



Enfermo ingresado con sus acompañantes.

ya que no era suficiente el calor que producían los radiadores del quirófano.

Tanto en la selva como en la alta montaña, realizamos además **proyectos de refracción**, con el consiguiente regalo de las gafas que necesitaban los pacientes.

Al mismo tiempo de estas campañas hemos vuelto a ir a Chimbote en repetidas ocasiones, lugar donde se desarrolló nuestro primer proyecto.

En Perú, a medida que se han desarrollado Proyectos, se ha llevado una serie de material especializado que se ha donado a nuestra ONG hermana Anawim de Perú con la finalidad de tener una **consulta y quirófano oftalmológico funcionando en Perú** y así conseguir una autogestión de todos estos medios por el personal totalmente autóctono, e incluso realizar proyectos con otras ONGs internacionales.

Las distintas actuaciones han sido posibles porque se han realizado varias actuaciones en un mismo año. En ellas se ha contado con distintos equipos del Grupo Oftalmol que han ido turnándose

No nos conformamos con esto, sino que a raíz de unos contactos con unos amigos cubanos, se desarrolló un **Proyecto en Cuba** en el año 2000. Éste consistió en la donación de material quirúrgico especializado al Hospital Calixto García de la Habana. Al mismo tiempo se desplazaron miembros de nuestro grupo con el fin de realizar una puesta a punto de las últimas técnicas de nuestra especialidad y en el manejo del nuevo material e instrumental donado.

En este hospital existen aproximadamente una docena de especialistas en oftalmología y otros tantos residentes en formación, por tanto no se trataba de un proyecto como los que habíamos desarrollado en Perú, actuando directamente en zonas totalmente aisladas en donde nunca o casi nunca había pisado esas tierras un equipo oftalmológico. Aquí de lo que se trataba era de poder conseguir un material imposible de conseguir en las actuales circunstancias.

Por otra parte, en el 2002 otros equipos de nuestro grupo iniciaron otra línea de trabajo, esta vez en **África**. En esta ocasión participamos en colaboración con el «Comité pro Guinea Bissau» patrocinado por el Ayuntamiento de Elche y del que forma parte nuestra ONG Anawim.

El proyecto originario empezó por levantar de las ruinas de la guerra civil (1998-9) el **hospital de Sao Domingos**, ciudad situada al norte de la nación a escasos kilómetros de Senegal.

En esta primera fase llevamos todo el material necesario para la creación de una consulta de urgencias oftalmológicas. Igualmente hicimos un **póster plastificado**, en portugués, en el que de forma gráfica se reflejaban las urgencias oftalmológicas más básicas, sus síntomas, qué hay que hacer y qué no hay que hacer en las distintas ocasiones. Este póster serviría en un futuro como guía para el personal sanitario del centro al que le dimos un cursillo de formación.

En esta zona, el gran número de **cataratas** existentes, fue lo que nos animó para la consecución

de la segunda fase de nuestro proyecto Oftalmol Guinea para el siguiente año, y que consistiría en una campaña de tipo quirúrgico. Para la realización de esta segunda fase había que realizar previamente las obras de un quirófano del que carecía el hospital, y que con el esfuerzo de todos se ha conseguido y se ha finalizado en estos días.

La otra línea de proyectos se va desarrollando en los **Campamentos de refugiados Saharais en Tindouf (Argelia)**. En estas campañas compartimos gastos y trabajo con otra ONG, «*Médicos del Mundo*», que vienen desarrollando campañas allí desde hace más de diez años.

Los campamentos están compuestos por una serie de «poblaciones» o *wilayas* repartidas a lo largo del desierto, y tienen unos servicios centrales en el primer campamento que se hizo, Rabuni.

Nuestra actuación en primer lugar consiste en pasar consulta en las distintas *wilayas* existentes a lo largo del desierto. En estas consultas, se captan casos susceptibles de ser operados, se revisan y tratan las distintas enfermedades existentes en la zona. Además hay que añadir las revisiones de los pacientes operados en campañas anteriores.

Una vez realizadas estas consultas previas **operamos** (sobre todo de cataratas y de los párpados totalmente deformados por el tracoma) en las instalaciones del Hospital de Rabuni. En esta zona nos ha sorprendido encontrar gran número de afectados por el tracoma, y eso que se han realizado campañas para intentar erradicarlo.

Por otra parte, nos hemos encontrado con un **personal sanitario saharauí** muy bien formado. Está formación la han conseguido en Cuba. Parten con 12 años de edad y vuelven con veintitantos para ayudar a su pueblo. Es curioso ver la mezcla de culturas, nos encontramos a los médicos con la indumentaria musulmana, hablando un perfecto español-cubano y amantes de la más auténtica salsa cubana.

Aquí hemos sido testigos de las temidas tormentas de arena (siroco) e incluso una vez pudimos ver llover en el desierto, cosa que ocurre como es de suponer muy raramente.

En estos momentos nos encontramos en plenos preparativos para la campaña de **Cirugía Oftalmológica en el Hospital de Sao Domingos en Guinea Bissau**.



Indígena peruana atendida dentro del proyecto.

Todos los cooperantes estamos muy ilusionados con esta nueva campaña, es la primera vez que se va a realizar en esa zona una campaña de cirugía ocular.

Nos preparamos antes de ir, nuestras vacunas están listas (fiebre amarilla, meningitis, tífus, cólera, quimioprofilaxis para la malaria, etc.). Los visados, los packing-list del aparatage y de los medicamentos ya están listos. Además vamos a contar con la ayuda de personal autóctono (un óptico, un oftalmólogo y cuatro o cinco auxiliares sanitarios).

Aún con todo, ya en vísperas de partir, los nervios están algo tensos... ¿qué va a pasar?...de todas maneras pienso que pasar por todo esto vale la pena. El enriquecimiento humano que uno trae después de realizar estos trabajos compensa con creces todos esos «malos» momentos y el trabajo extra que supone para los que estamos metidos en estos líos.

Cada vez somos más, de todas partes de España. Ojalá que esto siga mucho tiempo más y que el grupo vaya aumentando. A veces, hay integrantes del grupo que, por circunstancias personales, no pueden ir a un proyecto específico y les cuesta ver preparar y partir a los compañeros y no poder ir, se pasa mal, «...al siguiente seguro que iré».

Medicinas en los países del sur: problemática actual

Los enormes problemas sanitarios que padecen la mayoría de los habitantes de los países del Sur son multifactoriales y complejos, pero entre los factores que más influyen podemos citar:

Deficiencia en infraestructura básica: Muchos de los asentamientos humanos de estos países carecen de agua potable, alcantarillado, recogida de basuras. Además, las condiciones estructurales de muchas casas (características de los materiales, distribución de la casa, etc.) son deficientes.

Dificultad de acceso al sistema sanitario: En muchas ocasiones, la red sanitaria de hospitales y centros de atención primaria es escasa y poco dotada, además, excepto para colectivos o campañas sanitarias concretas, no existe asistencia gratuita. Generalmente, el enfermo tiene que pagar la atención médica, incluso aunque el sistema sanitario al que acuda sea público.

Falta de formación sanitaria de la población: Muchos colectivos de estos países no conocen las normas básicas de higiene y de prevención de enfermedades. Este hecho, junto con la dificultad que tienen para ponerlas en práctica es uno de los déficits más importantes.

Dificultad de acceso a las medicinas: Al igual que sucede con el acceso a la atención médi-



Niña infectada de uta (leishmaniasis)

ca, la atención farmacéutica es raramente gratuita en esos países, además, en muchas zonas rurales no hay farmacias donde adquirir las medicinas.

La dificultad de acceso a las medicinas causa que muchas personas no puedan comprar las medicinas recetadas por el médico y esto provoca una desconfianza en el sistema sanitario y el abuso de sistemas basados en la medicina tradicional, que en muchas ocasiones son inútiles o incluso perjudiciales para la salud. Por ejemplo, el tratamiento recomendado para la leishmaniasis cutánea americana, una enfermedad prevalente en zonas andinas y amazónicas de América que provoca lesiones comparables a la lepra, es el glucantime, un fármaco que se administra por vía

parenteral durante 10 días y que cura al enfermo en la gran mayoría de los casos. Las limitaciones de acceso a este tratamiento hace que los enfermos recurran a la medicina tradicional y se quemem las lesiones con ácido de batería de coche (ácido sulfúrico), deteniendo el avance de la enfermedad, pero produciendo unas cicatrices que condicionan la vida futura de estas personas.

Con objeto de medir el problema de acceso a las medicinas básicas por cuestiones económicas hemos realizado la comparación entre los precios de las medicinas y los datos socioeconómicos de varios países.

Material y métodos

Hemos obtenido los precios de tres medicamentos básicos en farmacia (ácido acetilsalicílico, paracetamol y Amoxicilina) en España, Holanda, Francia, Bélgica, Nicaragua, Perú, Colombia y Cuba durante el año 2002 y los hemos comparado con los datos que reflejan la situación económica de los países (Tabla 1).

Limitaciones del estudio

Este estudio presenta la limitación de la variabilidad de precios en función de la casa comercial y del diferente margen de beneficio que aplican las farmacias de los países del sur, donde los precios no están regulados como sucede en los países desarrollados.

	Renta Nacional Bruta per cápita (US\$)	Esperanza de vida al nacer	Tasa de mortalidad (<5 años) por 1000 hab.	Líneas de teléfono fijo y móvil (por 1000 hab.)
España	15,080.0	78.2	6.2	1,030.5
Holanda	24,970.0	77.9	6.7	1,287.8
Francia	23,810.0	78.9	5.9	1,072.5
Bélgica	24,540.0	78.2	6.8	1,023.1
Nicaragua	380.0	68.9	40.8	49.0
Perú	2,080.0	69.3	41.4	111.3
Colombia	2,030.0	71.6	23.0	222.4
Cuba	400 (*)	76.5	8.7	44.2

Tabla 1: Situación socioeconómica de los países estudiados (datos de 2001).

() Este dato es difícil de calcular por las características peculiares del gobierno de este país, pero se supone que es algo mayor que el de Nicaragua.*

	Precio en euros de 10 comprimidos	Precio de las medicinas Renta nacional bruta per capita (*)
España		
Aspirina	1.23	1
Paracetamol	0.63	1
Amoxicilina	1.89	1
Holanda		
Aspirina	1.23	0.6
Paracetamol	0.4	0.38
Amoxicilina	12.98	4.13
Francia		
Aspirina	0.79	0.26
Paracetamol	0.86	0.86
Amoxicilina	1.81	0.60
Bélgica		
Aspirina	0.58	0.29
Paracetamol	1.24	1.24
Amoxicilina	Desconocido	
Nicaragua		
Aspirina	0.33	10.7
Paracetamol	0.78	49.5
Amoxicilina	2.68	56.7
Perú		
Aspirina	0.81	4.7
Paracetamol	1.36	15.4
Amoxicilina	2.73	10.3
Colombia		
Aspirina	0.43	2.7
Paracetamol	Desconocido	
Amoxicilina	2.6	10.6
Cuba		
Aspirina	0.009	0.24
Paracetamol	0.036	1.9
Amoxicilina	0.23	4.1

Tabla 2: Comparación entre los precios de las medicinas básicas y los datos de la Renta nacional bruta per capita.

() Tomamos como referencia los datos españoles aplicando la siguiente fórmula:*

$$\text{Valor} = \frac{\text{Precio medicina del país} / \text{Precio medicina en España}}{\text{Renta del país} / \text{Renta de España}}$$

Resultados

A pesar de las limitaciones técnicas del estudio, anteriormente señaladas, se observa claramente que los precios de las medicinas son entre el doble y 50 veces más caros en los países del sur que en los países ricos. Cuba es un caso distinto, ya que aunque los precios de las medicinas en este país son menos elevados, existe un grave problema de desabastecimiento de las farmacias, por lo que la población también tiene problema de acceso a las medicinas.

Discusión

El acceso fácil a las medicinas básicas es uno de los pilares en los que se fundamenta la sanidad y observamos que existe una gran desigualdad entre países en este tema; además, hay que tener en cuenta otros aspectos no recogidos anteriormente:

En muchas ocasiones, los gobiernos de los países ricos subvencionan totalmente o en parte la compra de estas medicinas y esto no sucede en los países del sur, salvo los tratamientos de alguna patología de especial interés sanitario o social (tuberculosis, tratamientos de la infancia, etc.).

El acceso a las medicinas está garantizado por el estado en los

países ricos, mediante una red de farmacias reguladas y controladas, mientras que en los países del sur, el sector está muy liberalizado y existen muchas farmacias en las ciudades, mientras que existe un déficit importante en las zonas rurales; en estas zonas, el gobierno distribuye las medicinas a través de los puestos sanitarios públicos, pero no de forma gratuita.

La renta sobre la que hemos realizado los cálculos corresponde a la renta de todo el país, incluyendo las clases acomodadas y las zonas urbanas. En las zonas rurales, la renta es mucho más baja y en muchas ocasiones existe una economía de trueque y los habitantes de estas zonas no tienen acceso al dinero necesario para la compra de medicinas.

Este problema existente en los países pobres provoca además, una falta de credibilidad de la medicina oficial y una mala utilización de estas medicinas por desconocimiento e infradosificación o interrupciones rápidas de los tratamientos por falta de recursos económicos.

Por tanto, considerando que el acceso a las medicinas básicas es uno de los problemas más acuciantes en el desarrollo de los pueblos del Sur, la ONG ANAWIM, dentro del proyecto de desarrollo integral de las Comunidades indígenas de la Cordillera Negra que desarrolla en los Andes peruanos ha puesto en marcha algunas medidas para paliar este problema entre este colectivo indígena. Los pasos que ha seguido desde 1998 han sido los siguientes:

Análisis de la situación: Las comunidades indígenas en las que trabajamos están situadas en las laderas de la Cordillera



Farmacia instalada en Casma (Perú)

de los Andes, entre 1.000 y 4.000 metros de altura. El proyecto se realiza en 90 comunidades indígenas separadas entre sí por grandes alturas, malas comunicaciones y tres meses de lluvia intensa, lo que dificulta la comunicación entre ellas y con la costa. Se observó que no había ninguna farmacia en ninguna de las 90 comunidades indígenas. Sólo se podían adquirir medicinas en algunos centros de salud del gobierno, a precios elevados y en muchas ocasiones, los enfermos se tenían que desplazar varias horas andando por caminos difíciles para llegar a esos centros.

Instalación de dos farmacias: Una situada en la costa y otra en una de las localidades más importantes de la zona de trabajo. Se pretendió crear dos almacenes de medicamentos, controlados y distribuidos por un farmacéutico, requisito exigido por el gobierno peruano para autorizar el programa.

Instalación de una red de botiquines: Se creó una red de 34 botiquines en las comunidades indígenas (Tabla 3).

Este proceso tuvo los siguientes pasos:

a.- Firma de convenio: Se firmó un convenio con las autori-

Comunidad	Familias beneficiarias
Pampacancha	78
Potreros	25
Conchi	64
Allpaquita	60
Huellapampa	60
Puquihuaín	30
Huanca	20
Lucmapampa	20
Cotucancha	60
Bellavista	61
Ocushuy Alto	20
Ocushuy Bajo	25
Canhuar	30
Huambo	70
Punap	120
Huacuy Bajo	55
Rinconada	50
Cano	45
Zacsha	35
Cuntip	50
Ocupampa	60
Altocoracollo	25
Mitua	60
Canchirao	130
Racrao	60
El Milagro	75
Bario Nuevo	50
Chacal	48
Pampan	60
Marcocancha	60
N. Esperanza	40
Qurimpa	40
Rapoya	42
Marcopampa	60

Tabla 3.- Relación de botiquines instalados en la zona de trabajo.



Botiquín instalado en Huanca (Perú).

dades de la comunidad en el que se reflejaba en compromiso de que la propia comunidad construyera el botiquín y que fuera administrado por un grupo de personas de la comunidad sin ánimo de lucro (promotores de salud), supervisados por los trabajadores de la ONG ANAWIM y por los propios dirigentes de la comunidad. El trabajo era aportado por todos los miembros de la comunidad y la ONG ANAWIM aportaba los materiales, excepto los que podían ser obtenidos en la comunidad, como madera y adobe.

b.- Formación: Los promotores de salud recibieron formación sobre utilización de medicinas básicas durante un año en reuniones periódicas organizadas por la ONG ANAWIM. Si superaban una prueba de conocimientos mínimos, estaban

Comunidad	Alumno Beneficiados	Comunidad	Alumno Beneficiados
Upacoto	18	Cano	53
Nueva Esperanza	45	La Victoria	22
Quirimpa	40	La Palma	52
Marcopampa	30	Macray	64
Pampam	63	Pariacolca	90
Cochabamba	228	Rinconada	59
Rapoya	57	Canchira	107
Chaccchan	65	Huascarán	53
Pariacoto	662	Rapoya	55
Miramar	50	Rurasha	61
Chacal	12	Huanchuy	41
Chipre	109	Pumapucllanan	55
Pallac	62	Pache	62
Rurashca	61	Racrao	41
Colcabamba	63	Marcocancha	56
Cunco	60	31 de Mayo	46
Huanchuy	42	Vitoca	64
Sachsa	50	Fortaleza	123
Coracollo	135		

Tabla 4: Relación de botiquines escolares instalados.

CENTRO EDUCATIVO	DISTRITO	ALUMNOS BENEFICIADOS		
		H	M	TOTAL
307	CASMA	105	123	228
1556	CASMA	57	49	106
1577	CASMA	21	16	37
1597	CASMA	8	6	14
1597- A	CASMA	11	7	18
1598	CASMA	74	89	163
1603	CASMA	13	14	27
1657	CASMA	13	17	30
1700	CASMA	7	6	13
1701	CASMA	5	11	16
1702	CASMA	7	2	9
1704	CASMA	8	20	28
CÉSAR VALLEJOS	CASMA	25	39	64
BUENAVISTA		69	67	136
BUENAVISTA		133	119	252
BUENAVISTA		13	13	26
BUENAVISTA		21	31	52
BUENAVISTA		27	28	55
BUENAVISTA		33	41	74
BUENAVISTA		27	10	37
BUENAVISTA		74	69	143
BUENAVISTA		17	13	30
BUENAVISTA		14	24	38
88105	COMANDANTE NOEL	42	46	88
88115	COMANDANTE NOEL	31	36	67
88286	COMANDANTE NOEL	6	10	16
88378	COMANDANTE NOEL	39	43	82
NSTRA SRA DE FÁTIMA	BUENAVISTA	64	86	192
JOSE F. SÁNCHEZ CARRIÓN	BUENAVISTA	59	51	110
1582	BUENAVISTA	7	4	11
1583	BUENAVISTA	15	15	30
1706	BUENAVISTA	7	11	18
1707	BUENAVISTA	9	13	21
1708	BUENAVISTA	6	9	15
1596	COMANDANTE NOEL	26	10	36
1703	COMANDANTE NOEL	6	13	19
1557	YAUTAN	21	21	42
1703	YAUTAN	33	33	66
1605	YAUTAN	18	8	26
INMACULADA	CASMA	405	377	782
REPÚBLICA DE CHILE	CASMA	262	255	517
88103	CASMA	22	11	33
88104	CASMA	23	28	51

CENTRO EDUCATIVO	DISTRITO	ALUMNOS BENEFICIADOS		
		H	M	TOTAL
88118	CASMA	50	36	86
88119	CASMA	40	37	77
88122	CASMA	26	28	54
VIRGEN DE LA PUERTA	CASMA	37	19	56
88125	CASMA	20	33	53
ANTONIO RAYMONDI	CASMA	127	130	257
88214	CASMA	8	8	16
RAMÓN CASTILLA	CASMA	17	14	31
JOSÉ OLAYA	CASMA	40	42	82
88275	CASMA	18	15	33
88358	CASMA	4	10	14
COL. MARISCAL LUZURIAGA	CASMA	328	317	645
JOSÉ M. ARGUEDAS	YAUTAN	106	86	192
MARÍA REICH NEUMAN	YAUTAN	58	45	103
COL. AGROPECUARIO	YAUTAN	269	170	439
INMACULADA	CASMA	405	377	782
88103	CASMA	22	11	33
88104	CASMA	23	28	51
88118	CASMA	50	36	86
88119	CASMA	40	37	77
88122	CASMA	26	28	54
88125	CASMA	20	33	53
88214	CASMA	8	8	16
88275	CASMA	18	15	33
88358	CASMA	4	10	14
88112	BUENAVISTA	13	13	26
88137	BUENAVISTA	21	31	52
88219	BUENAVISTA	27	28	55
88288	BUENAVISTA	27	10	37
89120	BUENAVISTA	74	69	143
88297	BUENAVISTA	17	13	30
88381	BUENAVISTA	14	24	38
88105	COMANDANTE NOEL	42	46	88
88115	COMANDANTE NOEL	31	36	67
88286	COMANDANTE NOEL	6	10	16
88378	COMANDANTE NOEL	39	43	82

Tabla 5.- Botiquines escolares instalados en área urbana o periferia.



Curso de formación sanitaria a los promotores de salud de la cordillera Negra (Perú).

- durante 15 días en la farmacia instalada en la costa, recibiendo formación práctica y supervisados por el farmacéutico.
- c.- Dotación de las medicinas: Cuando el botiquín estaba construido y el promotor suficientemente formado, se inauguraba el botiquín y se entregaba gratuitamente un lote de medicinas básicas.
- d.- Supervisión del sistema: Cada mes reciben la visita de un profesional contratado por la ONG ANAWIM que supervisa el correcto funcionamiento del botiquín.
- e.- Sostenibilidad del sistema: La ONG ANAWIM entrega los materiales necesarios para la construcción del botiquín, realiza la formación del personal, supervisa el funcionamiento y entrega gratuitamente el primer lote de medicinas. Posteriormente, los botiquines son autosostenibles y sin ánimo de lucro, ya que con el dinero obtenido con la venta de las

medicinas realizan la compra de más medicinas en nuestras farmacias a precio de coste.

Otro objetivo del programa era realizar educación sanitaria de la población sobre el uso racional de los medicamentos básicos. Ésto se está realizando mediante dos actividades:

Campañas educativas entre las poblaciones donde se instalan los botiquines, realizadas entre los promotores de salud de las comunidades y el personal de la ONG ANAWIM.

Instalación de pequeños botiquines escolares: Este programa pretende enseñar a los niños las normas básicas de utilización de medicamentos y aportar a los centros escolares un sistema de mejorar la salud básica de los jóvenes. Cada instalación de un botiquín escolar se acompaña de una campaña de educación sanitaria llevada a cabo por los maestros en colaboración con el personal de la ONG ANAWIM (Tabla 4).

Ampliación a zona urbana y periférica: Debido a que la educación sanitaria de los niños es un proceso muy útil y poco costoso, se amplió la instalación de botiquines escolares a la ciudad de Casma, situada en la costa, donde existe una periferia importante formada por emigrantes de la sierra que viven en casas precarias y sin infraestructuras básicas. (Tabla 5).

En resumen

Consideramos que el acceso a las medicinas básicas es uno de los principales problemas sanitarios que tienen los países del sur y que debemos hacer un esfuerzo para paliarlo, no sólo con el envío de medicinas sino mediante una labor educativa de la población. Por otra parte, debemos concienciarlos de la injusticia actual y tratar de conseguir entre todos que los habitantes de los países del sur puedan acceder a las medicinas con la misma facilidad que disponemos nosotros.