. Me dieron con un arma en la cara, me propinaron patadas en el pecho y me pisotearon brazos y piernas. Luego me violaron tres soldados y, en algún momento, me desmayé. Fue tan violento que me rompieron una costilla. Apenas podía respirar. Aún me cuesta respirar, pero no he ido al médico porque me da mucha vergüenza. También he tenido que ver muchas cosas horribles antes de salir huyendo. A los pocos días mi madre, mis hermanos y yo huimos del país y llegamos a Cox's Bazar, uno de los campos de refugiados más grandes del mundo, que se encuentra en Bangladesh. La mayor parte del tiempo permanezco en el barracón que acoge a mi familia, porque mi madre me quiere proteger. Su intención es concertar pronto un matrimonio para mí. Asisto a una escuela tres veces por semana. Algún día me gustaría volver a mi tierra, pero solamente si fuera un lugar seguro para mí y mi familia.



ADOLESCENTE TRANSEXUAL EN PAÍS VASCO



Género: hombre transexual

—

Edad: adolescente (15 años)

—

Situación familiar: hijo

—

Lugar de nacimiento: Donostia, País Vasco

—

Condición económica: estudiante

—

Grupo étnico/lengua: mayoritaria (euskera y español).

—

Orientación sexual: desconocida

—

Estado de salud: no se reconoce con el sexo de nacimiento, presenta síntomas de depresión ocasionados por los largos trámites burocráticos para lograr su transición y también por la no integración y aceptación en su entorno escolar.

—

Sistema sanitario: sanidad pública de alta calidad, con problemas de acceso al tratamiento de hormonación en su Comunidad Autónoma hasta haber cumplido los 16 años de edad. Esto se debe a que la transexualidad se considera una patología. Se requieren numerosos análisis y diagnósticos psiquiátricos y psicológicos que retrasan el acceso a ejercer su derecho.

RELATO

Nací niña para la sociedad, pero desde que era muy pequeño sentía como que mi cuerpo no me pertenecía, como si no fuese acorde a lo que yo sentía ni cómo yo me identificaba. Me vestían con vestidos y me regalaban muñecas... nunca entendí por qué la gente daba por hecho que me tenían que gustar. Durante varios años de mi niñez lo pasé muy mal, me encerraba en mi habitación a jugar solo y a leer. Me gusta mucho leer. En el colegio tenía y sigo teniendo amigos y amigas, me llevo muy bien con todo el mundo. Pero en cuanto al profesorado, siento como que no están bien preparados ni tienen normalizada mi situación.

A los 10 o los 11 años indagué en internet para averiguar si había más personas como yo, como para buscar un apoyo o un consuelo de que no estaba solo en este mundo. Descubrí que sí, evidentemente que sí. Entonces averigüé que, como cualquier persona, tengo mis derechos y debía exigirlos.

Tras años de investigar supe que en este país aún no está muy claro el derecho de las personas trans, pero que hay algunas Comunidades Autónomas donde la sanidad pública cubre el tratamiento de hormonación. El problema es que donde yo vivo mi derecho solo lo puedo ejercer a partir de los 16 años. Me hacen pasar por numerosos test y análisis psiquiátricos para determinar que soy quien digo ser... ¿Quién mejor que yo sabe quién soy? ¿Por qué tiene que existir un equipo de especialistas que redacten un papel para confirmarlo? Este procedimiento es muy lento, y desde mi parecer innecesario.

No padezco ninguna enfermedad mental, por lo que no es necesario que me diagnostique nadie. Tengo el mismo derecho que cualquier otra persona a exigir mi derecho a acceso a la salud pública... Esta situación me está llevando al límite y me siento deprimido...



MUJER NACIONALIZADA ESPAÑOLA CON VARIAS ENFERMEDADES CRÓNICAS



Género: mujer

—

Edad: 58 años

—

Situación familiar: casada, con un hijo de 38 años y otra de 33

—

Lugar de nacimiento: República Dominicana, nacionalizada española

—

Condición económica: desempleada de larga duración, en situación de pobreza moderada-severa

—

Grupo étnico/lengua: de origen latino/español

—

Orientación sexual: heterosexual

—

Estado de salud: padece varias enfermedades crónicas

—

Sistema sanitario: acceso pleno al sistema sanitario general, que facilita algunos tratamientos y otros debe costearlos de su bolsillo (copago), pero sin acceso a tratamiento médico especializado para su enfermedad en su Comunidad Autónoma. No existen políticas públicas adecuadas para una enfermedad que afecta a una muy pequeña de la población.

RELATO

Llegué de República Dominicana a España con mis hijos hace 10 años, así que tengo la nacionalidad desde hace más de cinco. Siempre he sido una persona con mala salud, pero últimamente todo ha ido a peor, y tengo varias enfermedades crónicas: hipertensión arterial esencial, cardiopatía isquémica crónica, radiculopatía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes Mellitus tipo 2, hipertrofia ventricular izquierda ligera, insuficiencia mitral ligera e insuficiencia venosa en miembros inferiores. Igualmente, la unidad de Salud Mental del Hospital me está dando seguimiento porque hay indicios de que pueda tener una enfermedad mental.

Tengo muchísimos problemas para pagar el tratamiento que me han recetado en el hospital... No soy beneficiaria de la ayuda familiar, recibo comida de una ONG y mis hijos me dan algo para llegar a final de mes, pero no me puedo permitir ningún gasto extra. Vivo con dos mujeres dominicanas más. Aunque he acudido a Servicios Sociales y varias ONG, las ayudas para cubrir gastos de medicación son puntuales, pero mis enfermedades son para siempre... y los gastos también. Mi medicación cuesta cada mes unos 150 euros.



MUJER MIGRANTE AMPUTADA REPATRIADA A HONDURAS



Género: mujer

—

Edad: 26

—

Situación familiar: madre soltera de niña de un año

—

Lugar de nacimiento: San Pedro Sula, Honduras

—

Condición económica: comerciante

—

Grupo étnico/lengua: mayoritaria

—

Orientación sexual: heterosexual

—

Estado de salud: amputada por encima de la rodilla.

—

Sistema sanitario: sanidad pública de escasa calidad, con problemas de acceso a medicamentos y tratamientos especializados por falta de recursos económicos públicos y privatización generalizada de la sanidad.

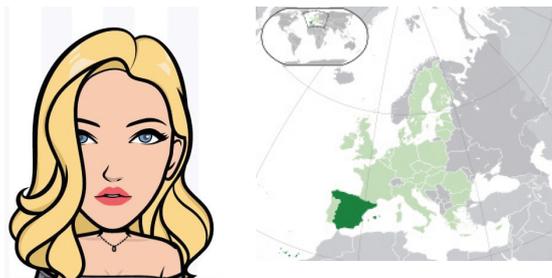
RELATO

Estudié educación primaria y formación profesional en peluquería. Monté mi propio negocio con algo de materiales que me prestaron. Lo hice en un barrio muy humilde, donde dos “maras”(pandillas criminales que se dedican a la extorsión, el secuestro, el narcotráfico y el asesinato) compiten por el territorio. Mi negocio estaba bajo la influencia de la mara 18, que pronto me llegó a pedir el llamado “impuesto de guerra” para garantizar mi seguridad (más bien para que no me hagan nada si no pago). Conforme pasaron los meses este impuesto se fue incrementando, ya que vieron que me iba bien. Llegó un punto en el que casi todas mis ganancias iban para la mara. Ante esta situación tan complicada, decidí emigrar hacia los EE.UU. Después de atravesar Guatemala, llegué a México, donde tomé el tren en Tenosique, en el sur del país. El primero de una larga serie de trenes. Pasé por un montón de lugares y tuve experiencias muy difíciles. Después de dos meses en el camino y muchas horas de tren, quería descansar. Encontré a otras migrantes que me convencieron de continuar. Nos montamos juntas en el primer tren que pasó. En una vuelta, el tren frenó, hubo como un tronido y caí al suelo. Fue como un sueño, y sentí como la mordedura de un animal. Intenté salir de abajo del tren, pero me di cuenta de que me faltaba una pierna. Mis compañeras se lanzaron del tren y me agarraron. Semanas después de operarme, me repatriaron a Honduras. El regreso fue muy complicado, caí en depresión y me costó mucho continuar con mi vida, no tenía mucho apoyo familiar salvo de mi madre. Todo cambió cuando conocí a una asociación de apoyo a migrantes que sufren lesiones o amputaciones. Me apoyaron con sesiones de fisioterapia y para lograr una prótesis gratuita. A las pocas semanas comencé a caminar de nuevo y mi vida dio un vuelco. Empecé a superar la depresión y a comenzar a pensar en posibilidades de futuro. En esas estaba cuando me reencontré con un antiguo novio y, después de unos días quedando, tuvimos relaciones sexuales. A las pocas semanas descubrí que estaba embarazada. Él, al enterarse, dijo que era cosa mía y se fue de la ciudad.

Mientras estuve embarazada, cuando más miedo tenía de lo que se venía encima, la misma asociación que me apoyó para la prótesis me ofreció participar en un programa piloto de iniciativas microeconómicas (creación de pequeñas empresas). Formé parte de una formación específica y diseñé mi negocio: una “pulpería” (pequeño comercio de barrio donde se vende de todo) que pondría en una pequeña aldea a las afueras de mi ciudad. Recibí el “fondo semilla” inicial y a los pocas semanas ya había recuperado toda la inversión. Nació mi hija, Delmy, perfectamente sana, y por fin he podido mirar hacia el futuro con ilusión y ganas de vivir.



MUJER EN SITUACIÓN DE TRATA EN ESPAÑA



Género: mujer

—

Edad: 25

—

Situación familiar: soltera

—

Lugar de nacimiento: Rumanía

—

Empleo/condición económica: es situación de prostitución (trabajadora sexual) y trata

—

Grupo étnico/lengua: mayoritaria, vive en España desde los 12 años

—

Orientación sexual: desconocida

—

Estado de salud: lesiones graves en el útero y la matriz. Infección crónica en el cuello del útero derivada de los numerosos abortos realizados en pésimas condiciones. Estado actual infertilidad y en vías de tratar la infección

—

Sistema sanitario: sistema de sanidad pública, aunque no tiene la libertad de acudir al médico cuando lo requiera, depende de la voluntad de su proxeneta

RELATO

Me llamo Ania y llevo más de 9 años en España. Mi situación social y familiar en Rumanía era algo complicada, mi padre andaba metido en negocios extraños que nunca llegue a entender (hasta ahora) y mi madre vivía en una eterna depresión que apenas se movía de la cama en todo el día.

Un día, a la edad de 16 años, un hombre vino a buscarme al parque donde solía jugar con mis amigas y amigos, dijo ser amigo de mi padre y me pidió que le acompañara, que quería enseñarme algo. Me resultó muy amable, me hablaba de que podía hacer que la situación de mi familia mejorase. Fue todo muy rápido, me llevó a un local donde había otras chicas de mi edad; algunas parecían asustadas, pero yo estaba tranquila porque me convencí de que algo bueno iba a suceder.

De repente, en un abrir y cerrar de ojos, ya estaba en España, encerrada en un club y obligada a mantener relaciones con más de 20 hombres diferentes por noche. Esos hombres pagaban fortunas de dinero por acostarse con nosotras, yo no entendía nada, ni tampoco veía nada de dinero y mis condiciones de vida eran muy limitadas y precarias. La situación empezó a perpetuarse. Durante los siguientes 10 años nos iban cambiando de ciudad: Oviedo, Lleida, Girona, Madrid... Todo iba a peor y no veía el momento de volver a casa.

Recuerdo la primera vez que me quedé embarazada. Me sentía muy mal y pedí ir al médico. No me dejaron ir, me amenazaban con que si iba me iban a meter en la cárcel por ser extranjera y por hacer lo que estaba haciendo de forma ilegal. Me continuaban obligando a recibir clientes y yo cada vez me sentía peor. Hablando con mis compañeras, una de ellas se ofreció a realizarme un aborto en la habitación. Fue una experiencia horrible, sangré muchísimo y pensaba que me iba a morir. Tampoco dejaron que me llevaran al hospital, acudió un hombre que decía ser veterinario y consiguió cortar la hemorragia. Tardé unas semanas en recuperarme, pero tan pronto como me puse en pie me obligaron a seguir recibiendo hombres.

Desde ese día perdí la noción del tiempo y de mí. La última noticia que tuve sobre mi estado de salud fue por un cliente médico, que decidió llevarme a un centro de salud a escondidas (le dijo al dueño del local que iba a una fiesta con él). Fue cuando me dijeron que tenía lesiones graves en el útero y la matriz, derivado de numerosos abortos que me habían realizado en condiciones infrahumanas. Como consecuencia de ello padezco una infección en el cuello del útero, lo cual me ha ocasionado infertilidad.



MUJER TRANS EN NICARAGUA



Género: mujer.

—
Edad: 25

—
Situación familiar: pareja estable.

—
Lugar de nacimiento: Nicaragua

—
Empleo/condición económica: enfermera, aunque actualmente desempleada.

—
Grupo étnico/lengua: mayoritaria.

—
Orientación sexual: heterosexual.

—
Estado de salud: lesiones graves en numerosas partes del cuerpo (fractura triple en la pierna izquierda y otros golpes) derivados de una paliza de una persona desconocida.

—
Sistema sanitario: sistema de sanidad público y de bastante calidad en comparación con otros departamentos del país, pero con recursos limitados. Sufre discriminación y no es atendida por su condición de ser mujer trans.

RELATO

Mi nombre es Bárbara, soy una mujer transexual. Nací y me crié en la ciudad de León, Nicaragua. Actualmente convivo con mi pareja, Diego. Me formé en enfermería y me apasiona mi trabajo, aunque siempre he tenido dificultades para ejercer mi profesión. No solo por la dificultad que nos encontramos las personas trans en el mercado laboral, sino también porque me piden que actúe y me vista como hombre enfermero, y ese no soy yo, yo quiero trabajar como una mujer trans. Lo mismo sucede en las escuelas y universidades: no podemos estudiar como mujeres, nos niegan nuestra identidad.

El estado general de mi país en relación a la diversidad es muy duro. Se estima que la esperanza de vida de las personas transexuales es de 30 años. Somos violentadas constantemente, tanto por la calle como por personas conocidas, familiares e incluso por la propia policía. Y en los pocos casos que se llega a denunciar, éstos no son resueltos y quedan en papel mojado.

Nunca pensé que me pudiera ocurrir a mí... Un día iba caminando por la calle del barrio cogida de la mano de mi pareja y, de repente, nos insultaron a Diego y a mí. Al contestar un hombre empezó a perseguirme y comenzó a apedrearme, provocándome una fractura triple en la pierna izquierda y otros golpes.

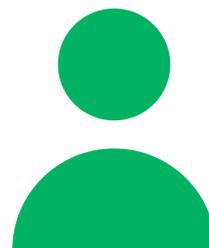
Eso no fue lo peor. Me sentí psicológicamente mal, con miedo, sola y deprimida. Cuando acudí al centro de salud también fui discriminada, tratándome como hombre, dejándome en espera un total de 17 horas sin atenderme, soportando malas caras, comentarios del tipo “seguro que alguna pelea en el club donde trabaja”, “igual le quedó debiendo dinero a alguien”, “algo habrá hecho” ... Incluso cuando apareció la policía para testificar lo ocurrido, continuaban los malos tratos y discriminación, llegando a insultarme llamándome “cochón” (maricón).

Finalmente llamé a una de mis amigas con la que estudié enfermería y pudo acudir a mí y atenderme. En total estuve ocho días ingresada en el hospital, y me pasé tres meses enyesada hasta la cadera con fisioterapia para poder caminar bien.

Mi amiga me mencionó al equipo de “Acciones Urgentes”, un colectivo que trabajaba por la defensa de los derechos de las personas y realiza acompañamientos de casos particulares para llevarlos a juicio. Cuando me organicé con otras mujeres trans y de la diversidad, me di cuenta de que había más personas como yo. Gracias a este colectivo pude llevar mi caso a juicio y el agresor fue condenado a dos años de prisión, aunque huyó y a día de hoy continúa prófugo.



ERES TÚ MISMA/O



Género:

—

Edad:

—

Situación familiar:

—

Lugar de nacimiento:

—

Empleo/condición económica:

—

Grupo étnico/lengua:

—

Orientación sexual:

—

Estado de salud:

—

Sistema sanitario:

RELATO

Reflexiona en algún momento en el que te hayas sentido enferma o enfermo, particularmente que hayas tenido que ir a un hospital o centro de salud, y piensa en algunas preguntas como:

¿Qué ha sucedido?

¿Fuiste en transporte privado o público?

¿Hablaban tu idioma?

¿Te supieron diagnosticar y recetar medicamentos apropiados?

¿Entendiste lo que te pasaba?

¿Tuviste o pudiste pagarte todo esto?

¿Ha tenido consecuencias negativas en tus posibilidades de trabajar, estudiar u en otro ámbito de tu vida?

¿Existen políticas públicas o adecuadas en tu país o región?



**ANEXO IV.
TARJETAS DE AGENTES
JUEGO DE ROL**

GOBIERNO



DESCRIPCIÓN BÁSICA

Eres un alto cargo en materia de salud del gobierno que está tratando de asumir la crisis descrita en la carta de situación inicial. Tienes clara tu prioridad en esta mesa: la mejora de la calidad de vida de la población, en particular en lo referido a la salud.



OBJETIVO

Conseguir una solución a la crisis sanitaria de tu país con el apoyo de todas las instituciones y agentes posibles



POSIBLES ALIANZAS

Eres consciente de que el papel de todas las personas de la mesa es importante en la toma de decisiones ante esta crisis.



HABILIDADES ESPECIALES

Restar cinco puntos de malestar a través de un comunicado público.

Activación: 5-6.

Restar tres puntos de malestar mediante una inversión extraordinaria y urgente en materia de salud.

Activación: 1-2.



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)



DESCRIPCIÓN BÁSICA

La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas.

Entre otras, tiene como responsabilidades:

- desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales.
- Definir las prioridades de las investigaciones en salud a nivel internacional.
- Prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.
- Representas a este organismo en la mesa y llevas a la negociación vuestros intereses.



OBJETIVO

Asegurar que la crisis se soluciona satisfactoriamente para la población.



POSIBLES ALIANZAS

Los Estados, las ONG y algunos movimientos sociales pueden ayudarte a hacer presión a ciertos organismos.



HABILIDADES ESPECIALES

Presión: ejercer presión restará seis puntos de malestar general. Sin embargo, puede tener consecuencias.

Activación: 2-3. Si se consigue activar se lanza el dado dos veces y se suma como malestar la diferencia entre las dos tiradas.



LABORATORIO FARMACÉUTICO



DESCRIPCIÓN BÁSICA

La industria farmacéutica, representada por el laboratorio, se encarga de ofrecer a la sociedad medicamentos con objeto de mejorar la salud de la población.

Para el desarrollo de los fármacos se necesita un largo proceso de investigación, así como un complejo procedimiento de fabricación con numerosos controles de calidad; por tanto, se requiere una alta inversión económica. Tu laboratorio se ubica en un país europeo y fabrica los fármacos que podrían solucionar la crisis actual en el país. Sin embargo, sus intereses se centran más en los beneficios económicos. En los próximos meses van a asegurarse de patentar nuevos medicamentos con los que obtener más recursos.

Representas a este organismo en la mesa y llevas a la negociación vuestros intereses.



OBJETIVOS

- Evitar campañas de desprestigio.
- Mejorar sus ingresos económicos anuales.



POSIBLES ALIANZAS

Banco Mundial, Organización Mundial del Comercio, Oficina Nacional de Patentes.



HABILIDADES ESPECIALES

Oídos sordos: dos veces a lo largo del juego puedes anular una acción.

Activación: 4-5-6.



ORGANIZACIÓN NO GUBERNAMENTAL (ONG)



DESCRIPCIÓN BÁSICA

La ONG que trabaja para la mejora de la salud pública en el mundo y en concreto para mejorar la de los más perjudicados: los países en vías de desarrollo, con presencia en el país en el que se está cubriendo la crisis. Representas a este organismo en la mesa y llevas a la negociación vuestros intereses.



OBJETIVOS

- Lograr que se obtengan los medicamentos que se precisan en las condiciones más favorables.
- Denunciar la situación que se vive en este país, que ocurre al mismo tiempo en otras zonas del mundo.



POSIBLES ALIANZAS

Movimientos sociales, colectivo feminista, gobierno local



HABILIDADES ESPECIALES

Denuncia internacional: ejercer una denuncia efectiva de lo que ocurre en el país puede no ser fácil; sin embargo, podría mejorar considerablemente las condiciones de vida de sus habitantes.

Resultado: mejora 5 puntos de bienestar.

Activación: 1-3.



COLECTIVO FEMINISTA



DESCRIPCIÓN BÁSICA

El colectivo feminista surgió tras una revuelta social en la que las mujeres fueron completamente invisibilizadas, pese a sus aportes para que se produjera. El colectivo es, desde entonces, auto-organizado y asambleario, con capacidad de acción en todos los asuntos públicos. Por su potente influencia y su amplia base social ha sido llamada a colaborar en algunas comisiones para el tratamiento de determinados temas. Además, recientemente ha creado una comisión específica de lucha por los derechos del colectivo LGTBIQ+.

Representas a este organismo en la mesa y llevas a la negociación vuestros intereses.



OBJETIVO

- Asegurar que se consiga la administración del medicamento para toda la población, con una cuota especial para las mujeres.
- Velar por la salud de las mujeres del país y hacer que estén presentes en las conversaciones, cuestionando cómo cada situación les afectaría y aportando propuestas de solución.



POSIBLES ALIANZAS

Movimientos sociales, ONG



HABILIDADES ESPECIALES

Protesta: si consideras que los derechos de las mujeres en cuanto a su salud han sido vulnerados o están en riesgo de serlo, puedes protestar. Esto restará tres puntos de malestar global.

Activación: 1-2.



MOVIMIENTO SOCIAL



DESCRIPCIÓN BÁSICA

Este movimiento social está integrado fundamentalmente por personal sanitario en activo consciente de la problemática existente en el país. Su objetivo es conseguir la Cobertura Universal de Salud para todas las personas. El movimiento organiza campañas y ha montado una clínica de gestión comunitaria en la que participa personal sanitario voluntario para atender a toda la población que lo necesite.



OBJETIVO

Presionar para conseguir el acceso al listado de medicamentos esenciales en el sistema sanitario público



POSIBLES ALIANZAS

ONG, colectivo feminista



HABILIDADES ESPECIALES

Movilización / escrache (acción intimidatoria contra personas del ámbito político, administrativo o militar, que consiste en dar difusión ante los domicilios particulares de éstas, o en cualquier lugar público donde se las identifique, a los abusos cometidos durante su gestión): si lo consideras necesario puedes convocar un escrache o movilización de la base social del movimiento. Para convocar: 1-12. Para comprobar el efecto del escrache:

- 1-2-3 = disminuye tres puntos de malestar.

- 4-5= disminuye 5 puntos de malestar.

- 6 = disminuye 8 puntos de malestar.



BANCO MUNDIAL (BM)



DESCRIPCIÓN BÁSICA

El papel del Banco Mundial en la zona donde ocurre el conflicto se concentra en tres áreas: impulsar el crecimiento económico del país y crear riqueza; desarrollo humano y facilitar un crecimiento inclusivo y establecer sinergias entre la población urbana y la rural para impulsar el desarrollo.

El Banco Mundial juega un papel ambiguo en tanto que sus fondos provienen de los países del Norte -a cuyos gobernantes y empresas debe contentar- mientras tiene como objetivo el impulso económico de los países del Sur.

Representas a este organismo en la mesa y llevas a la negociación vuestros intereses.



OBJETIVO

En tanto que sus intereses son diversos y su presencia en la reunión se centra especialmente en lo económico, la persona representante del Banco Mundial deberá jugar con la ambigüedad de sus fines. Puede no ser fácil contentar a una parte y la otra en un conflicto.



POSIBLES ALIANZAS

Gobierno, Unión Europea, Laboratorio Farmacéutico, ONGD



HABILIDADES ESPECIALES

Café para todos: una sola vez a lo largo del juego el Banco Mundial puede activar su habilidad especial, con la que contentará a dos agentes clave a la vez, pudiendo activarse más de dos habilidades en el juego.

Activación: 1-2-3.



UNIÓN EUROPEA



DESCRIPCIÓN BÁSICA

Algunos de los laboratorios fabricantes de medicamentos contra ciertas enfermedades tienen su sede en Estados miembros de la Unión Europea. De ahí que esta organización tenga intereses directos en las decisiones que se puedan tomar en relación con sus propios objetivos e intereses, internos y externos. Representas a este organismo en la mesa y llevas a la negociación vuestros intereses.



OBJETIVO

- Defender a la industria farmacéutica en relación a la exportación de sus productos, que la hacen rentable, generando puestos de trabajo y recursos económicos.
- Fortalecer su posición, tanto ante su ciudadanía como ante el mundo, como organización que promueve los derechos humanos (entre ellos, el derecho a la salud) y la cooperación al desarrollo. Es especialmente importante para la Unión Europea que los medios de comunicación reflejen claramente este punto.
- Reducir la inmigración de los países en vías de desarrollo hacia la Unión Europea, para lo cual necesita de la colaboración de sus gobiernos.



POSIBLES ALIANZAS

Laboratorio farmacéutico, gobierno local



HABILIDADES ESPECIALES

- *Aumento de aranceles/impuestos*: si las medidas que están desarrollando el Gobierno u otros agentes crees que perjudican a tus intereses económicos puedes aumentar los aranceles para la entrada de productos ajenos a la Unión Europea dentro de sus fronteras. Activar esta acción aumenta 3 puntos de malestar.

Activación: 1-2

- *Ayuda directa*: puedes conceder una subvención de urgencia al Gobierno o la Organización Mundial de la Salud si lo consideras necesario. Reduce 3 puntos de malestar.

Activación: 5-6



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DEL COMERCIO (OMC)



DESCRIPCIÓN BÁSICA

La Organización Mundial del Comercio es la única organización internacional que se ocupa de las normas que rigen el comercio entre los países. Los pilares sobre los que descansa son una serie de acuerdos que han sido negociados y firmados por la gran mayoría de los países que participan en el comercio mundial y ratificados por sus respectivos parlamentos. El objetivo es ayudar a los productores de bienes y servicios, los exportadores y los importadores a llevar adelante sus actividades.

Representas a este organismo en la mesa y llevas a la negociación vuestros intereses.



OBJETIVO

La Organización Mundial del Comercio velará por el correcto cumplimiento de los intercambios comerciales entre los diferentes Estados. En el juego ocupa un papel de mediación, sin olvidar que debe asegurar el cumplimiento de los tratados internacionales vigentes en cuanto a patentes e intercambios comerciales.



POSIBLES ALIANZAS

Laboratorio farmacéutico, Unión Europea, Gobierno



HABILIDADES ESPECIALES

Agilizar: si existe un conflicto o desacuerdo entre dos partes la Organización Mundial del Comercio puede intervenir para mediar lanzando los dados y, si el resultado de la tirada está entre 1-2-3-4, puede activar automáticamente la habilidad de otro agente.



OFICINA NACIONAL DE PATENTES



DESCRIPCIÓN BÁSICA

La Oficina Nacional de Patentes del país en el que nos encontramos se encarga de dar nuevas patentes y llevar un registro actualizado de las licencias vigentes en su territorio. Es el brazo ejecutor de lo que marca la Ley de Patentes y Propiedad Intelectual del país. Asimismo, se encarga de impulsar la circulación y el intercambio de bienes y servicios en el país.

Representas a este organismo en la mesa y llevas a la negociación vuestros intereses.



OBJETIVO

Asegurar que se cumple la legislación en lo relativo a las patentes y obras de propiedad intelectual en el país.



POSIBLES ALIANZAS

Gobierno, Organización Mundial del Comercio, Laboratorio farmacéutico, Movimiento Social, ONG



HABILIDADES ESPECIALES

- *Desbloqueo de patentes* por presión ciudadana: activarlo resta cinco puntos de malestar.

Activación: 1-2-3.

- *Aceleración de patente*: activarlo suma cinco puntos de malestar.

Activación: 4-5-6.



**ANEXO V.
CARTAS DE EVENTO
JUEGO DE ROL**

1. EVENTO: COLECTIVO FEMINISTA NO PUEDE VOTAR EN ESTA RONDA

Las mujeres han tenido que quedarse cuidando en casa y no han podido acudir a la reunión a pesar de su voluntad de participar en la misma. ¿Por qué ocurre esto? ¿Creéis que esta situación podría llegar a plantearse? ¿Creéis que las mujeres dejan de participar en espacios y foros públicos por este motivo?

—

Situación a desarrollar: en la mesa debéis debatir sobre la importancia de las mujeres en esta problemática y qué repercusiones tienen para ellas no estar representadas en la mesa.

2. EVENTO: LOS OJOS DE MEDIO MUNDO ESTÁN PUESTOS EN LO QUE OCURRE EN EL PAÍS

La situación ha saltado a los medios de comunicación internacionales y tiene repercusiones en la reunión y en las calles. La población se muestra inquieta ante lo que ocurre. ¿Por qué la repercusión mediática de la situación dentro de medios de comunicación de “países del Norte” afecta a la reunión? ¿Cómo puede afectar esto en una crisis sanitaria?

—

Situación a desarrollar: algunos organismos podéis estar a favor de hacer un comunicado de prensa que explique lo que está ocurriendo desde dentro del país; otros, por el contrario, podéis estar más interesados en que todo lo que ocurra en la reunión no salga a la luz pública. Debéis hacer un pequeño debate moderado por la máster del juego.

3. EVENTO: LA ENFERMEDAD SALTA A LOS PAÍSES DEL NORTE

Nota: Esta carta sólo puede jugarse en el caso de una enfermedad olvidada, si no estáis tratando este tema, descartadla y coged otra.

La enfermedad se extiende a otros países por medio de personas que viajaban en avión. Parece que hay ocasiones en las que una enfermedad no interesa a menos de que afecte a los “países del Norte”. ¿Recordáis algún caso? ¿Por qué creéis que es así?

—

Situación a desarrollar: parece que justo ahora la población de otros países es consciente de la situación que viene ocurriendo en el país en el que os encontráis. Es por esto que muchas cadenas de televisión han hecho galas benéficas para recaudar fondos para la compra de medicamentos. ¿Qué os parece esta iniciativa? Si estáis de acuerdo podéis activar esta carta tirando el dado (4-5-6). Si se activa se reducen 3 puntos de malestar.

4. EVENTO: CIERRE DE FRONTERAS EN EL NORTE

Cuando se desencadenó la crisis saltaron las alarmas y fueron varios los países (principalmente de la Unión Europea) que pidieron que la ciudadanía de tu país no pudiese entrar en todo el continente para evitar contagios innecesarios. ¿Qué opinión os merece esto?

—

Situación a desarrollar: el cierre de las fronteras provoca el aumento automático de 5 puntos de malestar.



5. EVENTO: ATADAS DE PIES Y MANOS

Debido a la presión de ciertos países los organismos internacionales (Organización Mundial del Comercio, Banco Mundial u Organización Mundial de la Salud) han decidido acudir a la reunión, pero no pronunciarse hasta no hacer una consulta. ¿Hasta qué punto podría llegar a producirse esto?

—
Situación a desarrollar: En esta ronda no pueden ejecutarse ninguna de las habilidades disponibles.

6. EVENTO: POLÍTICO CORRUPTO

El Ministro de Sanidad del país ha sido acusado por corrupción por utilizar fondos públicos destinados al sistema sanitario público para fines personales. ¿Conocéis algún caso similar? ¿Por qué creéis que ocurre esto y cómo podría evitarse?

—
Situación a desarrollar: el gobierno pide apoyo a todos los organismos del comité ante el perjuicio cometido contra un bien común en el interior del país. El malestar aumenta 5 puntos en el país, que siente que sus representantes no tienen sensibilidad ni responsabilidad con la situación general.

7. EVENTO: DETENCIONES

Ante la situación de crisis algunas personas que integran los movimientos sociales y el colectivo feminista decidieron hacer un acto público de reivindicación que fue censurado y reprimido por la policía por órdenes del gobierno. ¿Qué valoración hacéis de esta actuación?

—
Situación a desarrollar: en esta ronda no pueden llevarse a cabo habilidades propias de los movimientos sociales, las ONGD ni el colectivo feminista.

8. EVENTO: LICENCIA OBLIGATORIA

Se hace una petición a la Organización Mundial de Comercio para pedir la liberalización parcial del fármaco (es decir, que pueda ser producido como un genérico, abaratando su precio) necesario para acabar con la crisis. ¿Por qué esta medida es tan importante?

—
Situación a desarrollar: para activar la petición se debe tirar el dado (2-3); si logra activarse, la persona representante de la Organización Mundial del Comercio hará lo mismo (1-4). Si resulta positiva la petición, disminuyen 10 puntos de malestar.

9. EVENTO: PREVENCIÓN SURTE EFECTO

La ONGD presente en la negociación puso en marcha una campaña de prevención y promoción de la salud en el país de origen y ha surgido algo de efecto. ¿Recuerdas alguna campaña en materia de salud que haya sido importante para ti?

—
Situación a desarrollar: tirad el dado hasta que salga un número comprendido entre el 10 y el 20. Restad tantos puntos de malestar como resulte de la resta entre los dos dígitos del dado.



10. EVENTO: DENUNCIA DUMPING

Desde la agencia pública de salud se ha denunciado ante la Unión Europea y la Organización Mundial del Comercio prácticas de dumping (vender un producto por debajo de su precio normal, o incluso por debajo de su coste de producción, con el fin de ir eliminando las empresas competidoras y apoderarse finalmente del mercado) con medicamentos en el país donde está ocurriendo la crisis. ¿Qué os parece esta práctica desde vuestro rol?

—
Situación a desarrollar: ante esta denuncia que incurre en un desprestigio internacional para el laboratorio, deciden ausentarse de la reunión asegurando que no se llegará a un acuerdo. Suma 6 puntos de malestar.

11. EVENTO: OMS RECIBE DONACIÓN INTERNACIONAL

Ante la situación internacional la Organización Mundial de la Salud recibe diversas donaciones de diferentes países para contener la crisis sanitaria del país donde estáis trabajando.

—
Situación a desarrollar: gracias a esta donación disminuyen 6 puntos de malestar.

12. EVENTO: MUJERES EN HUELGA

Ante una huelga mundial de trabajo y cuidados las mujeres no acuden a la reunión de la comisión en el día de hoy. ¿Crees que son necesarias acciones como estas? ¿Por qué?

—
Situación a desarrollar: algunos hombres pueden decidir sumarse a la huelga y no votar en el día de hoy. Los que decidan hacerlo, deben tener en cuenta que se restarán únicamente la mitad de los puntos de malestar que consigáis.



ANEXO VI. CARTAS DE CRISIS

CRISIS: NUEVO TRATADO INTERNACIONAL

La Organización Mundial del Comercio ha aprobado un nuevo tratado internacional que afecta a la compra-venta de medicamentos y su sistema de patentes, ya que protege la propiedad sin considerar elementos como la salud pública. ¿Qué intereses hay detrás de esto? ¿Qué personas son las más perjudicadas?

—

Situación a desarrollar: Este tratado afecta a la situación de crisis y, por el momento, no hay nada que se pueda hacer para evitarlo. Sumad 10 puntos de malestar.

CRISIS: AUMENTO DESMESURADO DE CASOS

En estos tres meses de negociación los casos de la enfermedad no solo no han disminuido ante la ausencia del fármaco necesario, sino que han aumentado considerablemente. La resolución de la crisis cada vez se complica más

—

Situación a desarrollar: el aumento de casos implica que la situación es cada vez más complicada de solucionar. Sumad 10 puntos de malestar.

CRISIS: [RE] PATENTAR FÁRMACO

La presencia del laboratorio farmacéutico en las negociaciones es solo una de sus líneas de acción. Sus intereses económicos están por encima de la situación actual. Acaban de comunicarles que una mínima modificación del compuesto de un fármaco ha sido suficiente para asegurarse la explotación del mismo durante algunos años más.

—

Situación a desarrollar: la concesión de esta patente implica que la crisis se acentúa. Sumad 15 puntos de malestar.

CRISIS: DIFICULTAD DE DISTRIBUCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

Las pocas cantidades de medicamento que estáis recibiendo aptos para ser distribuidos entre la población (por su disponibilidad, acceso, eficacia y seguridad) están siendo difícilmente distribuibles debido a la falta de infraestructuras.

—

Situación a desarrollar: la falta de distribución del medicamento implica que el malestar general de la crisis aumenta 10 puntos.



EDITA



FARMA MUNDI

FARMACÉUTICOS
MUNDI

FINANCIA



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

