

EL COMPROMISO FRANCÉS A LA REALIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA DEL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO.

Céline BAES

*Doctoranda, Facultad de Derecho de Granada, Licenciada en la Facultad de Derecho, Paul Cézanne, Aix-en-Provence,
Master 2 de Salud pública*

I. Las medidas francesas de URM. A. El URM en su esfera internacional. B. El URM en su esfera nacional. 1. La creación de la Democracia Sanitaria francesa. 2. Una nueva planificación territorial de las oficinas de farmacia. **II. Francia y sus principales actores de cooperación internacional al Desarrollo.** A. Las Organizaciones No Gubernamentales francesas. 1. El concepto de Organizaciones No Gubernamentales. 2. Intervención de las Organizaciones No Gubernamentales francesas. B. Los demás recursos franceses para la ayuda al desarrollo a nivel sanitario. 1. Fortalecimiento de las políticas farmacéuticas nacionales. 2. Francia y su estrecha relación con África. 3. Fortalecimiento de los sistemas de salud. **III. Bibliografía consultada.**

RESUMEN

El propósito de este estudio reside en analizar cómo Francia intenta mantener sus esfuerzos en la consecución de la estrategia del Uso Racional de los Medicamentos defendida por la OMS desde ya muchos años. En particular, el trabajo consiste resaltar cómo la realización de un Uso Racional de los Medicamentos puede ser una solución a la mejora de la salud de las poblaciones. En esta misma dirección, se destacará que la realización de dicha estrategia en el territorio francés ha supuesto la adopción de dos grandes medidas: La primera de ella se conoce como la “Democracia Sanitaria francesa.”, y la segunda conllevó modificar la planificación territorial de las oficinas de farmacia. Por último, se pondrá de relieve que la ayuda internacional al desarrollo responda a un imperativo de solidaridad que se sitúa en el centro del pacto republicano francés. En este sentido, se pondrá de relieve el papel imprescindible de las Organizaciones No Gubernamentales así como de los demás recursos franceses para la ayuda al desarrollo, como el fortalecimiento de las políticas farmacéuticas en otros países.

Palabras clave: Uso Racional del Medicamento; Planificación territorial de las oficinas de farmacia; Organización No Gubernamental, Política de Salud; Medicamento.

ABSTRACT

The intention of this study lies in the analysis of the French efforts made so as to attain the strategy of the Rational Use of the Medicament. This concept has already been defended by the WHO, for many years. In a nutshell, this work consists on highlighting how the achievement of a Rational Use of the Medicament can be a solution for the populations to reach a higher level of good health. So as to do so in France, a strategy has been set up, leading to the adoption of two important measures. The first one known as the “Sanitary French Democracy, and the second one gets to modify the division of the territory allocated to each chemist. Finally, we will emphasize that the international help given in order to sustain the principle of development corresponds to a necessity of solidarity which is situated at the core of the French Republic. As a result, we need to highlight the essential role of Nongovernmental Organizations as well as the one of other French resources for development aid, such as strengthening the pharmacy policy in other countries.

Key words: Rational Use of the Medicament, Nongovernmental Organizations, pharmacy policies

I. Las medidas francesas de Uso Racional del Medicamento.

El medicamento no es un bien de consumo cualquiera por su indiscutible repercusión positiva en todo lo relativo a la salud. Y de ello, la disponibilidad de medicamentos, la accesibilidad de los mismos y la sostenibilidad financiera del gasto en medicamentos constituyen cuestiones de mayor preocupación para los sistemas de salud¹. En esta misma línea, el mercado de los medicamentos es un mercado fuertemente intervenido por parte de los poderes públicos franceses, intervención justificada en Francia, por el artículo L. 1110-1 del Código francés de la Salud Pública. Dentro de esta actividad intervenida de protección de salud, apareció en la década de los noventa, un nuevo concepto llamado “Uso Racional del Medicamento” (en adelante URM), cuya razón de ser puede ser definida de la siguiente manera:

*“Se trata de un principio que no sólo afecta a la dimensión prestacional de los medicamentos sino también a las condiciones de garantía de la seguridad y calidad de los mismos ya que la utilización idónea de los medicamentos (...) se refiere a un ajuste perfecto a las necesidades sanitarias con los medios materiales y las posibilidades económicas existentes”*².

Ante este panorama, derivan de dicha denominación, dos principales facetas. Una con un valor económico, y ahí, brevemente, nos referimos a las medidas de racionalización del gasto farmacéutico, medidas imprescindibles para que cualquier gobierno pueda garantizar cierto nivel de sostenibilidad de su sistema de salud. Otra con un valor ligado a la protección de la salud con la adopción de medidas orientadas a la mejora de la utilización de los medicamentos.

En este contexto, y en primer lugar, merecerá la pena dirigir nuestra atención al contexto histórico y político en cual ha nacido el URM. Sin adelantar los argumentos en los que nos apoyaremos, podemos resaltar la influencia de la esfera internacional en la aplicación del URM en las legislaciones nacionales. En segundo lugar, resultará averiguar cómo Francia incorporó el URM en su ordenamiento jurídico.

A. El URM en su esfera internacional.

A nivel internacional, el derecho de salud está consolidado desde hace ya muchos años. Sin por tanto tener la motivación de ser exhaustivos³, cabe recordar algunos de los textos que lo proclaman como derecho fundamental.

La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, en su artículo 25.1 considera la salud como bien fundamental de la persona humana, cuando señala que: *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo,*

¹ J. ESPIN-BALBINO, *El sector farmacéutico y los medicamentos en la Unión Europea: Una aproximación a los retos actuales*, EASP, Serie Monografías EASP n°43, Granada, 2004, p. 9.

² J. VIDA FERNÁNDEZ, “La prestación farmacéutica como subsistema prestacional sanitario”, en *Comentario Práctico a la legislación reguladora de la Sanidad en España*, J. L. MONEREO PEREZ, C. MOLINA NAVARRETTE, M. N. MORENO VIDA, Comares, Granada, 2007, p. 302.

³ Para más información en esta materia, recomiendo la lectura del artículo de J. M. PERMAN GAVIN, “El derecho a la salud como derecho social”, *Revista de Administración Pública*, n°179, mayo/agosto de 2009, pp. 37-86.

enfermedad, invalidez, viudedad, vejez u otras cosas de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

De la misma manera, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁴, hace referencia al derecho a la salud en su artículo 12, a cuyo tenor:

“1. *Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*

2. *Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto, a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho figurarán las necesarias para:*

a) *La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños.*

b) *El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente.*

c) *La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas.*

d) *La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”*

Asimismo, podemos referirnos a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, de 6 de septiembre de 1978 donde se pone de manifiesto que la salud es aquel estado de total bienestar físico, social y mental y no simplemente la falta de enfermedades o malestares, siendo un derecho humano fundamental y convirtiendo la búsqueda del máximo nivel posible de salud en la meta social más importante a nivel mundial, cuya realización requiere la participación de otros sectores sociales y económicos en adición al sector salud. Esta última consideración por parte de la Conferencia de 1978 está fuertemente ligada a la Constitución de 1946 de la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) donde se proclama la salud como el “*el Estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de afecciones y enfermedades*”.

No obstante, y con la idea de volver a nuestro ámbito de estudio, y como ya se ha puesto de relieve anteriormente, el derecho a la salud pasa, entre otras cosas, por un acceso adecuado a los medicamentos⁵. Y es lo que la OMS intentó defender cuando proclamó en 1985, la estrategia del URM definiéndola como “*el uso de los medicamentos de acuerdo a las necesidades clínicas de los pacientes, en las dosis correspondientes a sus necesidades individuales, durante el tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y la comunidad*”⁶. En este sentido, según P. BUSCHIAZZO⁷, se considera el URM como una “*estrategia para optimizar el acceso a salud con equidad.*” Dicho de otra forma, la realización de un uso racional de los

⁴ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 16 de diciembre de 1966.

⁵ El medicamento es el principal instrumento de la terapéutica actual y tiene importantes funciones en la búsqueda de la equidad de oportunidades por medio de las políticas sociales. Ver Asociación de Química y Farmacia de Uruguay, “Uso racional de los medicamentos”, Informe aprobado por la Asamblea Extraordinaria, Montevideo, 1 de junio de 2006, p.1.

⁶ La OMS proclamó el concepto de URM en la *Conferencia de expertos sobre el Uso Racional del Medicamento*, organizada en Nairobi en 1985.

⁷ P. BUSCHIAZZO, “Uso racional y acceso al medicamento esencial”, en *Esenciales para la vida* (jornadas sobre la problemática del acceso a los medicamentos esenciales y posibles soluciones), Contextos Farmamundi, n°4, Valencia, 2009, p.209.

medicamentos puede ser una solución a la mejora de la salud de las poblaciones y a largo plazo, a una disminución de los costes sanitarios⁸.

En estas mismas líneas, sin ofrecer una visión detallada del por qué de la intervención de la OMS relativa al ámbito del medicamento, merece desarrollar algunos puntos estratégicos para lograr la comprensión de su actuación.

En primer lugar, atendiendo a los datos proporcionados por N. URANGA⁹, sabemos que un tercio de la población mundial no tiene acceso a los medicamentos esenciales¹⁰ de calidad, mientras que el 14% de la población consume el 80% de los medicamentos que se disponen a nivel internacional. Esta falta de equidad en el acceso de los medicamentos conlleva un fortalecimiento de las desigualdades entre los países desarrollados y los del Sur. Este indicio es de particular gravedad porque, cuando se afirma que el 80% de la población mundial no tiene acceso a los medicamentos esenciales, significa que más de 2000 millones de personas no pueden prevenir ni curar sus enfermedades¹¹. En este contexto, apoyándonos en la definición de URM ofrecida por la OMS, además de la disponibilidad de los medicamentos esenciales, es imprescindible saber de la medicación adecuada, la dosis y duración de tratamiento.

Saber de las características de los diferentes medicamentos es saber de la efectividad que los tratamientos en los pacientes “*sea la máxima posible, minimizando los resultados negativos de la medicación, bien sea por necesidad de medicamentos, efectividad o por seguridad.*”¹²”

En segundo lugar, podemos resaltar los argumentos del autor J. BONAL DE FAGAS en una publicación que tituló “Información farmacológica; misión fundamental del farmacéutico de hospital”. En su artículo se refería al “*confusionismo terapéutico*” existente en aquel momento “*como consecuencia de la gran cantidad de medicamentos que habían aparecido en el mercado internacional, siendo alguno de ellos extraordinariamente activos*”¹³”. En efecto, en las últimas décadas, se constata una fuerte proliferación de los medicamentos en el mercado internacional. Esta variedad de productos de salud puede generar confusión para los pacientes-usuarios-consumidores conllevando un posible riesgo para la salud. En este contexto, la estrategia del URM, según F. LOBO, puede resolver el “*conflicto que la realidad plantea entre asimetrías*

⁸ En cuanto a este último punto, será objeto de investigación más adelante.

⁹ N. URANGA, “Acceso a medicamentos esenciales-Un derecho de todos”, *Revista Pediatría de Atención Primaria*, nº22, vol. VI, abril/junio de 2004, pp.263-264.

¹⁰ K. PEREZ DE ARMIÑO define los medicamentos esenciales como “sustancias terapéuticas que sirven para satisfacer las necesidades de atención de salud de la mayoría de la población. Se trata de medicamentos genéricos con una comprobada eficacia, un aceptable rango de seguridad y un coste económico asequible”. Ver el Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo, Hegoa e Icaria, segunda edición, Barcelona, 2002, pp.341-343. De manera general, los medicamentos esenciales son aquellos medicamentos que satisfacen las necesidades prioritarias de la salud de la población. El 21 de octubre de 1977, se aprobó el primer Comité de expertos para la selección de medicamentos esenciales la primera lista de medicamentos esenciales de la OMS. Para más informaciones, ver la página web oficial de la OMS, www.who.int

¹¹ En este ámbito, ver B. PECOUL, P. TRUILLER, J. PINEL, “Acceso a medicamentos esenciales en países pobres, ¿Una batalla perdida?”, *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 281, 27 de enero de 1999, pp. 361-367. Disponible en la página oficial de JAMA, www.jama.com

¹² O. AGUIRRE, “Implicaciones del uso racional. El acceso al medicamento esencial”, en *Esenciales para la vida (jornadas sobre la problemática del acceso a los medicamentos esenciales y posibles soluciones)*, op.cit., p. 234

¹³ Información extraída de O. AGUIRRE, “Implicaciones del uso racional. El acceso al medicamento esencial”, en *Esenciales para la vida (...)*, op.cit., pp. 239-240.

de información y gran variedad de productos y marcas que el mercado pone a nuestra disposición.¹⁴”

Todo ello, justifica la decisión de la OMS, porque al igual que para los Gobiernos y para la Sociedad civil en general, los medicamentos constituyen, cada vez más, una preocupación significativa por los retos económicos, sanitarios y políticos que los caracterizan. Si bien, como señala J. A. C. CABRAL DE BARROS, “*los temas relacionados, por un lado, con el uso irracional o con el consumo de superfluos y por otro, con las dificultades de acceso a los considerados esenciales¹⁵”* despiertan mayor interés para la comunidad internacional y para los Estados.

En este contexto, cuando la OMS proclamó en 1985 el URM, nació una nueva estrategia farmacéutica a nivel internacional llevando, por parte de la mayoría de los países, la adopción de una serie de medidas tantas sanitarias como farmacéuticas para poner en marcha esta iniciativa¹⁶.

Así, pese a la diversidad de opciones propuestas por la OMS, en esta materia, cabe mencionarlas para contemplar el fervor internacional para defender la idea de que el URM debe constituir una nueva prioridad para todos los países. En este sentido, dicha institución recomienda a los Estados que: Inviertan lo suficiente en recursos humanos y aporten una financiación adecuada para asegurar un uso más apropiado de los medicamentos en los sectores públicos y privados; Aseguren la coordinación nacional del uso de los medicamentos cuando sea posible, mediante la creación de un órgano nacional multidisciplinario, en el que participe la sociedad civil, encargado de supervisar el uso de los medicamentos y fomentar y coordinar la aplicación de un programa nacional para el URM, como parte de una política de medicamentos con las estructuras sanitarias y los recursos nacionales disponibles; Desarrollen y refuercen los programas de formación existentes en relación con el URM y aseguren su incorporación a los planes de estudios de todos los profesionales sanitarios; Promulguen o velen por el cumplimiento de legislaciones que prohíban la promoción inexacta, equívoca o no ética de los medicamentos, que vigilen la promoción de los medicamentos y que desarrollen y apliquen programas que proporcionen información independiente, no promocional, sobre los medicamentos; Y por último, que desarrollen y pongan en práctica programas nacionales de medicamentos para mejorar el uso de éstos, haciendo hincapié en las intervenciones multifacéticas orientadas hacia los sistemas de salud tanto públicos como privados, y en los que participen tanto los dispensadores como los consumidores, que amplíen al nivel nacional las intervenciones sostenibles que hayan tenido éxito a nivel local.¹⁷”

¹⁴ F. LOBO, “Innovación del medicamento y sus repercusiones”, en *Esenciales para la vida* (jornadas sobre la problemática del acceso a los medicamentos esenciales y posibles soluciones), op.cit., pp. 80-81.

¹⁵ J.A.C. CABRAL DE BARROS, “Medicamentos: una contribución a la reflexión hacia su uso racional”, *RISAI*, n°3, vol. 1, 2009, p.2. Artículo *on-line*, www.risai.org

¹⁶ Así como se especifica en el Preámbulo de la derogada Ley española 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento (*BOE* n° 306, de 22 de diciembre de 1990), refiriéndose a las labores de la OMS, “(...) *Esta organización desarrolla en este campo, desde hace varios decenios, funciones normativas, asesoras y de intercambio de información que por su magnitud y calidad constituyen punto de referencia insoslayable*”.

¹⁷ En este sentido, véase E. SATUE, “Introducción al debate sobre uso racional del medicamento”, en *Esenciales para la vida* (jornadas sobre la problemática del acceso a los medicamentos esenciales y posibles soluciones), op.cit., pp. 178-182.

Téngase, no obstante, presente que este conjunto de actividades resulta esencial para lograr un URM. Evidentemente, pese a que el desarrollo de estas distintas intervenciones esté considerado como alcanzable para la mayoría de los Estados miembros, la OMS reconoce posibles divergencias políticas entre ellos pudiendo constituir una traba a la realización de dicha estrategia farmacéutica¹⁸. Obviamente, y como ya se sabe, lo que es relativo a los medicamentos, es relativo, de forma mayoritaria, a las competencias estatales¹⁹. En este sentido, se debe tomar en cuenta que cada Estado desarrolla, según los recursos disponibles, lo que se considera necesario para lograr un URM, dentro de su territorio. Si bien, a nivel internacional, las diferencias políticas farmacéuticas y/o sanitarias, y de los distintos sistemas de salud existentes, derivan en diferencias en la manera de usar los medicamentos²⁰.

Por lo demás, es necesario insistir en que la coordinación de todos los actores y disciplinas concernidas para promover el URM a nivel nacional, puede resultar complicada sin la creación de un órgano o instancia que vele por la realización de este proceso. Por ello, la OMS persiste en la elaboración de programas farmacéuticos, tanto para evaluar los esfuerzos nacionales en este ámbito²¹, como en el apoyo a la promoción internacional del URM. En esta misma dirección, conviene ya subrayar que la consecución del URM depende de un conjunto de acciones apropiadas en toda la cadena del medicamento. M. MADURGA SANZ²² ha puesto de relieve la necesidad de que cada Estado disponga, por ejemplo, de un registro de medicamentos para que estos cumplan los requerimientos de calidad, seguridad y eficacia, perfectamente identificados y con información adecuada para su uso apropiado. Además, resalta, entre otras cosas, el papel imprescindible de los profesionales sanitarios en la realización de la estrategia de URM, sin desconocer el propio paciente quien debe respetar, a la hora de usar un medicamento, las indicaciones tanto del prescriptor como del farmacéutico. En otros términos, en el estudio realizado por M. MADURGA SANZ, se destaca la influencia de los actores de la cadena del medicamento, cuya intervención debe siempre

¹⁸ Véase OMS, “Progresos en materia de Uso Racional de los Medicamentos”, Informe A60/24 de la Secretaría, 22 de marzo de 2007, disponible en la pagina oficial de la OMS, www.who.int

¹⁹ Así lo especificó el artículo 152.5 del Tratado de la Comunidad Europea al declarar que “la acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública respeta plenamente las responsabilidades de los Estados Miembros para la organización y la prestación de servicios de la Salud y atención médica” y que “un alto nivel de protección de la salud está garantizada en la definición y aplicación de todas las políticas y actividades”. En esta misma dirección, se pronuncia el apartado 26 del Preámbulo de la Directiva 2005/36/CE donde se fortalecen las competencias propias de los Estados miembros en esta materia.

²⁰ Diferentes aspectos entran en juego como la selección de los medicamentos, la financiación (pública y/o privada, la fijación de los precios, la disponibilidad de los medicamentos, etc. Ver OMS, “Progresos en materia de Uso Racional de los Medicamentos”, Informe A60/24 de la Secretaría, 22 de marzo de 2007, *op. cit.*

²¹ No todos los Estados miembros utilizan todas las opciones disponibles por la OMS. Así, según la Institución internacional, menos del 60% de los Estados miembros, no han vigilado el URM durante los dos últimos años, solamente un 40% financian una enseñanza médica independiente y continuada para los prescriptores. Además, a nivel mundial, la OMS consta que todavía numerosos países no han puesto en marcha un programa farmacéutico nacional. Para más información, ver OMS, “Progresos en materia de Uso Racional de los Medicamentos”, Informe A60/24 de la Secretaría, 22 de marzo de 2007, *op.cit.*

²² M. MADURGA SANZ, “El uso racional (razonable) de medicamentos y las agencias reguladoras de medicamentos: AEMPS”, en *Esenciales para la vida (jornadas sobre la problemática del acceso a los medicamentos esenciales y posibles soluciones)*, Farmamundi, n°4, Valencia, 2009, p.253.

centrarse en el logro del URM, sin dejar de lado el papel central de las autoridades sanitarias²³.

Sin embargo, en la continuidad de nuestra investigación, conviene abordar las repercusiones de esta iniciativa internacional en las políticas nacionales. La OMS tiene cierto poder persuasivo²⁴ para que los países integren en sus políticas de salud “*todos los factores y actores*” para lograr un URM desde “*la configuración de la oferta hasta el consumo y su posterior vigilancia*”²⁵. En este sentido, esta Institución internacional hace hincapié en que la promoción del URM conlleva un “*nuevo planteamiento normativo, transversal y sectorial, respecto de los sistemas de salud y de los medicamentos*”²⁶.

No obstante, para no ir más allá de nuestro ámbito, procederemos a destacar las consecuencias de la influencia internacional del URM en las políticas francesas. En esta misma dirección, A. RODRIGUEZ FERNÁNDEZ²⁷ subraya el hecho de que “*cada Estado, cada país, tiene su propia historia y forma de organización, aunque existen muchos elementos comunes, que son universales y que se han desarrollado a partir de ideas difundidas, discutidas y negociadas en escenarios transnacionales*”. Además, añade que los Estados para adoptar unas políticas públicas²⁸, cada uno se basan en el criterio “*del juicio de valor colectivo acerca de lo que se considere más o menos deseable socialmente*” y de los “*recursos disponibles*”²⁹.

²³ M. MADURGA SANZ se refiere al informe de la 57 Asamblea Mundial de la Salud, elaborado en la OMS el 19 de abril de 2004, donde se reconoce a las autoridades reguladoras las siguientes funciones:

1. *Evaluar la seguridad, la eficacia y la calidad de los medicamentos y emitir las autorizaciones de comercialización.*
2. *Autorizar la fabricación, importación, exportación, distribución, promoción y publicidad de medicamentos.*
3. *Autorizar los Ensayos clínicos y su seguimiento,*
4. *Inspeccionar y vigilar a los fabricantes, importadores, mayoristas y dispensadores de medicamentos (cadena de distribución).*
5. *Regular y supervisar la calidad de los medicamentos comercializados. Para esto es imprescindible disponer de un laboratorio oficial de control.*
6. *Regular la promoción y publicidad de los medicamentos*
7. *vigilar las reacciones adversas a los medicamentos,*
8. *Proporcionar información independientemente sobre los medicamentos a los profesionales y a la población.*

Ver M. MADURGA SANZ, “El uso racional (razonable) de medicamentos y las agencias reguladoras de medicamentos: AEMPS”, *op.cit.*, p.253.

²⁴ Según F. LOBO, la OMS no tiene “poderes imperativos sino persuasivos” a saber que “sus recomendaciones gozan de gran autoridad científica y profesional, sobre todos en los países en vías de desarrollo.” Ver su artículo titulado “Innovación del medicamento y sus repercusiones”, *op.cit.*, p.82.

²⁵ OMS, *Progresos realizados en el Uso Racional de los Medicamentos*, Informe de la Secretaría A60/24, 2 de marzo de 2007.

²⁶ OMS, *Progresos realizados en el Uso Racional de los Medicamentos*, *op.cit.*

²⁷ A. RODRIGUEZ FERNÁNDEZ, “Reflexiones desde la psicología social y las organizaciones en torno a las políticas publicas: modelos de gestión”, en *Administración Pública y Estado de Bienestar*, M. HERRERA GÓMEZ, A. TRINIDA REQUENA (coords), Thomson Civitas, Madrid, 2004, p. 73.

²⁸ Según J. JIMENO MARTINEZ, “*las circunstancias particulares de cada país, de cada organización sanitaria o de cada paciente hacen que surjan modalidades distintas en el denominado uso racional, y en consecuencia, que puedan adaptarse diferentes perspectivas para definirlo y concretar las medidas para conseguirlo.*” Ver su libro titulado *Uso Racional de los Medicamentos*, Farmaindustria, Madrid, 1991, p.6.

²⁹ A. RODRIGUEZ FERNÁNDEZ, *op.cit.*, p.73.

Así pues, no emprenderemos un estudio comparativo de cada política puesta en marcha en los Estados para lograr el URM, sino que más bien resaltaremos las iniciativas francesas en esta materia.

B. El URM en su esfera nacional.

Principalmente, el logro del URM en el territorio francés ha supuesto la adopción de dos grandes medidas: La primera de ella se conoce como la “Democracia Sanitaria francesa.”, y la segunda conllevó modificar la planificación territorial de las oficinas de farmacia.

1. La creación de la Democracia Sanitaria francesa.

Los poderes públicos franceses decidieron optar por la puesta en marcha de una política basada principalmente en la información y concertación previa a las decisiones públicas³⁰. Las razones son obvias. La primera reside en instaurar un diálogo previo con el ciudadano, tanto para fomentar la información así como para asegurar más transparencia en las decisiones adoptadas por los poderes públicos. La segunda, aquélla que será objeto de un estudio profundizado, reside en la búsqueda de la participación ciudadana para, ni más ni menos, justificar y legitimar las políticas públicas puestas en marcha. Y de esta forma, decidieron actuar los poderes públicos franceses en materia de salud pública³¹. El objetivo perseguido no es baladí. Era necesario conseguir de los pacientes el compromiso de actuar, al lado de los poderes públicos, para asegurar la calidad del sistema de salud francés. Es en este contexto que apareció lo que hemos llamado la “*Democracia sanitaria*” o la voluntad de consultar los ciudadanos en las decisiones de salud así como el fortalecimiento de la participación ciudadana en este ámbito³².

Este concepto aparece por primera vez en la Ley francesa n°2002-303, de 4 de marzo de 2002 (en adelante Ley 2002), relativa a los derechos de los pacientes y a la calidad del sistema sanitario³³. El legislador le consagra el Título I “*Democracia sanitaria*” dividido en seis capítulos. En el primero, bajo el título “*Derechos de la persona*”, se reconoce y protege los derechos de las personas enfermas y, de manera general, de cualquier persona teniendo relaciones con el sistema de salud. En el capítulo 2 “*Derechos de los usuarios*”, el objetivo es reequilibrar las relaciones entre el profesional de salud y el enfermo al hacer de este último un verdadero actor de salud. En el tercero “*Participación de los usuarios al funcionamiento del sistema de salud*”, se pone en marcha las bases de la participación de los usuarios del sistema de salud francés. El cuarto titulado “*Responsabilidades de los profesionales de salud*”, define las responsabilidades de los profesionales y de las instituciones sanitarias. Y por último, se trata de fortalecer la Democracia sanitaria al definir las condiciones de elaboración y de concertación de las políticas de salud tanto a nivel nacional (*Capítulo 5: Orientación de*

³⁰ G. MAUDET, « La Démocratie sanitaire : penser et construire l’usager », *Lien social et Politiques*, n°48, 2002, pp. 95-102, artículo *on-line*, en <http://id.erudit.org/iderudit/007894ar>

³¹ D. GILLOT, « Sur la démocratie sanitaire », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, vol. 54, avril/juin 2000, pp.5-7.

³² Consultar el Documento de la Conférence Nationale de Santé, « Parachever la démocratie sanitaire et rendre effectifs les droits des usagers du système de santé », junio de 2009, en <http://www.cnle.gouv.fr>

³³ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins. *JO* n°54 du 5 mars 2002.

la política de salud) como a nivel regional (*Capítulo 6: Organización regional de la salud*³⁴). Concretamente, esta noción pone de relieve la participación simultánea de los profesionales sanitarios con los usuarios y los poderes públicos para mejorar el funcionamiento y la eficacia del sistema de salud. Ante esta realidad, la Democracia sanitaria se caracteriza por la aparición del usuario como actor en el sistema de salud francés. En este sentido, conviene citar el artículo L. 1110-1 del Código francés de la Salud Pública³⁵, a cuyo tenor:

“El Derecho fundamental a la protección de la salud debe existir por todos los medios disponibles en beneficio de cualquier persona. Los profesionales, los establecimientos de salud, los organismos de seguros de enfermedad, (...) las autoridades sanitarias contribuyen, con los usuarios³⁶, a desarrollar la prevención, a permitir el acceso, a cualquier persona, a la asistencia sanitaria, y a garantizar la continuidad de la asistencia sanitaria y a la mejor seguridad sanitaria posible³⁷”.

Pese a las ventajas destacadas en la participación del paciente como actor integrante del sistema de salud, en la reafirmación de los principios esenciales en la Ley de 2002 marcando una voluntad legislativa de mejorar la calidad del sistema de salud, una parte de la doctrina francesa compara la Democracia Sanitaria a un *“eslogan político que como una verdadera noción jurídica*³⁸”.

En esta misma dirección, G. ROUSSET hace hincapié en que, en el sentido jurídico, la noción de Democracia, que sea sanitaria o no, induce automáticamente tres elementos: *“el poder; la ciudadanía y la dimensión electiva”*. Sin embargo, ninguno de estos tres conceptos deben estar incluidos en el ámbito de salud por tres motivos: En el marco de la participación del usuario en el sistema de salud, no es el poder que se busca sino la colaboración. La nacionalidad no debe ser uno criterio de atribución de los derechos a los pacientes, y por último la dimensión electiva no es en ningún momento, buscado en el sistema de salud³⁹. Asimismo, las críticas de G. ROUSSET nos permitirán averiguar las consecuencias de la nueva posición del paciente en el sistema de salud francés, críticas que, en mi opinión, pueden ser aplicables al sistema español.

En esta misma dirección, la política de protección de los consumidores, en estrecha relación con la de protección de la salud, permitió fortalecer el desarrollo de ciertos derechos a favor del paciente; como la exigencia de recibir una información clara y adecuada, por parte de los profesionales sanitarios, sobre su estado de salud, así como incitar a dichos profesionales a fortalecer las acciones de educación y prevención sanitaria hacia el paciente. No obstante, esta visión de *“consumerismo*⁴⁰” se centra

³⁴ Ver H. NABARETTE, “La nouvelle démocratie sanitaire”, artículo on-line, en <http://www.medcost.fr>

³⁵ La traducción es mía.

³⁶ El subrayado es nuestro.

³⁷ En su versión francesa, se puede leer: *“Le Droit fondamental à la protection de la santé doit être mise en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d’assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garnir l’accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ».*

³⁸ G. ROUSSET, “Le patient et le système de santé au prisme du consumérisme”, artículo on-line, en <http://s2.e-monsite.com/2010/01/11/11/1-Rousset.pdf>, p. 3.

³⁹ G. ROUSSET, *op. cit.*, p. 3.

⁴⁰ Como recoge A. RAMIREZ PEREZ, C. J. NAVARRO, M. TRUJILLO, el consumerismo puede considerarse como la *“dimensión pública de la relación que mantiene la ciudadanía con la defensa de sus derechos como consumidores”*. Ver el artículo “Consumerismo y movimiento de los consumidores, valores, actitudes y comportamiento consumeristas de la población andaluza”, REIS, n°99,

únicamente en los derechos de los consumidores, es decir descarta la cuestión relativa a las obligaciones y/o responsabilidades⁴¹. Obviamente, del punto de vista tradicional, se considera el paciente como “*inerm e indefenso, (...) por la carencia de conocimientos suficientes*”⁴²; punto de vista matizado por el derecho sanitario⁴³ francés⁴⁴. En efecto, como indican los autores A. LAUDE, B MATHIEU y D. TABUTEAU, se teme la sustitución de la relación de confianza entre el profesional sanitario y el paciente, por la instauración de una mera relación comercial entre ambos, desnaturalizando el estatuto del acto médico⁴⁵. En esta misma línea, el legislador francés ha querido poner de manifiesto la correlación entre reconocimiento de derechos y responsabilidades, con el artículo L. 1111-1 del CSP señalando que: “*Los derechos reconocidos a los usuarios se acompañan de responsabilidades de carácter a garantizar la perennidad del sistema de salud y de los principios en los cuales se sienta*”⁴⁶. A nuestro parecer, esta disposición normativa ilustra perfectamente la posición adoptada por el legislador francés quien hace hincapié en un nuevo régimen de responsabilidades del paciente. En este sentido, el paciente francés no está considerado como un simple beneficiario de derechos sino en un actor del sistema de salud⁴⁷, “*conciente de la importancia de una gestión responsable del sistema en el que participa*”⁴⁸. En otros términos, de manera teórica, el principio de autonomía exigido por el ciudadano francés ha conllevado el reconocimiento de responsabilidades para garantizar la efectividad del sistema de salud.

1. Una nueva planificación territorial de las oficinas de farmacia.

julio-septiembre de 2002, p. 147. De forma general, el consumerismo puede definirse como el movimiento social que busca defender los derechos de los consumidores. En este ámbito, pueden consultar E. MOYANO ESTRADA, C. J. NAVARRO YAÑEZ, “El consumerismo como repuesta activa de los consumidores”, *Revista Distribución y Consumo*, marzo-abril de 2004, pp. 78-80, artículo *on-line*, en <http://www.mercasa.es>. También, G. CAZENAVE, “Notas sobre el consumerismo”, *Boletín de estudios económicos*, n° 118, vol. 38, 1983, pp. 165-177.

⁴¹ G. ROUSSET, *op. cit.*, p. 12.

⁴² F. VILLALBA PEREZ, *La profesión farmacéutica, op.cit.*, p. 338.

⁴³ En este sentido, pueden consultar la obra de A. LAUDE y D. TABUTEAU, *Sécurité des patients, sécurité des consommateurs: convergentes et divergences*, Puf, Paris, 2009.

⁴⁴ Según los propios términos de la doctrina, mientras que el “*consumerismo*” reside en proteger los consumidores de la falta de conocimientos científicos y sanitarios frente al saber-hacer de los profesionales sanitarios, “*justificando una sobre-protección de los primeros*” considerándolos como meros “*beneficiarios de derechos*”; el derecho francés a la salud adopta, del punto de vista teórico, una “*visión matizada*”, donde aparece el paciente como aquel que “*debe ser protegido del hecho de la debilidad mencionada*”, pero a su vez, el que “*tiene un papel fundamental en el funcionamiento general del sistema*”, impidiendo el beneficio de este sistema como “*simple espectador*”. G. ROUSSET, *op. cit.*, p. 13.

⁴⁵ A. LAUDE, B MATHIEU y D. TABUTEAU, *Droit de la Santé*, Puf, Paris, 2007, p. 381.

⁴⁶ En su traducción francesa, se lee que « *Les droits reconnus aux usagers s’accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose* ».

⁴⁷ G. ROUSSET, *op. cit.*, p. 13.

⁴⁸ P. BATAILLE, “Le sujet malade: un acteur politique de droit”, *Actualités Jurisanté*, n°49, 2003, p. 33.

En Francia⁴⁹ y en España predomina el llamado “modelo mediterráneo⁵⁰” de oficinas de farmacia⁵¹ que impone determinadas condiciones para el establecimiento de las mismas⁵² con el objetivo de asegurar una mayor accesibilidad de los ciudadanos⁵³ a los medicamentos. Lo que caracteriza de forma general el modelo mediterráneo de oficinas de farmacia, elegido tanto por Francia como por España, es la fuerte intervención administrativa como garantía de un servicio oficial adecuado, de calidad y proporcional a las necesidades de los ciudadanos en materia de salud pública.

La implantación de las oficinas de farmacia en el territorio francés obedece a una normativa particular. En efecto, para lograr un URM, el legislador francés tuvo que cambiar radicalmente la distribución geográfica de las oficinas de farmacia, al pasar de un sistema libre a un sistema planificado⁵⁴. En Francia, la creación y/o el traslado de una oficina de farmacia se someten a una normativa cuyo primer objetivo es de garantizar una repartición geográfica armoniosa con el fin de satisfacer las necesidades

⁴⁹ Para profundizar el conocimiento de la oficina de farmacia en Francia, recomiendo el libro de A. LECA, *Droit Pharmaceutique, op. cit.* pp. 227-243. Por lo que se refiere a la Farmacia española, aconsejo el libro de F. VILLALBA PEREZ, *La profesión Farmacéutica*, Marcial Pons, Madrid, 1996.

⁵⁰ Atendiendo al estudio del Instituto de Estudios Farmacéuticos sobre la farmacia en Europa, referido en el *Aula de Opinión Sanitaria*, podemos distinguir cuatro modelos diferenciados de farmacia: *El modelo mediterráneo*, que regula por los criterios de apertura de farmacia con el fin de permitir una cobertura homogénea de la población. *El modelo anglosajón*, (en Reino Unido y Holanda) que defiendo la naturaleza privada de la farmacia ofrece una mayor flexibilidad. *El modelo continental*, (Alemania) al frente, que establece requisitos del establecimiento y rendimientos económicos para el acceso. *El modelo nórdico*, donde es el propio Estado o las asociaciones farmacéuticas quienes determinan la localización de las oficinas de farmacia, aunque no se les imponen restricciones legales. Ver *Aula de Opinión Sanitaria*, “*Retribución farmacéutica; Experiencia española, efectos de los cambios retributivos-Anexo RD 2404/2004*”; pp.18-19. <http://www.fundacionfundamed.org/auladeopinion/librosaula/aula3.pdf> . Ver también el artículo de Juan Nieto, “Es posible un modelo farmacéutico único”, *ElGlobal*, 10 de febrero de 2008, artículo on-line, en <http://www.elglobal.net/articulo.asp?idcat=504&idart=324264> .

⁵¹ Ver las disposiciones del Decreto español de 24 de enero de 1941 donde se limita por primera vez el establecimiento de las oficinas de farmacia en función del número de habitantes, la base 16 de la Ley de Sanidad Nacional, de 25 de noviembre de 1944 regulando y limitando el establecimiento de oficinas de farmacia según criterios demográficos y geográficos, el Decreto de 31 de mayo de 1957, el Real Decreto 909/1978, de 14 de abril por el que se regula el establecimiento, la transmisión o integración de las oficinas de farmacia, las Disposiciones del artículo 149.1.16 de la Constitución Española que atribuye competencias exclusivas al Estado en materia de Sanidad exterior, Bases y coordinación general de Sanidad, Legislación sobre Productos Farmacéuticos; el artículo 148.1.21 de la Constitución Española que dispone que las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en materia de sanidad y higiene; la Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las oficinas de farmacia, el artículo 84 de la Ley 29/2006, de Garantías y Uso Racional del Medicamento y de los Productos Sanitarios en su apartado 6 donde dispone que las oficinas de farmacia tienen la consideración de Establecimiento Sanitario privado de interés público.

⁵² S. M-RETORTILLO BAQUER, “Acción administrativa sanitaria: La autorización para la apertura de farmacias”, *RAP*, n°24, 1954, pp. 117-162. Disponible en la página web http://www.cepc.es/rap/Publicaciones/Revistas/1/1957_024_117.pdf

⁵³ Según el Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, “*las Administraciones Sanitarias velen por una adecuada planificación de los servicios sanitarios que prestan y, naturalmente, el correspondiente a la prestación farmacéutica a través de las farmacias, para garantizar la accesibilidad del medicamento en condiciones de igualdad, en beneficio de la salud de la población española*”. Informe del Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, “*Observaciones de carácter jurídico/Profesional al Ministerio de Sanidad para la Contestación a la Comisión Europea en el procedimiento-Dictamen motivado-sobre restricciones de la legislación española reguladora de las oficinas de farmacia*”. Madrid, 31 de julio de 2006, p. 1.

⁵⁴ J. PEIGNE, « Les nouvelles règles de répartition des officines de pharmacie », *AJDA*, février 2001, pp.120-128.

de salud de todos los ciudadanos. Así, es la Ley francesa de 11 de septiembre de 1941⁵⁵, relativa al ejercicio de la farmacia que ofrece, por primera vez, un sistema de repartición basado en criterios geo-demográficos. Cabe recordar que antes de las disposiciones de la Ley de 1941, la repartición de las oficinas de farmacia consagraba el principio de la libertad de establecimiento. En este contexto, la decisión del legislador francés de 1941 era, basándose en el principio de proporcionalidad entre el número de oficinas y el número de habitantes del municipio donde se iba establecer la farmacia, permitir cierta reglamentación relativa a la planificación territorial. Concretamente, era la búsqueda de un reequilibrio de la red oficial para asegurar un adecuado funcionamiento del servicio farmacéutico⁵⁶. En este contexto, toda apertura de una oficina de farmacia estaba, y lo está todavía, sometida a una autorización administrativa previa, bajo forma de una licencia expedida por el Prefecto de cada departamento francés, dando la oportunidad a la Administración francesa de controlar la repartición de las oficinas de farmacia en el territorio. Conviene decir que la repartición territorial de las oficinas de farmacia, en las normas legislativas ante de 1999, revelaba cierta voluntad del legislador francés de evitar una excesiva distancia entre dos oficinas en las regiones con poca densidad de población. No obstante, cabe indicar la Ley francesa n°99-641 de 27 de julio de 1999 con su Decreto de aplicación de 21 de marzo de 2000⁵⁷ que permitió una simplificación de las modalidades de creación para conseguir una mayor seguridad jurídica en el sistema de repartición de las oficinas de farmacia. Esta legislación está transcrita en los artículos L.5125-1 a L.5125-16 del actual Código francés de Salud Pública.

En primer lugar, cabe destacar el verdadero objetivo de la Ley francesa n° 99-641, de 27 de julio de 1999⁵⁸, antes de exponer su repercusión en las normas relativas a la planificación territorial de las oficinas de farmacia. En este contexto, la iniciativa adoptada por el legislador francés es la proclamación del “*derecho al igual acceso a la asistencia sanitaria*”⁵⁹, es decir permitir a cualquier ciudadano residente en el territorio francés acceder, independientemente de sus posibilidades financieras, a todas las estructuras sanitarias para su bienestar. En otros términos, la idea principal perseguida es la reducción de las desigualdades sociales existentes en Francia⁶⁰.

Por ello, la reducción de las desigualdades pasa por una nueva ordenación territorial de las oficinas de farmacias en Francia. Así, es el artículo 65 de dicha ley, al crear un *Seguro de enfermedad universal*⁶¹, que modificó y precisó las disposiciones del

⁵⁵ Loi du 11 septembre de 1941 relative à l'exercice de la pharmacie, *JO* du 20 septembre 1941.

⁵⁶ P. NOCQUET, “Le régime juridique des ouvertures d'officines de pharmacies-une logique de santé publique”, *Bulletin de l'Ordre*, n°373, diciembre de 2001, pp. 545-546.

⁵⁷ Décret n°2000-259 du 21 mars 2000 relatif aux modalités de création, de transfert et de regroupement et aux conditions minimales d'installation des officines de pharmacie.

⁵⁸ Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant creation d'une Couverture Maladie Universelle, *J.O.*, 28 juillet 1999.

⁵⁹ En su traducción francesa: Le droit à l'égal accès aux soins.

⁶⁰ Cabe mencionar las disposiciones de la Ley francesa de 9 de agosto de 2004 (Loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, Ministère des solidarités de la Santé et de la Famille, www.sante-gouv.fr) que, al reafirmar el derecho al igual acceso a la asistencia sanitaria, introduce en el Código francés de la Salud Pública el siguiente artículo, a cuyo tenor: “*La réduction des inégalités de santé par la promotion de la santé, le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire.*”

⁶¹ El artículo 1 de dicha ley dispone que “*qu'il est créé, pour les résidents de la France métropolitaine et les départements d'outre-mer, une couverture maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avances de frais.*”

antiguo artículo L. 570 CSP en lo relativo a la repartición territorial de las oficinas de farmacia. En este sentido, las modificaciones⁶² se encuentran en los artículos L. 5125-3 a L. 5125-15 del CSP (en su edición de 2000)⁶³. Al hilo de lo anterior, estamos en condiciones de afirmar ya que los poderes públicos tanto españoles como franceses, y pese a algunas divergencias, tienen el mismo objetivo; el de asegurar una dispensación de medicamentos en perfecta coherencia con las medidas estratégicas de URM.

A modo de conclusión, resulta apropiado insistir en el hecho de que Francia mantiene sus esfuerzos en la consecución de la estrategia del URM defendida por la OMS desde ya muchos años.

II. Francia y sus principales actores de cooperación internacional al Desarrollo.

A. Las Organizaciones No Gubernamentales francesas (en adelante ONG).

1. El concepto de ONG.

Principalmente, desde el siglo XIX, Francia mantiene una relación estrecha con los países del Sur, con el objetivo de que se fomente la investigación científica para encontrar soluciones adecuadas a las necesidades sanitarias de estas poblaciones. En este sentido, cabe citar algunos ejemplos que reflejan la posición francesa en este ámbito. En efecto, el país galo desarrolló rápidamente una investigación médica tropical permitiendo, entre otras cosas, el descubrimiento del parásito del paludismo por Alphonse Laveran en 1880, del bacilo de la peste por Alexandre Yercin en 1894 o el perfeccionamiento de la vacuna contra la fiebre amarilla. No obstante, Francia ha hecho hincapié en la necesidad de compartir estas experiencias científicas con la Comunidad Internacional. Se destaca que la globalización de los riesgos y por consiguiente, de las responsabilidades (como el paludismo⁶⁴, el sida, la tuberculosis...) hicieron que la ayuda pública al desarrollo, dirigida a la sanidad se pusiera en manos de instituciones multilaterales a partir de los noventa. Ante este panorama, la ayuda al desarrollo responde a un imperativo de solidaridad que se sitúa en el centro del pacto republicano francés. En efecto, cuando aparece la mundialización y sobre todo cuando la visión bilateral del mundo se desvanece en los años ochenta en el contexto de posguerra fría, nace el fenómeno no gubernamental. En este momento, existe una oposición de las teorías neo-realistas, según las cuales los Estados son los únicos actores pertinentes de

⁶² E. FOUASSIER, « Le transfert des officines de pharmacies-Portée de l'article L.5125-3 du Code de la Santé Publique », Bulletin de l'Ordre, n°386, avril 2005, pp.109-114. También disponible en la página oficial del Colegio francés de los Farmacéuticos, <http://www.ordre.pharmacien.fr>

⁶³ Ver en este contexto, algunas de las modificaciones señaladas en la Ley francesa n°2000-73 de 17 de enero de 2002, llamada "Loi de modernisation sociale", *JO.*, 18 janvier 2002.

⁶⁴ El paludismo (también llamado malaria) es la enfermedad parasitaria tropical más importante que, pese a ser prevenible y curable, sigue causando gran cantidad de muertes prematuras, imponiendo un enorme carga económica a los hogares y países empobrecidos, y obstaculizando el desarrollo económico y la mejora de las condiciones de vida.

las relaciones internacionales, con la teoría de la transnacionalidad⁶⁵. Según esta teoría, a la lógica estatal se superpone una lógica multicentralizada, concretamente la construcción de un espacio transnacional. Las Organizaciones No Gubernamentales (en adelante ONG), al escapar del determinismo de los Estados, aparecen como los nuevos actores del escenario internacional⁶⁶. En este contexto, la internacionalización de las políticas de ayuda, sus inserciones en un marco de regulación mundial y la transformación del concepto de “desarrollo⁶⁷”, han sido favorables al nuevo papel de las ONG, como actores de las sociedades civiles⁶⁸ del Norte y del Sur. En el Norte, se ha traducido con la tendencia, de parte de los Estados y de los organismos multilaterales, a delegar, al sector privado y asociativo, las acciones de cooperación internacional y en consecuencia, permitir cierto reparto de las responsabilidades.

Ahora bien, cabe recordar que el término “ONG” apareció por primera vez en 1946 en el vocabulario internacional, en las disposiciones del artículo 71⁶⁹ de la Carta de las Naciones Unidas⁷⁰. Las ONG, llamadas organizaciones o asociaciones de solidaridad internacional, no disponen en Francia de una definición jurídica ni de un

⁶⁵ En palabras de S. AMIN., “*la transnacionalización no es nada más que expresión del sometimiento de los diferentes segmentos que constituyen el capitalismo mundial “realmente existente a la ley del valor mundializado”*. No es que este sometimiento funcionara de manera uniforme, limando las especificidades locales de las sociedades en las cuales se despliega, y sería por eso portador-en perspectiva- de una homogeneización. Al contrario de esta visión, hay que entender que estas especificidades se reproducen con el sometimiento común a la ley del valor mundializado. En el mismo sistema mundial, hay diferentes sistemas productivos, jerarquizados. Estos sistemas, por lo menos los mas evolucionados, coinciden hasta cierto punto con la superficie gobernada por el Estado. Aunque los sistemas productivos nacionales empiezan a fragmentarse y sus elementos se reorganizan de otro modo en el espacio. (...)”. Ver S. AMIN., *La faillite de développement en Afrique et dans le Tiers-Monde. Une analyse politique*, L’Harmattan, Paris, 1994, pp. 261-262. “

⁶⁶ Según K. PEREZ DE ARMIÑO., “*el papel de las ONG se ha incrementado sobre todo en los contextos de conflicto, debido a dos cambios que han modelado el régimen actual de la acción humanitaria internacional: el debilitamiento del principio de soberanía y la privatización de la ayuda.*” K. PEREZ DE ARMIÑO., *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*, Hegoa e Icaria, Segunda edición, Barcelona, p. 6.

⁶⁷ Ver la definición de “Desarrollo” en el Diccionario de K. PEREZ DE ARMIÑO., *Diccionario de Acción (...)*, *op.cit.*, pp. 175-187.

⁶⁸ Como recoge A. HAMMAD “*Al nombrar el término sociedad civil (...) se refiere a individuos con una conciencia cívica común que trabajan juntos por el bien publico. Es que por tanto, la arena social que existe entre el estado y los hogares o personas individuales. La sociedad civil puede ser una estructura formal como asociaciones, fundaciones, grupos profesionales o redes informales de grupos.*” Intervención de A. HAMMAD en “El papel de la sociedad civil en el desarrollo de la salud”, en *Salud y Desarrollo/Retos para el siglo XXI*- Fundación IMM-Barcelona, Forum Barcelona 2004, 2005, p. 231.

⁶⁹ Según las disposiciones del artículo 71 “*el Consejo Económico y social podrá hacer arreglos adecuados para celebrar consultas con ONG que se ocupen en asuntos de la competencia del Consejo*”.

⁷⁰ La verdad es que las definiciones varían según la Institución Internacional. El Departamento de Información de las Naciones Unidas, según la Resolución de 1946 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, define las ONG como “un grupo de ciudadanos voluntarios, sin fines lucrativos, organizado a escala local, nacional o internacional. Las ONG cumplen distintos servicios y funciones: humanitarios, de información a los gobiernos sobre las preocupaciones de sus ciudadanos, la vigilancia de las políticas de los gobiernos y la promoción de la participación cívica al nivel comunitario. Realizan análisis y peritajes, sirven de mecanismo de alerta. En cuanto al Consejo Europeo, y según las disposiciones del Convenio Europeo sobre el reconocimiento de la personalidad jurídica de las ONG, usa el término de Organizaciones Internacionales No Gubernamentales. La Comisión Europea emplea, de vez en cuando, el concepto de Organización de Base (ODB). Por ultimo, se destaca la expresión anglosajona de La Organización para la Cooperación y el Desarrollo en Europa (OCDE), *Private Voluntary Organisation* (PVD).

reconocimiento específico del Estado⁷¹. “*Le Petit Larousse*”⁷² define la ONG como “*un organismo cuya financiación esté asegurada por donaciones privadas, con el objetivo de desarrollar la ayuda humanitaria, bajo una o varias formas distintas (asistencia humanitaria o técnica en los países no industrializados, ayudas a los desfavorecidos en los países desarrollados, socorro en caso de catástrofe natural o guerra, etc.)*.”

En consecuencia, las ONG se caracterizan en primer lugar, por el origen privado de su constitución. A la diferencia de las organizaciones internacionales de los Estados, de los establecimientos públicos y/o de las colectividades locales, una organización no gubernamental se crea por personas (físicas o morales) de derecho privado, bajo el fundamento de un acto privado y no de un tratado entre Estados. Así las asociaciones creadas por una decisión pública o parapública no entran en esta categoría.

En segundo lugar, se caracterizan por la naturaleza benévola de sus actividades. La gestión desinteresada de la ONG -sin fines lucrativos- hace que sus dirigentes, en principio, no estén remunerados.

Y por último, por el carácter internacional de sus fines. Las instituciones de las Naciones Unidas exigen que los estatutos prevean el ejercicio habitual de las actividades fuera de las fronteras del Estado de la sede.

A modo de conclusión, y a nuestro parecer, podría afirmarse que las ONGs revelan ciertas particularidades contradictorias: de un lado, proclaman ser no gubernamentales, mientras que algunas estén sujetas, de una manera u otra, a los gobiernos; de otro lado, defienden su posición neutral e independiente, pero al gozar de un puesto importante en el escenario internacional, reivindican un papel político al participar en el proceso internacional de toma de decisiones.

Además, en palabras de los autores LE MANGADOUX y ROCA, estas organizaciones se diferencian también del resto de las entidades que componen el sector social (como por ejemplo las cooperativas, las sociedades de ayuda mutua, etc.). Por un lado, porque proceden de la sociedad civil del país receptor, centrando su atención en los sectores más desfavorecidos de los países más necesitados. Además, no sólo disponen de la mayor capacidad para entrar en contacto directo con estas poblaciones y para adaptarse a sus necesidades reales, sino que consideran a los receptores de dicha cooperación como los actores de su propio desarrollo, al saber que sin cuya colaboración sería imposible conseguir el logro de cualquier acción⁷³. Asimismo, estas asociaciones pueden intervenir a corto plazo en un contexto de urgencia, o a largo plazo en un contexto de proyecto de desarrollo. En este sentido, las ONG se convierten en importantes organismos de ayuda, y por diversas razones, como la rapidez de intervención, la capacidad de innovación, la ayuda a supervisar acuerdos internacionales, o la participación en la dinámica de la cooperación descentralizada⁷⁴.

⁷¹ En Francia, la interacción entre los Poderes Públicos y las Organizaciones No gubernamentales se ha producido más tarde del mero hecho de que el Estado francés haya mantenido la tradición de encargarse directamente, y eso durante mucho tiempo, de las operaciones de ayuda al desarrollo.

⁷² Diccionario francés de referencia.

⁷³ A. LE MANGADOUX., D. ROCA., *Las ONG y la Cooperación para el Desarrollo*, Cruz Roja Española, Madrid, 1989.

⁷⁴ Como pone de manifiesto K. PEREZ DE ARMIÑO., “*la cooperación descentralizada, en su sentido amplio, que propugna la UE, se propone fomentar el papel participativo y activo de los agentes locales de los países del sur y establecer nuevas relaciones de la asociación desde las ONG del norte. Es importante destacar la cooperación de centralizada: a) por un lado, la existencia de un nuevo espacio para los agentes locales de las sociedades en desarrollo, a los que se reconoce un mayor protagonismo y responsabilidad en las tareas del desarrollo; b) por el otro, un replanteamiento del papel de los agentes de cooperación en las sociedades de los países donantes, que deben modificar su comportamiento para responder mejor al reto de reforzar e impulsar el protagonismo de los primeros.*” K. PEREZ DE

Algunas son organizadas alrededor de cuestiones específicas tales como los Derechos del Hombre, el medioambiente o la salud (...).

2. Intervención de las ONG Francesas

La cooperación al desarrollo, incluso cuando las ONG participan a su elaboración, constituye, también para el Estado francés, una dimensión de su política internacional y de su influencia, mientras que el marco asociativo traduzca una solidaridad internacional que se exprese internacional y localmente, en nombre de una vocación altruista, aunque también pueda tener otros fundamentos⁷⁵. En este sentido, el papel de las ONG francesas se fortalece y se diversifica. En efecto, pueden contribuir a una regulación positiva de la mundialización, en primer lugar, con las acciones de las asociaciones y en segundo lugar, con la realización de programas y proyectos de fortalecimiento de las capacidades locales, con el objetivo de elaborar estrategias nacionales de desarrollo. Que sea por un proyecto de desarrollo, o para ayudar en una situación de urgencia, las ONG francesas responden siempre de manera estratégica. Las estrategias están definidas por procedimientos de concertación interna, aplicadas a los equipos de terrenos y los equipos de la sede, y validadas al final por el Consejo de Administración de la asociación. Para ello, los equipos sobre el terreno tienen en cuenta el contexto de la intervención, las demandas expresadas por los actores locales, las necesidades identificadas por los profesionales y los recursos disponibles localmente. Pues bien, como lo acabamos de ver, las ONG francesas pueden intervenir en un plazo corto, en un contexto de urgencia, o en un plazo largo en el marco de proyectos de desarrollo. En este caso, tienen diversos ámbitos de actividades en función de la naturaleza de sus proyectos:

- *Intervenciones de urgencia*: el ámbito de urgencia es bastante fácil de delimitar. Se trata de intervenciones directas con el objetivo de ayudar a las poblaciones en situaciones de extrema precariedad a causa de las crisis provocadas por el Hombre (como las guerras, genocidios, hambruna) o de las catástrofes de origen natural (inundaciones, sequías...). Estas acciones se califican a menudo, como humanitarias.

- *Acciones de desarrollo*: la definición del concepto de acción de desarrollo es más complejo. En efecto, si las asociaciones tienen como objetivo común el de actuar a favor de un desarrollo constante, el campo de actividades puede revelarse muy variado.

En primer lugar, se destaca los proyectos de desarrollo conforme a las competencias profesionales mayoritarias de la ONG⁷⁶. En este sentido, estas organizaciones pueden intervenir bajo distintas modalidades. Se hace hincapié, por ejemplo, en las intervenciones directas con la participación de voluntarios o la creación

ARMIÑO., *Diccionario de Acción (...), op.cit.*, p. 121. En cuanto a lo que se refiere a la cooperación descentralizada en España, recomiendo el libro de J.A TOMAS CARPI., L. F. COLOMEN, L. IRUSTA AGUIRRE (Dirs., coords.), *La cooperación descentralizada al Desarrollo desde los gobiernos regionales y locales*, Agencia Española de Cooperación Internacional, Valencia, 1997.

⁷⁵ Las ONG tienen una visión del desarrollo y de la solidaridad internacional que va más allá de las orientaciones políticas definidas por el Estado. La permanencia de sus compromisos puede superar algunas de las lagunas políticas, lo que puede ser esencial a la hora de mantener en el tiempo y en la continuidad, estrategias y programas de desarrollo.

⁷⁶ Partes de las ONG nacen de las propias iniciativas de personas físicas con el objetivo de fortalecer la solidaridad, a menudo al nivel local. Otras se han constituido sobre una base profesional, reuniendo todos los que desean expresar una solidaridad "sin fronteras" de sus competencias, como por ejemplo, los médicos, los veterinarios, los farmacéuticos, los periodistas, etc. En este sentido, podemos concluir a la diversidad de las competencias puestas al servicio de la cooperación.

de proyectos profesionales para los asalariados locales; el apoyo a las iniciativas locales, mediante la transferencia de las competencias necesarias (formación de personal local; enseñanza de técnica agrícola, administrativas, de desarrollo rural, etc.). Cabe señalar aquí la importancia de las acciones de inmigrantes que se agruparon en asociación de solidaridad (Organización de Solidaridad Internacional resultante de la inmigración) con el objetivo, en primer lugar, de destacar sus contribuciones al desarrollo de sus países de origen y, en segundo lugar, el de fortalecer el papel de integración en el territorio francés. En efecto, las asociaciones de inmigrantes participan activamente a la mejora de las condiciones de vida en su zona de origen.

En segundo lugar, las acciones de desarrollo pueden residir en un apoyo político y medioambiental a las sociedades. En otros términos, las ONG tienen aptitud para alertar de los peligros que amenacen a la sociedad. Así, las ONG de defensa de los derechos del Hombre (Amnesty Internacional, la Federación Internacional de los derechos del Hombre, la Comisión Internacional de los juristas...) actúan a favor del respeto a los derechos del Hombre, de la abolición de la pena de muerte o de la tortura, del establecimiento de regímenes democráticos a través la información de la opinión pública internacional en el Norte, y con las acciones de lobbying hacia los países del Sur. De la misma manera, las ONG del medioambiente, que tienen en su mayoría un ámbito internacional (Greenpeace o WWF), ejercen una actividad de supervisión del estado del medioambiente de los países del Sur, y su preservación, constituyendo unas condiciones esenciales del desarrollo sostenible.

Y por último, conviene destacar la educación al desarrollo, que es parte integrante del proceso de desarrollo. La educación al desarrollo representa una de las actividades más importantes de las ONG, que contribuyen a la promoción de la solidaridad y de la ciudadanía ante un público heterogéneo.

B. Los demás recursos franceses para la ayuda al desarrollo al nivel sanitario

Francia desarrolla una acción diplomática sólida con el fin de promover mecanismos internacionales innovadores que puedan aportar recursos adicionales para el desarrollo. Para ello, Francia sigue una estrategia ambiciosa que se puede definir de la manera siguiente. En primer lugar, el país vecino participa en un compromiso internacional con el fin de realizar los ocho Objetivos del Milenio para el Desarrollo. Este compromiso viene con una acción voluntarista a favor de la consolidación del Estado de Derecho. En segundo lugar, persigue la promoción de una cierta concepción del desarrollo vía las ideas y el saber-hacer francés, y promueve una cierta concepción del desarrollo sostenible y de los bienes públicos mundiales. Y por último, participa en la movilización internacional a favor del fortalecimiento de la eficacia de la ayuda al desarrollo.

1. El fortalecimiento de las políticas farmacéuticas nacionales.

Francia, como otros países, así como ciertas ONG, desearon abrir un debate sobre la necesidad de facilitar el acceso a los medicamentos de las poblaciones más pobres para luchar contra las grandes pandemias. En este contexto, fue creada la “*Facilidad Internacional de compra de los medicamentos*” por iniciativa del Presidente de la República Francesa de la época, Jacques Chirac así como de Luís Inacio da Silva Presidente de Brasil. La Facilidad Internacional para la compra de medicamentos,

conocida bajo el nombre de UNITAID⁷⁷, ha congregado en particular a Brasil, Chile, Noruega, Reino Unido, Francia, España y a 18 países africanos, Chipre y Corea del Sur. La mayoría de ellos han aprobado una contribución solidaria que se repercutirá sobre los pasajes de avión⁷⁸. Este sistema constituye una respuesta a las necesidades específicas de los países en desarrollo en términos de volumen de producción, de nivel de precio y de adaptación de los medicamentos. En Francia, esta contribución fue aprobada por el Parlamento el 22 de diciembre de 2005. Esta medida permite invertir de forma constante en programas de acceso a la asistencia sanitaria y obtener mejores precios para los diversos tratamientos.

2. Francia y su estrecha relación con África.

Además de lo anteriormente expuesto, Francia actúa ampliamente sobre el territorio africano⁷⁹. Francia confirma el estatus de África como zona de intervención prioritaria, para que la ayuda se concentre y sea más eficaz. Esta ayuda se dota de estrategias plurianuales en los siete sectores prioritarios para la realización de los Objetivos del Milenio para el Desarrollo: educación, agua y saneamiento, sanidad y lucha contra el SIDA, protección del medioambiente, transportes, infraestructuras, desarrollo del sector privado. El “Espacio Francófono Oeste Africano” (EFOA) constituye un mercado farmacéutico de más de noventa y seis millones de habitantes. La estimación de la OMS en 2006 nos indica que había 2.530 farmacéuticos en ejercicio en el sector público regional, o sea un farmacéutico por 37.945 de habitantes. Desde 1942, la producción farmacéutica en el EFOA está asegurada por las grandes firmas como los laboratorios y sociedad Canon Valdafrique, Aventis (1973), Parke Davis (1983) y Roche. Con el tiempo, se constata el desarrollo de unidades locales de productos farmacéuticos permitiendo el acceso a medicamentos de calidad y una seguridad de empleo. No obstante, durante los quince últimos años, el mercado de los medicamentos se ha extendido, y a su vez, las desigualdades en el acceso.

La ausencia de las inversiones públicas en la salud, la privatización de los sistemas de salud y la desreglamentación son algunos de los obstáculos a un acceso de los medicamentos esenciales⁸⁰ de buena calidad. Para ello, los países africanos francófonos han adoptado una Política Farmacéutica Nacional (en adelante PFN) para mejorar el Estado de la salud de los ciudadanos. El objetivo es la elaboración de una política común en medicamento para conseguir elementos de armonización en cuanto a la fabricación, distribución y dispensación. Estos países, al adoptar una política farmacéutica nacional, se comprometen a: la creación de una legislación y de una reglamentación del procedimiento de homologación; la selección de los medicamentos esenciales; dedicar una parte del presupuesto de la salud para los medicamentos y para la elaboración de una política de financiación en el sector público; la creación de una

⁷⁷ <http://www.unitaid.eu/fr>

⁷⁸ N. BARBER, VINCENT B., “La Taxe de solidarité sur les billets d’avion”, *Marché des déplacements*, 2005-2006, artículo electrónico disponible en la página web <http://enpc.fr/fr/formations/ecole-virt/cours/lenoir/dossiers0506/taxe-de-solidarite.pdf>

⁷⁹ Ver al respecto el Informe del Alto Consejo de la Cooperación Internacional, titulado “Coopération dans le secteur de la Santé avec les Pays en développement”, de 25 de junio de 2002, pp. 23-30.

⁸⁰ En palabras de K. PEREZ DE ARMIÑO., los medicamentos esenciales son definidos como “sustancias terapéuticas que sirven para satisfacer las necesidades de atención de salud de la mayoría de la población. Se trata de medicamentos genéricos con una comprobada eficacia, un aceptable rango de seguridad y un coste económico asequible”. K. PEREZ DE ARMIÑO., *Diccionario de Acción (...)*, *op.cit.*, pp. 341-343.

política de precios de los medicamentos; la valorización de la información y la formación continuada de los profesionales sanitarios.

Es imprescindible tomar en cuenta, para medir correctamente los efectos de una nueva política farmacéutica, todos los componentes siguientes: regulación y legislación, selección de medicamentos, suministros y logísticas, garantías de calidad, uso racional, estrategias económicas, monitoreo y evaluación, investigación y desarrollo de recursos humanos. Conjuntamente otros elementos son esenciales para evaluar la eficacia de las políticas ya iniciadas en esta región, como el acceso (si los pacientes obtienen los servicios que necesitan en el lugar y tiempo adecuado), la pertinencia (si la prestación del servicio es relevante a las necesidades), la continuidad (como se relacionan los servicios entre sí), la sostenibilidad (capacidad de los sistemas para proveer infraestructura, tales como fuerza laboral, establecimientos y equipos, además de ser innovadores y responder a las necesidades que pueden surgir), la eficiencia (es decir capacidad de lograr mejores resultados al más bajo costo) y por último, la competencia (prestadores de servicios con conocimientos y aptitudes apropiados para la atención que proveen).

La realización de estos compromisos depende de una participación pluridisciplinaria, multisectorial e intergubernamental dentro del EFOA. Por el momento, se constata un resultado modesto. Por eso, Francia insiste en la reforma de las PFN al proponer: la creación de un centro francófono oeste africano de compra de medicamentos esenciales genéricos para toda la región, un aprovechamiento adecuado de las disposiciones de los acuerdos ADPIC para garantizar una mejor disponibilidad de los medicamentos esenciales genéricos de calidad para las poblaciones rurales, un fortalecimiento de la industria farmacéutica local y una mejora en los productos de la farmacopea tradicional e una inspección farmacéutica independiente.

Consideramos que es necesario desarrollar estudios que contribuyan a poner en común el acervo y experiencia adquirida por Francia para reforzar la seguridad, la garantía de un acceso adecuado al medicamento y la capacidad de cada gobierno local, de responder a las expectativas de los ciudadanos en términos de protección de sus derechos y satisfacción de sus necesidades sanitarias. Y es que, en efecto, a pesar de que la historia, las tradiciones, el contexto socioeconómico y el marco político de cada realidad nacional sean diversos y heterogéneos en África, como en otros países, resulta posible y necesario poner de manifiesto unas bases comunes de conocimiento que contribuyan defender el derecho al medicamento.

3. Fortalecimiento de los Sistemas de Salud⁸¹

A nuestro parecer, sería utópico esperar una eficacia de las políticas sanitarias sin cambios estructurales. Sin embargo, actualmente, algunas alternativas empiezan a manifestarse dentro de los países en vías de desarrollo. En este sentido, Francia apoya cualquier política de salud que esté organizada de tal manera que movilice a todos los actores. Además, el país vecino defiende la idea que una buena organización y buenos resultados de los sistemas de salud son factores indispensables para el éxito de esta política. Para ello, Francia eligió el compromiso de fortalecer los sistemas de salud, apoyando, entre otras cosas la creación de políticas sectoriales. En primer lugar, Francia ayuda a los poderes públicos a concebir y elaborar políticas de salud. En este sentido, el dispositivo francés sostiene dos ámbitos específicos:

⁸¹ http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/article-imprim.php3?id_article=4126

- 1) La planificación sanitaria que es esencial al saber que los recursos de un país no son siempre suficientes para enfrentarse a las necesidades de su población. Por ello, la corrección de las desigualdades pasa por un dominio de la planificación sanitaria para mejorar el reparto de la oferta de salud.
- 2) La política hospitalaria con un resultado frágil en el contexto de desarrollo.

Entre otras cosas, Francia reconoce ciertas responsabilidades a los poderes públicos en materia de servicios de salud. En otros términos, el Estado francés no reconoce la responsabilidad de los poderes públicos en la gestión de los servicios públicos sino su responsabilidad en las acciones de pilotaje y de vigilancia al respeto de las reglas a seguir para el logro de un URM. Además, el país galo intenta garantizar la mejora del pilotaje de las políticas sanitarias y sociales poniendo a disposición de los países necesitados, las informaciones útiles a la comprensión de los objetivos de dichas políticas, desarrollando la cooperación a través de intercambios y trasposos técnicos y científicos, disminuyendo la vulnerabilidad del sistema sanitario y social (infraestructuras, patrimonio científico y técnico) frente a los riesgos de bioterrorismo.

El objetivo principal de la política francesa a favor del desarrollo se traduce en su intención de reducir la pobreza y de contribuir al sostenimiento de los Objetivos del Milenio para el Desarrollo. Francia inscribe su acción en el marco europeo y multilateral. Además, este país desea ser capaz de responder adecuadamente a las situaciones de crisis. Sin embargo, si solamente un trabajo de fondo puede permitir asegurar el desarrollo de los países en vías de desarrollo o menos avanzados, Francia debe ser capaz de responder a las situaciones de crisis de manera rápida, proporcionada y adaptada a las necesidades urgentes de las poblaciones que le conciernen.

III. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

AMIN. S., *La faillite de développement en Afrique et dans le Tiers-Monde. Une analyse politique*, L'Harmattan, Paris, 1994.

BAIGES. S., DUSSTER. D., MIRA. E., VILADOMAT. R., *Las ONG de desarrollo en España*, Flor del Viento Ediciones, Barcelona, 1996.

BARBER. N., VINCENT. B., « La Taxe de Solidarité sur les billets d'avion », *Marché des déplacements*, 2005-2006, artículo electrónico disponible en la pagina web <http://www.enpc.fr>

BUSCHIAZZO. P., “Uso racional y acceso al medicamento esencial”, en *Esenciales para la vida (jornadas sobre la problemática del acceso a los medicamentos esenciales y posibles soluciones)*, Contextos Farmamundi, n°4, Valencia, 2009

CABRAL DE BARROS. J.A.C., “Medicamentos: una contribución a la reflexión hacia su uso racional”, *RISAI*, n°3, vol. 1, 2009, p.2. Artículo *on-line*, www.risai.org

CHEVRIER. M., « Une grande oubliée : La société civile - Essai de définition avec Tocqueville », *L'angora*, n°6, vol. 6, julio-agosto 1999.

CONDAMINES. C., “Les ONG et les pouvoirs publics”, *Revue Tiers-Monde*, n°116, vol.29, pags. 1229-1236.

DESCHAMPS. J.P., “Les enjeux de santé publique dans les pays en voie de développement”, *médecine/sciences*, n°16, 2000, pp. 1211-1217.

- ESPIN-BALBINO. J.**, *El sector farmacéutico y los medicamentos en la Unión Europea: Una aproximación a los retos actuales*, EASP, Serie Monografías EASP nº43, Granada, 2004.
- FOUASSIER. E.**, « Le transfert des officines de pharmacies-Portée de l'article L.5125-3 du Code de la Santé Publique », *Bulletin de l'Ordre*, nº386, avril 2005, pp.109-114. También disponible en la página oficial del Colegio francés de los Farmacéuticos, <http://www.ordre.pharmacien.fr>
- GILLOT. D.**, « Sur la démocratie sanitaire », *Revue française des affaires sociales*, nº 2, vol. 54, avril/juin 2000.
- JIMENO MARTINEZ. J.**, *Uso Racional de los Medicamentos*, Farmaindustria, Madrid, 1991.
- LAUDE. A., MATHIEU. B., TABUTEAU. D.**, *Droit de la Santé*, Puf, Paris, 2007.
- LECA. A.**, *Le Droit Pharmaceutique*, PUF, Aix en Provence, 2006.
- LE MAGADOUX. A., ROCA. D.**, *Las ONG y la Cooperación para el Desarrollo*, Cruz Roja Española, Madrid, 1989.
- MAJOIE. B.**, *Les dossiers du CAD – Portugal, Belgique*, OCDE, vol.2-2, Paris, 2001.
- MADURGA SANZ. M.**, “El uso racional (razonable) de medicamentos y las agencias reguladoras de medicamentos: AEMPS”, en *Esenciales para la vida (jornadas sobre la problemática del acceso a los medicamentos esenciales y posibles soluciones)*, Farmamundi, nº4, Valencia, 2009.
- ORTEGA CARPIO. M.L.**, *Las ONGD y la Crisis del desarrollo-una análisis de la cooperación con Centroamérica*, IEPALA, Madrid, 1994.
- PEREZ DE ARMIÑO. K.**, *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*, Hegoa e Icaria, segunda edición, Barcelona, 2002.
- PERMAN GAVIN. J.M.**, “El derecho a la salud como derecho social”, *Revista de Administración Pública*, nº179, mayo/agosto de 2009, pp. 37-86.
- RICCI. J.C.**, *Droit Administratif*, Hachette Supérieur, 5 édition, Paris, 2006.
- RYFMAN. P.**, *Les ONG*, La Découverte, Paris, 2004.
- SIMEANT. J., DAUVIN. P.**, *ONG et Humanité*, L'Harmattan, Paris, 2004.
- STANGERLINI. G.**, *Les acteurs des ONG : L'engagement pour l'autre lointain*, L'Harmattan, Paris, 2005.
- TOMAS CARPI. J.A., COLOMEN L.F, IRUSTA AGUIRRE L.** (Dirs., coords.), *La cooperación descentralizada al Desarrollo desde los gobiernos regionales y locales*, Agencia Española de Cooperación Internacional, Valencia, 1997.
- URANGA. N.**, “Acceso a medicamentos esenciales-Un derecho de todos”, *Revista Pediatría de Atención Primaria*, nº22, vol. VI, abril/junio de 2004, pp.263-264.
- VIDA FERNÁNDEZ. J.**, “La prestación farmacéutica como subsistema prestacional sanitario”, en *Comentario Práctico a la legislación reguladora de la Sanidad en España*, J. L. MONEREO PEREZ, C. MOLINA NAVARRETTE, M. N. MORENO VIDA, Comares, Granada, 2007
- VILLALBA PEREZ,** *La profesión farmacéutica*, Marcial Pons, Madrid, 1996.
- WALIN. A.**, “ Les ONG en Europe: facteur d'europanisation de la société civile”, *Synthèses* nº35, mars 2002, artículo electrónico disponible en la pagina web <http://www.robert.schuman.org/Synth35.HTM>

