

Médicos del Mundo

SUMARIO N°23

- /02 ESPECIAL Inmigración y salud
- /10 EN EL TERRENO Mauritania | Cuba | Centroamérica
- /14 DOSSIER SALUD Trastorno por estrés postraumático
- /16 NUESTRAS CALLES Informe de Inclusión Social 2008
- /18 OPINIÓN La sanidad como negocio
- /20 ALERTA CASSIN Canarias
- /24 TESTIMONIO Yossufa Keita

REVISTA TRIMESTRAL N° 23 SEPTIEMBRE 2009
www.medicosdelmundo.org

MÉDICOS DEL MUNDO | MÉDICOS DO MUNDO | MUNDUKO MEDIKUAK | METGES DEL MÓN

INMIGRACIÓN Y SALUD



COMBATIMOS TODAS LAS ENFERMEDADES, INCLUIDA LA INJUSTICIA

Revista trimestral de Médicos del Mundo-España. Dirección-Redacción: Médicos del Mundo. Conde de Vilches 15. 28028 Madrid. Tel.: 91 543 60 33
Fax: 91 543 79 23 E-mail: comunicacion@medicosdelmundo.org www.medicosdelmundo.org **Presidenta:** Teresa González
Directora de Comunicación: Raquel González **Editor:** Víctor Valbuena **Redactora:** Rosario Estébanez **Diseño:** Raimundo Fernández
Imprime: Afanías Industrias Gráficas **D.L.:** M-34447-1997 Esta revista está impresa en papel reciclado libre de cloro con certificado FSC.





Atención sanitaria a inmigrantes en el CASSIN durante 2009.

INFORME SOBRE DESARROLLO HUMANO 2009: BARRERAS A LA MIGRACIÓN

La migración, tanto interna como externa, ha cobrado mayor relevancia en los debates nacionales e internacionales y es el tema del Informe sobre Desarrollo Humano 2009, que el Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo lanzará el próximo octubre.

El punto de partida es la extraordinaria desigualdad en la distribución mundial de las capacidades y el hecho de que esto constituye el factor principal que impulsa el movimiento de las personas. La migración puede ampliar sus opciones (por ejemplo, en cuanto a ingresos, acceso a servicios y participación) pero las oportunidades que están al alcance de las personas con más recursos son diferentes de las que se les presentan a las personas con habilidades y recursos limitados.

El evidente impacto positivo de las migraciones en el desarrollo humano se refleja tanto en el incremento en los ingresos domésticos como en el mayor acceso a la educación y los servicios de salud. Existe aún más evidencias que indican que las

migraciones pueden empoderar a los grupos tradicionalmente desfavorecidos y, en particular, a las mujeres.

Las políticas locales y nacionales influyen de manera fundamental en los resultados en términos de desarrollo humano, tanto para aquellas personas que eligen migrar para mejorar su situación y aquellas que se ven forzadas a reubicarse a causa de los conflictos, la degradación del medio ambiente u otras razones.

Las restricciones de los países de acogida pueden incrementar tanto los costos como los riesgos de la migración. De manera similar, también puede haber resultados negativos a nivel nacional si no se reconocen los derechos civiles fundamentales como el derecho al voto, a la educación escolar y a los servicios sanitarios de las personas que migran para trabajar y vivir en otros territorios.

El Informe sobre Desarrollo Humano 2009 mostrará de qué manera el enfoque de desarrollo humano puede ser una forma de enmendar algunas cuestiones subyacentes que socavan los beneficios potenciales de la movilidad o provocan la migración forzada

'El Observatorio Europeo de Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo'

Acceso a la salud, ¿un derecho universal?

"Incluso mientras daba a luz a mi hijo, me pedían los papeles y me reclamaban que pagara 2.800 euros", dice una mujer ugandesa que ha emigrado a Londres. Tendemos a pensar que, como Derecho Humano reconocido internacionalmente, el acceso a la salud está garantizado para todas las personas que viven en Europa. Sin embargo, tal como demuestran las palabras de la mujer ugandesa, la teoría queda a menudo lejos de la práctica.

En el día a día, la población inmigrante en situación administrativa irregular en Europa se encuentra con numerosas barreras que le impiden acceder a la atención sanitaria efectiva. Nos hemos parado a pensar cuáles son esas trabas, qué es lo que está ocurriendo para que un derecho fundamental no esté siendo plenamente garantizado.

El *II Observatorio Europeo de Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo* intenta responder a estas preguntas y presenta propuestas para garantizar el derecho a la salud de todas las personas. Además, Médicos del Mundo analiza la legislación de once países europeos:

Alemania, Bélgica, España, Francia, Grecia, Italia, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, Suecia y Suiza. Los derechos en el papel se han contrastado con una encuesta realizada a población inmigrante con la que trabaja Médicos del Mundo en esos once países. Los resultados son bastante elocuentes.

El 80% de las personas entrevistadas no se beneficia de ninguna atención sanitaria a consecuencia de leyes restrictivas, falta de información, obstáculos administrativos y/o prácticas discriminatorias. Los colectivos más vulnerables son las mujeres, los niños y las niñas. Volvamos al ejemplo de la mujer ugandesa; según los resultados obtenidos en las encuestas, tiene un 52% de posibilidades de no haber recibido un seguimiento adecuado de su embarazo. No sólo se ve obligada a pagar por dar a luz, sino que, además, a lo largo de su embarazo, puede que no haya acudido a ningún centro médico.

El estudio, para el que se entrevistó a más de 1.200 personas, revela también que las condiciones de vida de las personas sin permiso de residencia en Europa son patógenas. Los indicadores sanitarios se encuentran en niveles alarmantes debido a alojamientos precarios y

sobrepoblados, trabajos en pésimas condiciones, y altos niveles de pobreza y violencia antes, durante y después de su viaje a Europa.

ESPAÑA, LAS BARRERAS INVISIBLES

En España contamos con un sistema con vocación universalista que garantiza, en principio, la sanidad para todas las personas, independientemente de su situación administrativa. Pero de nuevo, la práctica cuestiona a la teoría. El acceso a la tarjeta sanitaria individual depende de tres requisitos: contar con un documento de identidad, empadronarse en el ayuntamiento y disponer de bajos recursos. Tres cuestiones que no siempre pueden ser cumplidas puesto que hay personas que carecen de documentos oficiales y otras que temen empadronarse porque la policía tiene acceso a los datos recogidos en el padrón. A ello se unen las trabas culturales y lingüísticas, el desconocimiento de la legislación por parte de profesionales e, incluso, los prejuicios discriminatorios. Por tanto, ¿es nuestro sistema tan universal como pretende?

Médicos del Mundo recuerda que es precisamente ahora, cuando la crisis económica lleva a recortar derechos de las personas en

situación irregular, cuando las políticas de salud no deben estar sometidas a las políticas en materia de inmigración. El *II Observatorio* presenta varias propuestas en este sentido. Por un lado, recuerda la necesidad de mantener el secreto profesional y que, en ningún caso, se establezca la obligación de denunciar a la gente que acude a las consultas. Por otra parte, solicita que las personas gravemente enfermas no sean expulsadas a países donde no puedan acceder a un tratamiento adecuado. Además los Estados deberían poner en práctica un sistema que garantice el acceso a la prevención y a la atención médica a esta población y, de manera específica, a mujeres embarazadas y a menores.

El informe de Médicos del Mundo demuestra que, lamentablemente, aún queda bastante por recorrer para que personas como la mujer ugandesa vean reconocido y garantizado su derecho a la salud tal como recoge la Constitución de la Organización Mundial de la Salud desde hace casi 60 años: "El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social".



FOTO: Olivier Jobard.

Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco*

Elena Rodríguez, miembro de la Junta Autónoma de Munduko Medikiak; **Celina Pereda**, presidenta de Munduko Medikiak en el momento del Estudio; **Alba Rodríguez** y **Nerea Lanborena**, Departamento de Enfermería I. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibersitatea UPV/EHU.

Munduko Medikiak realizó un estudio aplicando la Encuesta de Salud del País Vasco a una muestra de 689 personas inmigrantes (219 magrebíes, 152 subsaharianas, 167 latinoamericanas y 151 de Europa del Este). Las conclusiones de la investigación son las siguientes:

- La salud percibida es buena en la población inmigrante, una población joven y con tiempos de estancia en el país todavía cortos.
- Los diferentes grupos de personas inmigrantes presentan una menor utilización de los servicios públicos respecto de la población autóctona.
- Sexo, tiempo de estancia, salud percibida y pertenecer al colectivo magrebí y subsahariano se asocian con una utilización diferencial de los servicios públicos de salud.
- El perfil asociado a una mayor desventaja en salud (salud percibida, integración y condiciones sociolaborales, barrera de acceso a los

servicios sanitarios, etc.) es ser mujer y pertenecer al colectivo magrebí y subsahariano que han de ser tenidas en cuenta para desarrollar estrategias para conseguir equidad en la utilización de los servicios sanitarios y reducir las desigualdades en salud.

- Las encuestas de salud son recursos de primer orden para conocer el estado de salud de las poblaciones y evaluar su desarrollo, en la que se deben incluir nuevas variables como son grupo étnico, origen rural/ urbano, tipo de proyecto migratorio, dominio del idioma, situación administrativa (empadronamiento, TIS, permiso de residencia/ trabajo), percepción de trato discriminatorio, presencia y composición de las redes de apoyo (inmigrantes/ autóctonos), tiempo de estancia, nivel de renta, etc.

* Este artículo forma parte del estudio que se lleva realizando desde el año 2004 en la Comunidad Autónoma Vasca para analizar la situación de salud de los grupos de inmigrantes.

Fuera de todo sistema y todo derecho

Olivier Bernard, presidente de Médecins du Monde Francia.

Me gustaría compartir con vosotros y vosotras dos situaciones que se dan en Europa: la de las personas migrantes en tránsito y la de las personas ciudadanas europeas pobres que viven en otro país de la Unión Europea. Tanto en un caso como en otro, la negación del derecho a una vida digna y al acceso a la atención sanitaria nos horroriza y nos recuerda hasta qué punto nuestra batalla en pro de la salud y del acceso a la sanidad se libra también en el campo de la acción ciudadana y del activismo.

Calais es una ciudad portuaria del norte de Francia, frente a las costas del Reino Unido. Una ciudad de tránsito en la que entre 1.000 y 1.600 personas migrantes (afganas, iraquíes, iraníes, eritreos, etíopes, somalíes, sudanesas, pakistaníes, palestinas, etc.) viven y sobreviven a la espera de llegar al Reino Unido, donde desean instalarse con la esperanza de una vida mejor. Entre ellos se encuentran cerca de 300 menores y algunas mujeres. Viven al margen de la población, a menudo en los bosques colindantes con la ciudad, en una zona a la que se llama "la jungla", hacinadas en refugios improvisados y con una dificultad extrema de acceso al agua potable y a las duchas (sólo existe una accesible en el hospital!).

En medio de estas condiciones de vida degradantes, Médicos del Mundo Francia ha detectado una epidemia de sarna de gran magnitud y que afecta a más de 800 personas. Pero más allá de la degradación de su

salud física, estas personas migrantes se encuentran sumidas en un inmenso desamparo psicológico; hombres y mujeres que antes de llegar ya habían sobrevivido a condiciones terribles en sus países de origen (guerra, violencia, miseria económica) y en sus trayectos a Europa.

Parece increíble que en pleno corazón de Europa, en plena zona urbana, en uno de los países más ricos del mundo y con un sistema sanitario extremadamente eficaz, los cuerpos de estas personas migrantes evidencien las condiciones de vida alarmantes en las que se ven sumidas. Si se tienen en cuenta sus historias y las de sus países de origen, la mayoría de estas personas deberían obtener el asilo. Sin embargo, su estatus de personas migrantes hace que se les considere fuera de todo sistema y de todo derecho. En cambio, son el blanco permanente de las leyes de seguridad europeas, y ni Francia ni Europa parecen tener la voluntad de encontrar una solución decente, ni siquiera en materia de salud o de vivienda, para estas personas.

A mediados del pasado verano, Médicos del Mundo Francia, con el apoyo de Médicos del Mundo Reino Unido, lanzó una operación de gran envergadura para el tratamiento de la sarna con el fin de proteger a estas personas migrantes de las que nadie se ocupa.

Pero el rechazo y la negación de Humanidad de Europa no afectan exclusivamente a estas personas migrantes llegadas de lugares lejanos; también

las personas ciudadanas europeas pobres son sus víctimas. El año 2004 está marcado por la adopción de una directiva europea que inventa una nueva categoría, la de las personas comunitarias "sin papeles". Los Estados van incorporando progresivamente dicha directiva en sus legislaciones nacionales. A partir de la adopción de esta directiva, las ciudadanas y los ciudadanos europeos instalados en otro país de la Unión Europea que no dispongan de recursos "suficientes para satisfacer sus necesidades" y que no tengan seguro médico, pierden su derecho de residencia en el país en el que viven. La libre circulación en Europa no se aplica a aquéllos y aquéllas que no disponen de medios económicos; en consecuencia estas personas pueden verse excluidas de los servicios sanitarios y del derecho de residencia allí donde han decidido vivir.

De esta manera las ciudadanas y los ciudadanos europeos pobres y sin seguro médico se ven excluidos de la cobertura médica universal (CMU), a la que en Francia tienen derecho todas las personas que viven con menos de 621 euros al mes. A partir de ahora deben recurrir a la protección médica creada para las personas "sin papeles" extracomunitarias, la llamada Ayuda Médica del Estado (AME, en sus siglas francesas), que además de contar con un conjunto de cuidados más reducido, demasiado a menudo es desconocida o rechazada por el personal sanitario. Pero más grave aún es el caso de países que no cuentan con cobertura médica para las personas "sin papeles", las cuales se ven privadas de todo acceso a la sanidad, con la excepción de las urgencias.

El *Observatorio Europeo del Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo*, cuyo último informe se publica a finales de septiembre de 2009, pone en evidencia la injusticia de la que son víctimas todas estas personas extranjeras "sin papeles" residentes en Europa: no tener permiso de residencia es con frecuencia sinónimo de no tener derecho a la atención sanitaria. Más allá de las leyes restrictivas, la discriminación en el acceso a la atención sanitaria o los miedos provocados por las leyes de seguridad suponen indudables barreras y contribuyen a fragilizar la salud tanto de las personas migrantes en tránsito como de los inmigrantes que residen de manera permanente en un país europeo.

¿Cómo se puede aceptar una Europa unida en materia de políticas migratorias restrictivas que usurpan los derechos fundamentales, una Europa que se construye sin ambición ni objetivos sociales y sin respeto por la salud de los seres humanos?

España, en su legislación, da ejemplo en algo que debería extenderse a toda la Unión Europea. Su Constitución garantiza el acceso a la atención sanitaria de toda persona residente en su territorio nacional. Todos los días luchamos para que se haga realidad la igualdad de acceso a la atención sanitaria para todos en nuestros países y fuera de ellos, a fin de que ni la situación administrativa ni los recursos económicos puedan impedir el ejercicio del derecho fundamental de todo ser humano al acceso a la atención sanitaria que necesite.

¿Qué se oculta tras los muros del CIE?

Rosa María Esturillo, voluntaria de Médicos del Mundo Comunidad de Madrid.

El Estado español cuenta actualmente con 10 Centros de Internamiento de Extranjeros (CIE) y proyecta otro en Zaragoza. Se trata de dependencias policiales donde se retiene, hasta por 40 días, a las personas extranjeras en situación administrativa irregular, en espera de que se ejecute la orden de expulsión, que es la pena máxima por la que opta el Estado.

Hace casi dos años, un grupo de mujeres recluidas en el CIE de Aluche, Madrid (inaugurado el 28 de junio de 2005), denunciaron públicamente la vulneración de sus derechos tras las rejas del centro. Esta denuncia motivó el trabajo de Médicos del Mundo Comunidad de Madrid junto a otras entidades, como SOS Racismo Madrid y varias Oficinas de Derechos Sociales (ODS) agrupadas dentro de la Red Ferrocarril Clandestino, para la creación de la Plataforma Cerremos los CIE, cuyo objetivo es detectar y denunciar las situaciones anómalas constatadas tras los muros del CIE, contrarias al Estado de Derecho. Durante este tiempo la labor de Médicos del Mundo se ha centrado en diferentes puntos:

- Solicitar, al igual que otras entidades como SOS Racismo y Migreurop, la entrada a las dependencias del CIE de Aluche con el objeto de velar por los derechos de dichas personas y exigir la fiscalización de estos centros por parte de la sociedad civil para el cumplimiento de la normativa vigente, nacional e internacional, y garantizando el acceso a estos centros de las organizaciones sociales. Decir tiene que todo intento ha sido denegado. A día de hoy, el único organismo encargado de examinar los centros de forma puntual es la Defensoría del Pueblo, que en sus informes sobre el centro relata faltas recurrentes en la infraestructura, así como deficiencias sanitarias e inexistencia de profesionales de Trabajo Social.
- Denunciar individualmente o junto al resto de las entidades, las situaciones de violencia y abusos vividos y manifestados por las personas, bien en el propio CIE, bien durante la deportación en el aeropuerto de Barajas, prácticas que se vienen constatando como asiduas y no como hechos puntuales.
- Denunciar la existencia y la situación de los CIE, y en concreto del de Aluche, ante la opinión pública y las diferentes instituciones, véase Delegación de Gobierno, Ministerio del Interior, Ministerio de Sanidad, Embajadas, Consulados, entre otras. A través de la recogida de testimonios durante casi dos años y la elaboración de un dossier con las entidades miembro de la Plataforma Cerremos los CIE, donde se ilustra la situación de las personas recluidas en cuanto a las condiciones deficitarias de la infraestructura, de la asistencia jurídica, el derecho a la salud (capítulo desarrollado por Médicos del Mundo Madrid), la asistencia social y los tratos vejatorios y xenófobos recibidos.

– Un seguimiento especial del tema sanitario en el centro, mediando, a la vez que denunciando las situaciones de vulnerabilidad sanitaria concreta, en casos de personas recluidas con enfermedades graves o infecto-contagiosas.

El desarrollo de este trabajo se ha visto afectado por una serie de limitaciones. Por una parte, el hermetismo del propio CIE ha impedido el acceso para velar por el derecho a la salud de las personas retenidas. El trabajo se ha desarrollado a partir de las solicitudes de las familias con las que compartimos largas esperas para hacer las visitas. Así, visitamos puntualmente a personas recluidas para averiguar su estado de salud e intentar mediar con la dirección del centro en caso necesidad.

CENTROS DE INTERNAMIENTO DE PERSONAS EXTRANJERAS EN EUROPA Y EL MEDITERRÁNEO

■ Países de la UE fuera del espacio Schengen.

■ Países de la UE dentro del espacio Schengen (1).

■ Países candidatos a la UE (2007).

(1) Noruega e Islandia no forman parte de la UE, pero han incorporado Schengen a su legislación.

◇ Campos no oficiales

○ Lugares no oficiales de barrios periféricos de grandes ciudades

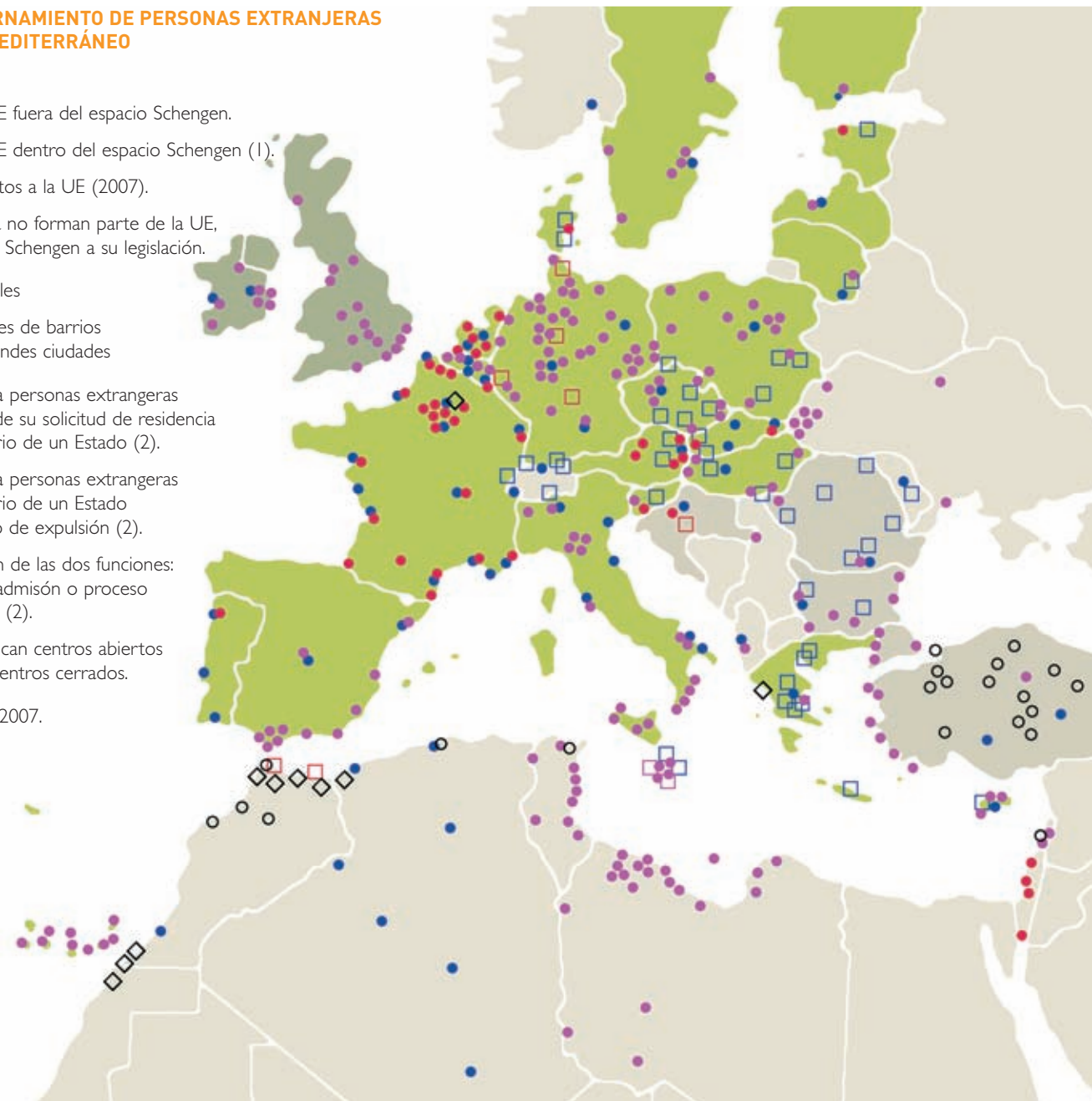
■ ● Centros para personas extranjeras en examen de su solicitud de residencia en el territorio de un Estado (2).

■ ● Centros para personas extranjeras en el territorio de un Estado y en proceso de expulsión (2).

■ ● Combinación de las dos funciones: solicitud de admisión o proceso de expulsión (2).

(2) Los cuadrados indican centros abiertos y los círculos indican centros cerrados.

Fuente: MIGREUROP 2007.



Reforma de la ley de Extranjería; un retroceso en la protección de los DDHH

El pasado día 26 de junio, el Gobierno español envió al Congreso de los Diputados el Proyecto de Ley Orgánica de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. El texto finalmente aprobado por el Consejo de Gobierno tras recibir aportaciones y comentarios desde diferentes organizaciones sociales y colectivos de profesionales de la abogacía, aunque incluye tímidas mejoras, no supone un avance en términos de protección de los Derechos Humanos. Está previsto que el debate parlamentario comience a principios de septiembre

Médicos del Mundo ha elaborado un informe del proyecto de ley en el que se analizan aquellos aspectos que despiertan motivos de preocupación vinculados de manera particular con el disfrute del derecho a la salud, de acuerdo con las normas internacionales de Derechos Humanos. Como conclusión del análisis realizado, Médicos del Mundo considera que el proyecto de ley presentado sigue poniendo en cuestión el respeto a la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la propia Constitución Española, ya que no garantiza todos los derechos de las personas inmigrantes que habitan en España, incluyendo el derecho a la salud. Cabe señalar como elemento positivo, tan sólo, que la futura ley incorpore la creación de un nuevo procedimiento referido a las mujeres víctimas de violencia de género en el que se establece la posibilidad de conferirles una autorización de trabajo provisional.

Entre los motivos de preocupación identificados, Médicos del Mundo quiere destacar tres ámbitos especialmente preocupantes, relativos a:

- Los obstáculos administrativos para acceder a la tarjeta sanitaria y, a través de ella, a los servicios sanitarios (que se suman a las barreras culturales o lingüísticas en el acceso a la salud);
- El ingreso en Centros de Internamiento (CIE); agravado por el proyecto de ampliar el periodo a 60 días;
- La ausencia de suficientes garantías de actuación en la devolución de las y los menores de edad no acompañados y en la determinación de la edad a partir de métodos poco fiables;
- La ausencia de protección efectiva y eficaz frente a la expulsión de aquellas personas gravemente enfermas que requieren asistencia sanitaria especializada de imposible acceso en su país de origen.

A lo largo de sus 15 años de trabajo con población inmigrante, Médicos del Mundo viene detectando diferentes vulneraciones del derecho a la salud, por incumplimiento de la legislación existente o como consecuencia del propio marco legal en materia de Extranjería. Las limitaciones en el acceso efectivo al derecho a la salud no serán remediadas en caso de aprobarse el proyecto de ley tal como ha sido remitido al Congreso de los Diputados.

Médicos del Mundo ha hecho llegar a los diferentes grupos parlamentarios representados en la Comisión de Trabajo e Inmigración su informe y propuestas de modificación. Además, se sumará a las movilizaciones junto con otras organizaciones sociales para reclamar una ley de Extranjería que reconozca y proteja, sin discriminación, los Derechos Humanos de las personas inmigrantes.

Saludàries, mujeres protagonistas

Lucía P. Curti, técnica de Inmigración de Metges del Món Illes Balears.

Las mujeres inmigrantes se enfrentan a obstáculos específicos en el proceso de integración. Por ello, Metges del Món Illes Balears, tras impartir formación con asociaciones de personas inmigrantes y entidades que trabajan con este colectivo, ha emprendido el proyecto Saludàries, mediante el cual se ofrece a mujeres inmigrantes una formación como Agentes de Salud para trabajar directamente con sus comunidades en la prevención, promoción y educación para la salud, y servir de puente que facilite el acceso, la comunicación y la utilización adecuada de los servicios sociosanitarios normalizados.

El proyecto, financiado por el Consell de Mallorca, el Ayuntamiento de Palma de Mallorca y el Govern Balear, crea así un espacio de confianza e integración que posibilita el empoderamiento de la mujer; mejora la percepción de sí mismas e incrementa su autonomía y confianza, con lo que se favorece que la voz de las mujeres inmigrantes, tantas veces silenciada, se escuche.

Los talleres, con una carga horaria de 100 horas distribuidas entre 80 de teoría y 20 de prácticas, se llevan a cabo en horarios que permitan la conciliación con la vida familiar y versan sobre salud sexual y reproductiva, derechos y recursos al alcance de la mujer inmigrante, maternidad responsable, nutrición y hábitos saludables, enfermedades de transmisión sexual...

Aída Ndaye (Senegal), Sidonie Tchougue (Camerún), Assetou Tounkar (Mali), Fatima Arjafallah (Marruecos) y Assanatou Diabate (Mali) participan en la segunda fase, práctica que ahora inicia y que consiste en la realización de talleres a cargo de las propias alumnas, siempre con el apoyo de Médicos del Mundo.

¿Por qué te ha interesado el curso?

Aída: Me considero una persona intelectual, me gusta mucho aprender para tener más conocimientos. Además en mi país fui agente de prevención y realizamos talleres para sensibilizar a la población sobre diferentes enfermedades, como el paludismo, sida, cólera, etc. Ya conocía Médicos del Mundo por sus actuaciones en África en la prevención del VIH/Sida y me pareció una buena oportunidad de mejorar mis conocimientos.

Sidonie: A través de este curso he entendido muchas cosas de mi matrimonio, de mi país y del mundo. Médicos del Mundo es muy conocido en África por su trabajo y me daba confianza.

Assetou: Me interesa mucho mejorar mi vida y las de las personas a las que pueda ayudar.

Fatima: Siempre me ha gustado trabajar y estar relacionada con organizaciones que tienen como prioridad el ser humano. Me pareció una buena oportunidad de empezar a conocer Médicos del Mundo en Mallorca.

Assanatou: Me parece muy importante para las mujeres aprender a cuidarse y ayudar a las demás.

¿Consideras que el curso te ha sido útil?

Aída: Claro que sí, no solamente para ampliar mis conocimientos, sino también para conocer mis deberes, derechos y recursos como inmigrante y como mujer. Ahora me siento más segura y mejor preparada para ayudar a las mujeres que están aquí.

Sidonie: Me ha servido para intentar cambiar el mundo y para transmitir lo que he aprendido a la gente que conozco.

Assetou: Sí, para muchas cosas, para ampliar mis conocimientos sobre salud, prevención de enfermedades, maltrato. Es un curso que ha cambiado muchas cosas de mi vida.

Fatima: Algunas cosas que tratamos en el curso las había olvidado y ha sido una buena oportunidad para tener bien aprendidos todos los conocimientos que necesito. Pienso que cada mujer tiene el derecho de acceder a toda la información necesaria para mejorar su vida.

Assanatou: Sí, me ha servido para aprender muchas cosas que desconocía. ¡Es muy importante que las mujeres se formen!



De izquierda a derecha, y de arriba abajo: Fatima Arjafallah, Aída Ndaye, Assanatou Diabate, Lucía Curti, Sidonie Tchougue y Assetou Tounkar.

Inmigración y derecho a la salud



Denunciamos que las nuevas políticas en esta materia pretenden establecer que hay personas de segunda categoría que no tienen los mismos derechos a pesar de ser igualmente residentes.

Los colectivos de personas inmigrantes que en la actualidad conviven con nosotros y nosotras dentro de la Unión Europea (UE) pasan por sus peores momentos en cuanto a la vulneración de sus derechos más básicos, como lo es el derecho a la salud. Estos colectivos resultaron imprescindibles para Europa hasta hace escasamente dos años, para nuestro crecimiento económico y hasta para aumentar nuestras tasas de natalidad, que empezaban a ser alarmantes. Ahora que *ya no le hacen falta* a la UE, pasan a ser considerados ciudadanos y ciudadanas de segunda categoría.

Las delegaciones europeas de Médicos del Mundo estamos preocupadas por el giro de las políticas en inmigración que están adoptando las instituciones europeas. Los obstáculos en el acceso de las personas inmigrantes a los servicios públicos de salud son cada día mayores. Parece que si no tienes "papeles", no tienes derecho a enfermar. Si cruzas una frontera sin los documentos adecuados, iras a parar a un Centro de Internamiento para Extranjeros (CIE), en los que la asistencia social y sanitaria deja mucho que desear. Las ONG sanitarias y de Derechos Humanos no tienen la posibilidad de prestar su apoyo a este colectivo en el interior de los CIE, ya que no está permitido su acceso.

Una reciente directiva europea, y el proyecto español de ley de extranjería, han aumentado el tiempo máximo de internamiento para personas inmigrantes (de dos a 18 meses) por una simple falta administrativa. Algún país pretende con nuevas leyes pasar por alto el secreto profesional médico y presionar al personal sanitario a que denuncie a inmigrantes "sin papeles" que acuden a las consultas, con alguna enfermedad. Esto provoca un sufrimiento añadido a personas que no han cometido ningún delito.

Los procedimientos de expulsión o repatriación de personas extranjeras no valoran previamente el estado de salud de la persona susceptible de ser expulsada. Así la expulsión de personas gravemente enfermas pasa desapercibida si no es denunciada por las ONG. Recibimos testimonios de personas que aseguran que en el interior de los CIE se realizan pruebas médicas sin el consentimiento de las personas internas, no se

informa de los resultados y no siempre "da tiempo", antes de la repatriación, de tratar la enfermedad detectada.

Por otro lado, las mujeres extranjeras víctimas de violencia de género o trata de personas no ven suficientemente respetado su derecho a la protección en el procedimiento de expulsión. Una vez más, son las organizaciones de la sociedad civil quienes tienen que actuar para que se respete a las víctimas de trata.

Cuando la persona repatriada es un menor de edad, la adecuada recepción en el país de origen no está garantizada, dada la precariedad de los sistemas públicos de protección social y sanitaria en estos países.

Médicos del Mundo conoce de estos problemas a través de la atención de personas en situación administrativa irregular en nuestros propios dispositivos, distribuidos en once de las Comunidades Autónomas, habiendo realizado en 2008 más de 16.000 atenciones. Es por ello que, considerándonos una voz autorizada para hablar de inmigración y derecho a la salud, denunciamos que las nuevas políticas en esta materia pretenden establecer que hay personas de segunda categoría que no tienen los mismos derechos a pesar de ser igualmente residentes.

"Si se oculta el horror, me comprometo a denunciarlo. Si renace la barbarie, me comprometo a combatirla", Carta Europea de Acción Humanitaria.

Carlos Arroyo

Vocal de la Junta Directiva de Médicos del Mundo

MAURITANIA FIN DE PROYECTO EN TEKANE

Ayoze Gil Santiago, coordinador de proyecto de Médicos del Mundo en Tekane.

Grupo de sensibilizadoras Niangamboule. Detrás la Unidad Básica de Salud construida con el apoyo de Médicos del Mundo.



Tekane es un municipio rural a dos horas en 4x4 de Rosso, ciudad del sur de Mauritania, cuyos 13.000 habitantes residen en varias comunidades en las dunas o a orillas del río Senegal. En todo el municipio sólo hay cinco puestos de salud, llevados por enfermeros, y el personal médico más cercano está en el Hospital de Rosso.

El pasado mes de junio finalizó uno de los proyectos desarrollados por Médicos del Mundo en el país, iniciado en el 2003, cuyo objetivo era incrementar la capacidad resolutoria del Sistema Local de Salud de Tekane.

Las actividades desarrolladas —sensibilización, infraestructuras, formación y supervisión del personal sanitario, donación de medicamentos, etc.— tuvieron un gran componente

comunitario, siendo la figura del Agente de Salud Comunitaria (ASC) el pilar de la mayoría de ellas. Se prestó una especial atención a la lucha contra enfermedades endémicas: paludismo, bilharziosis (enfermedad que se puede contraer al bañarse en agua dulce con presencia del parásito esquistosoma) y diarreas. A lo largo de estos seis años, la Dirección Regional de Salud de Rosso y la municipalidad de Tekane han apoyado como socios locales nuestro trabajo.

La actividad de sensibilización se inició con seminarios de formación de ASC y profesorado y entrega de material higiénico. El objetivo fue que la población conociera las enfermedades y la promoción de cambio de hábitos, como lavado de manos con jabón, uso de letrinas y evitar el baño en el río. En nuestras supervisiones pudimos comprobar el aprendizaje de la gente de las comunidades y

hasta disfrutamos con una obra de teatro donde se transmitían los mensajes de salud, entre risas y ovaciones del público.

Una de las iniciativas comunitarias para luchar contra la transmisión de la bilharziosis y enfermedades diarreicas fue la construcción de letrinas comunitarias. La comunidad contribuyó con la mano de obra y Médicos del Mundo apoyó con el material y el asesoramiento técnico. Después de muchas dificultades e imprevistos, y gracias a un gran esfuerzo logístico y motivador, se consiguió que las comunidades construyeran 100 letrinas en apenas cinco meses. Uno de los voluntarios de Niangamboule comentó: "Entendemos que las letrinas serán buenas para la salud, pero nosotros nos vamos a dejar nuestra salud cavando fosas en este terreno tan duro". Después resultó ser la comunidad más motivada y que acabó antes el trabajo.

PROPUESTA Y DEBATES BAJO LA JAIMA

Las supervisiones las hicimos en estancias de entre dos y cuatro días. A pesar la dureza del clima y del paisaje desértico, nos veíamos recompensados por la frescura del río Senegal. Cada uno tenía su tarea: Lamine (educador), supervisar y reforzar las sensibilizaciones; Moctar (chofer-logista), supervisar el trabajo de letrinas; y Khady (enfermera del Ministerio) y yo, supervisar el trabajo sanitario de los ASC. Cuando caía la noche era el momento de reencontrarse bajo la *jaima* y, entre té y té, compartir cómo había ido la jornada y escuchar las dificultades y propuestas de la gente.

El último mes impartimos un seminario de repaso con enfermeros y ASC. Fue un momento de encuentro en el que los enfermeros dieron las clases a los ASC y donde se acordaron estrategias de continuidad. También fue un momento emotivo, el *cierre de una etapa*, en la que los ASC demandaban seguir con las formaciones y supervisiones y más apoyo del Ministerio. Aunque Médicos del Mundo seguirá en Rosso, ahora será el Ministerio el que dará continuidad al trabajo realizado.

Fueron unos meses duros pero valió la pena el esfuerzo. El apoyo de los equipos en Nuakchot, Canarias y Madrid, la entrega y sacrificio del equipo local, y por supuesto el mérito de los ASC, que día a día trabajan voluntariamente para mejorar la salud de su comunidad, fueron fundamentales.

Agradecemos el apoyo del Gobierno de Canarias, Cabildos de Lanzarote y Tenerife, Ayuntamientos de Ingenio, Las Palmas, Santa Lucía de Tirajana y Teror (Gran Canaria), Adeje y Santa Cruz (Tenerife), así como a los socios y socias que hayan hecho posible este proyecto.

La gente tiene un sentimiento combinado de orgullo y gratitud. Es el hecho de que la comunidad esté siendo protagonista de su proceso de desarrollo lo que hace que podamos ser optimistas en cuanto a la continuidad de los logros conseguidos. Confiamos en que la capacidad organizativa que han demostrado les ayude a seguir haciendo frente a desafíos futuros. ¡Inshallá!



Niñas y niños después de una sensibilización en las dunas de la comunidad de Sokam.



Un educador repasa con un grupo de mujeres, niñas y niños de la comunidad de Niakwar lo aprendido en las sensibilizaciones. FOTO: Ayoze Gil.



Repaso de la técnica de tomar la tensión arterial con la Agente de Salud Comunitaria de Sokam, en una de las supervisiones sanitarias.

CUBA EL DERECHO A LA SALUD ES POSIBLE

Elena Cáceres, coordinadora de país en Cuba.

A pesar de las dificultades económicas y de los desastres naturales, Cuba ha podido de desarrollar y mantener un sistema sanitario capaz de dar cobertura a toda su población, alcanzando indicadores de desarrollo humano alto según la clasificación del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, y ha procurado la mejora de otros sistemas sanitarios a través de la colaboración médica a otros muchos países con menor nivel de desarrollo en general y pésima situación de salud en particular.

La Atención Primaria de Salud sigue siendo el pilar fundamental del sistema sanitario cubano, ya que su extensión permite llegar a toda la población con las acciones de prevención, promoción y educación para la salud, desde el enfoque de participación comunitaria e intersectorialidad. Con esta estrategia se ha conseguido erradicar o reducir considerablemente algunas enfermedades transmisibles y no transmisibles, pero los nuevos problemas requieren nuevas acciones orientadas a los cambios de comportamiento y al fomento de la co-autoresponsabilidad y el autocuidado.



2009. Charla Prevención Cáncer Ginecológico.

En este ámbito, Médicos del Mundo —con financiación del Principado de Asturias y el Gobierno de Islas Baleares— ha apoyado la ejecución de proyectos para la prevención de ITS/VIH y del cáncer ginecológico mediante campañas masivas a través de los medios de comunicación, de acciones directas en el entorno comunitario y con los grupos más vulnerables o expuestos al riesgo de padecer estas enfermedades, y del fortalecimiento de la capacitación y equipamiento del personal de salud. La efectividad y pertinencia de estos proyectos ha llevado a nuestra organización y al Ministerio de Salud Pública a promover su extensión a otras provincias.

RETOS PARA EL SISTEMA SANITARIO

Munduko Medikak Euskadi, con financiación de la Diputación Foral de Bizkaia y del Ayuntamiento de Bilbao, ejecuta dos proyectos destinados a la Atención de los

Sectores más vulnerables del municipio de Segundo Frente y la Atención Integral a Personas Mayores en Santiago de Cuba.

Gran parte de la población de Segundo Frente vive en zona de montaña, lo que complica el acceso de los sectores más vulnerables (mujeres, niñas, niños y adolescentes) a algunos servicios de salud. Médicos del Mundo apoya a la Dirección Municipal de Salud para reforzar el Programa de Atención Materno-Infantil y el de Salud Mental, tanto a nivel primario (preventivo) como secundario (curación y rehabilitación).

Las actividades de mayor impacto son las orientadas a reducir la morbi-mortalidad

humano local; y la realización de actividades sobre Salud Sexual Reproductiva y Salud Mental en las escuelas y consejos populares¹.

ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

Las personas mayores de 60 años suponen el 15% de la población de Santiago de Cuba, y constituyen un sector vulnerable dentro de la atención sociosanitaria en tanto que es un grupo poblacional que va en aumento a la vez que disminuyen los apoyos tradicionales por los cambios en las dinámicas sociales, laborales y familiares. A pesar de los esfuerzos desarrollados por el sector de salud pública, Cuba enfrenta un envejecimiento poblacional significativo con una estructura de país en vías de desarrollo. Aunque existe el recurso humano especializado y la voluntad política, la infraestructura de salud y las inversiones son deficitarias.

Disponer de servicios adecuados para estas personas es una de las prioridades establecidas por la Dirección Provincial de Salud de Santiago y que Médicos del Mundo está apoyando con la ejecución de un proyecto que pretende la creación y equipamiento de un Centro Provincial de Rehabilitación Integral que preste atención ambulatoria y se comprometa con la rehabilitación física, psíquica y social de aquellos ancianos y ancianas que más lo necesiten. Este centro

contará con personal médico especializado que, además de la tarea asistencial, se encargará del proceso de formación de los equipos multidisciplinarios de atención geriátrica en los ocho municipios de la provincia y el desarrollo de la investigación sobre Gerontología.

Uno de los grandes retos de nuestro trabajo en cooperación es conseguir la sostenibilidad de los proyectos, que sigan funcionando una vez nos hayamos ido o se termine la financiación, y Cuba es uno de los países en los que tenemos esa garantía, la garantía del derecho a la salud por el que se sigue trabajando día a día consiguiendo importantes logros, a pesar de la escasez de recursos, y que solo posible se combina la voluntad y los recursos. A veces, querer sí es poder.

¹Consejos Populares –Divisiones administrativas que componen los municipios (similar a nuestros barrios).

CENTROAMÉRICA ADMINISTRADORES NACIONALES



De izquierda a derecha, Sara M^a Vega, Juan Pablo Saravia y Jorge Núñez, administradora y administradores nacionales de los proyectos de Médicos del Mundo en Centroamérica.

Pagan facturas, llevan la contabilidad, revisan las cuentas, participan en la identificación y propuestas de proyectos, redactan informes, apoyan a los coordinadores y coordinadoras de país. Cuentan con formación en Economía y Finanzas y con poder para decidir. Son el personal nacional que se encarga de la administración de los proyectos que Médicos del Mundo desarrolla en Centroamérica.

Hablamos de Jorge Núñez, en nuestra oficina de Guatemala desde hace más de 13 años; Juan Pablo Saravia, con más de 8 años en El Salvador; y Sara M^a Vega, más de 12 años en Nicaragua. Han venido a Madrid para asistir al encuentro de coordinadores y coordinadoras de país y han tenido tiempo para y contamos sus experiencias tras largos años en la organización.

“En Guatemala —comenta Jorge— vivimos con la sensación de que se están debilitando las estructuras del Estado, la inseguridad es muy alta y los problemas de salud son muy serios. Lo que intentamos hacer es fortalecer el Ministerio de Salud porque entendemos que no somos sustitutos de las instituciones; trabajamos en la capacitación del personal de salud al mismo tiempo que fortalecemos al personal comunitario y a las diferentes estructuras de la sociedad civil que trabajan en las zonas de intervención de los proyectos”.

“En el Salvador —según Juan— el principal problema es la delincuencia, vivimos con una inseguridad tremenda debido a las pandillas. El sistema sanitario salvadoreño necesita más equipos técnicos y medicinas. También en mi país estamos apoyando al sistema de salud trabajando en temas de medio ambiente para mejorar la calidad de las estructuras sanitarias, construimos letrinas aboneras y de hoyo seco, y capacitamos al personal comunitario en temas de agua, casas saludables y nutrición”.

Para Sara, “la politización es el mayor problema en Nicaragua, los cambios no están siendo tan positivos como se esperaba y además no se está beneficiando todo el pueblo. Por eso Médicos del Mundo trabaja para fortalecer el Ministerio de Salud. Trabajamos en temas de género y Derechos Humanos, intentamos que las redes comunitarias se empoderen para que demanden al Estado los servicios que deben ofrecer a la población”.

El trabajo de Médicos del Mundo se realiza en estrecha colaboración con organizaciones de los países en los que trabajamos, son las llamadas contrapartes locales. En Guatemala, trabajamos con la Pastoral de Salud Tierra Viva y con la División de Bienestar Estudiantil de la Universidad de San Carlos; en El Salvador y en Nicaragua con los Ministerios de Salud y redes comunitarias. En un futuro próximo construiremos más alianza con organizaciones del país.

SOSTENIBILIDAD

Juan Pablo, Sara y Jorge coinciden en que la región centroamericana está pasando por una situación muy difícil debido a la pobreza, la debilidad de los Gobiernos y los cambios en las carteras de los Ministerios de Salud, lo que amenaza la sostenibilidad de los proyectos, que estos continúen una vez que Médicos del Mundo deje la zona o haya finalizado la financiación.

Para Sara, aunque en Nicaragua se han dado leves avances, la sostenibilidad es un sueño por alcanzar. En El Salvador se ha traspasado a la Unidad de Salud de Santa Ana la gestión de un laboratorio clínico para los análisis cervico uterinos, y las dos Casas de Salud construidas en 2004 en Pueblo Viejo y El Júcaro, departamento de La Unión, aún continúan funcionando. Hace un año se cedió a la alcaldía un proyecto contra la explotación sexual de menores, que continúa funcionando, y se construyó la segunda Casa Materna en el país, en La Unión, que hoy es gestionada por la sociedad civil y el Ministerio de Salud. En Guatemala, la sostenibilidad es compleja debido, sobre todo, a la lentitud en los procesos. Jorge dice que se ha evolucionado en la cohesión de los proyectos y en las capacitaciones del personal de salud comunitario e institucional, dejando capacidades instaladas en los mandos medios (personal con espacio de decisión y permanentes en la zona) que no están afectados por los cambios políticos.

Sara, Juan Pablo y Jorge se han profesionalizado en estos años. Creen que los cambios que se han dado en este tiempo son positivos y que las intervenciones de Médicos del Mundo han mejorado, sobre todo en calidad. “Hemos aprendido nuevas tecnologías y herramientas para mejorar la calidad de vida de las personas y su acceso a la salud”. Y es eso, precisamente, lo que nos recuerdan: “no podemos olvidar la calidez con las poblaciones con las que trabajamos, porque ellas son las protagonistas de nuestras actuaciones”.

A Sara, el transporte público es lo que más le ha llamado la atención de Madrid. “Además, hay mapas y las calles tienen un orden, tienen direcciones”; Juan Pablo destaca la seguridad y que a la una de la madrugada la gente pasee por la calle. Algo que también gusta Jorge, quien señala el poder beber agua del grifo.

Trastorno por estrés postraumático - TPET

SALUD MENTAL EN PALESTINA



FOTO: Giovanni Marrozzini.

Ahmad Amez, 30 años (Cisjordania). Vive separado desde hace ocho años de su mujer y sus hijos, que viven en Jordania, porque no tienen tarjeta de identidad. Ha pedido a las autoridades israelíes la reunificación, pero le ha sido denegada.

Adolfo Benito Ruiz, psiquiatra del Hospital Virgen de la Misericordia, de Toledo.

En un mundo tan globalizado y moderno como el actual no podemos olvidar que existen muchas posibilidades de que a lo largo de nuestra vida tengamos que vivir una situación traumática. Evidentemente, el vivir en Europa nos posibilita evitar a priori numerosas situaciones traumáticas, como guerras, pandemias o hambrunas, si bien la violencia tiene muchas formas de manifestación, y en un país como España también podemos exponernos a vivencias traumáticas (ataques terroristas, peleas, violencia de género...).

Es precisamente la posibilidad de sufrir una situación en la que exista un riesgo para la integridad del individuo lo que posibilita que se pueda sufrir un Trastorno por Estrés Postraumático (TPET), enfermedad psiquiátrica que se caracteriza por la aparición de una serie de síntomas psiquiátricos tras una vivencia traumática que se mantienen en el tiempo más de un mes tras vivir dicha situación —cuando los síntomas se mantienen pero duran menos de un mes tras la vivencia traumática, el cuadro clínico se denomina Trastorno por Estrés Agudo.

HOMERO, SHAKESPEARE, VIETNAM...

Las primeras descripciones sobre las respuestas al trauma las encontramos ya en la *Ilíada*, en la que Homero describe las consecuencias de la lucha armada en los soldados, describiendo en los supervivientes reacciones de duelo, de culpabilidad ante la muerte de compañeros, y problemas en la conciliación del sueño tras las batallas. En *Enrique IV*, Shakespeare define un grupo de síntomas bastante similar a lo que hoy conocemos como TPET (evitación, hiperactivación, y características recurrentes e intrusivas). Sin embargo, el TPET se incluye por primera vez dentro de las clasificaciones psiquiátricas en 1980, apoyado por las consecuencias del desastre bélico en Vietnam. A partir de aquí, ha estado incluido como patología psiquiátrica tanto por las clasificaciones europeas como por las americanas, con pequeñas modificaciones.

Los cambios mundiales han propiciado que si durante el pasado siglo los estudios en esta enfermedad se centraban en supervivientes de con-

flictos bélicos como las guerras mundiales, Vietnam, Afganistán... en este siglo se centren en su mayoría en supervivientes de atentados terroristas (11S, 11M, 7J), o desastres naturales (*tsunami* de sudeste asiático).

Sin embargo, actualmente es una patología en entredicho, al menos en cuanto a cómo figura en las actuales clasificaciones psiquiátricas, centradas más en la presencia o no de síntomas clínicos y no tanto en la repercusión de la situación traumática para el individuo, en cuanto a capacidad de superar de una manera sana la situación traumática y de readaptarse a la vida previa lo mejor y más rápidamente posible, lo que no siempre tiene que ver con la existencia de una colección de síntomas.

SÍNTOMAS Y EVOLUCIÓN

Tras la situación traumática, el individuo puede presentar síntomas que se engloban en tres campos:

- Síntomas de reexperimentación, ya sea a través de imágenes, pensamientos o ideas que no puede evitar, a través de pesadillas o de *flashbacks*, en los que se reexperimenta vívidamente lo traumático.
- Síntomas de evitación y de embotamiento afectivo, el individuo evita de manera activa estímulos asociados a la situación traumática —no coge el tren si fue donde vivió la situación traumática— y su afectividad queda restringida, no disfruta igual de las cosas con las que antes lo hacía.
- Síntomas de aumento de la actividad arousal, como insomnio, irritabilidad o dificultad para concentrarse.

Los estudios en supervivientes muestran unos porcentajes de entre el 8 y el 12% de las personas que han sufrido una situación traumática van a sufrir un TPET; de estas, un elevado porcentaje se recuperará, preferiblemente con apoyo especializado si es necesario, y un pequeño número tenderá a cronificarse, con síntomas que persistirán en el tiempo. Existe mayor riesgo de desarrollo de síntomas en los individuos que sufren previamente de patología psiquiátrica o nivel de estrés elevado o de escaso apoyo sociofamiliar.

Es habitual que los pacientes que desarrollen un TPET sufran de otras patologías psiquiátricas, como el abuso de tóxicos o de cuadros depresivos, lo que dificulta el tratamiento y la evolución. No siempre tras una situación traumática se desarrollan síntomas de TPET, también pueden aparecer síntomas depresivos o de predominio ansioso entre otros.

TRATAMIENTO

Se basa por un lado en el tratamiento farmacológico, que logra una mejoría clínica en una mayoría de pacientes, con disminución o desaparición de síntomas. Los fármacos que los estudios demuestran tener mayor eficacia son los antidepresivos (en concreto los ISRS, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), si bien también se han utilizado otros (estabilizadores del ánimo, antidepresivos tricíclicos...).

Es sin embargo necesario para la recuperación, que el sujeto pueda realizar un trabajo de procesamiento y recolocación de la experiencia traumática, de manera que le pueda permitir seguir viviendo sin que su sistema de creencias sobre el mundo o sobre las relaciones interpersonales se vea alterado, lo que le va a permitir readaptarse a su vida previa a la situación traumática. Es aquí donde la psicoterapia ha demostrado su eficacia en el tratamiento de esta patología.

Tras una vivencia traumática, la mayoría de individuos trata de apoyarse en primer lugar en su red social más cercana, familia y amigos en primer

lugar, así como en sus propios recursos individuales y su capacidad de resiliencia. En un elevado número de personas esto es suficiente para poder superar la situación traumática (los estudios hablan que un 85% de las personas que viven una situación traumática no desarrollan sintomatología psiquiátrica de ningún tipo), si bien en aquellas en las que esto no sea suficiente puede ser fundamental el apoyo de profesionales de Salud Mental (las y los psiquiatras, psicólogos, terapeutas, trabajadores sociales), que de una forma coordinada pueden ayudar a la superación del trauma. Además de la psicoterapia individual, otros tipos de terapia, como la grupal y la exposición, han demostrado su eficacia.

Lo habitual tras una situación traumática es experimentar en los primeros días síntomas emocionales como forma de adaptación al medio, y no indicativos de enfermedad (ansiedad, insomnio, irritabilidad...).

SOBRE LA RESILIENCIA

La resiliencia es la capacidad de las personas de adaptarse, afrontar y sobreponerse a situaciones de dolor emocional, tragedias o situaciones vitales adversas. Esta va a estar marcada por características del individuo (su carácter, capacidades interpersonales), pero también por su entorno social (grado de apoyo, pertenencia a un grupo cohesionado, vínculos seguros) y por aspectos determinados por la capacidad de afrontamiento del individuo ante la situación traumática. La resiliencia es la herramienta a partir de la cual el individuo trata de superar la situación traumática y salir reforzado positivamente de la misma.

TABLA 1 EXPOSICIÓN A HECHOS TRAUMÁTICOS EN POBLACIÓN ESTADOUNIDENSE Y CANADIENSE

Tipo de población	Hombres %	Mujeres %
Adultos jóvenes	43%	37%
Adultos	74%	65%
Población general EEUU	61%	51%
Población general Canadá	81%	74%
Ancianos EEUU	97%	87%

TABLA 2 MITOS Y REALIDADES TRAS UNA VIVENCIA TRAUMÁTICA

MITO	REALIDAD
Tras una vivencia traumática todo el mundo necesita ayuda especializada.	La mayoría de las personas experimenta síntomas transitorios y que se resuelven sin tratamiento.
Tras una vivencia traumática es bueno hablar sobre lo sucedido.	Es necesario que exista un ambiente adecuado y en el que el individuo se sienta seguro y cómodo para que ello suceda.
Quien no habla sobre lo que ha vivido está reprimiendo sus emociones.	No todo el mundo necesita hablar sobre lo sucedido. Cuando ello suceda tiene que ser cuando lo desee y se sienta preparado.
Lo que importa para superar un trauma es cómo es cada uno.	Es vital el apoyo sociofamiliar para la integración de lo sucedido.

Durante la ofensiva militar israelí contra la Franja de Gaza de enero de 2009, Médicos del Mundo activó un proyecto para prevenir el impacto de la acción armada en la salud mental de determinados colectivos, como profesionales sanitarios y profesionales de rescate y emergencias, con una alta exposición a experiencias traumáticas.

Pero nuestra actividad sobre salud mental en la zona se inició tres años antes, con un proyecto de fortalecimiento de las capacidades locales en el distrito de Salfit, Cisjordania, que cuenta con 60.000 habitantes. El proyecto, enmarcado en el Plan Estratégico establecido por el Ministerio de Salud palestino, buscaba:

- Reducir el estigma social que sufren las personas con problemas de salud mental en Palestina, para lo que se trabajó con personal sanitario, medios de comunicación y escuelas.
- Aumentar las capacidades del personal sanitario de primaria y salud mental en detección, tratamiento y referencia de los pacientes, a través de formación y provisión de materiales de apoyo.
- Brindar apoyo técnico y organizativo al Centro de Salud Mental Comunitario, mediante visitas domiciliarias, acompañamiento técnico y supervisión, el establecimiento de un programa de rehabilitación comunitaria y la adecuación de infraestructuras.

En octubre de 2008 comenzó la segunda fase del proyecto con un carácter más específico de intervención en crisis y prevención. Este proyecto finalizará en 2009.

Un eje de trabajo complementario y transversal a los programas es el testimonio con el objetivo de visibilizar la problemática de salud mental recogiendo y divulgando experiencias concretas.

En agosto 2009 iniciamos en la Franja de Gaza un proyecto de fortalecimiento de las capacidades locales, en especial de los profesionales de salud mental, con la misma filosofía de trabajo de las anteriores iniciativas.

Si bien estos proyectos de salud mental no están centrados en ningún trastorno en particular, el reforzamiento de capacidades y la sensibilización en torno a la salud mental son piezas clave para desarrollar una buena atención a personas que sufran trastornos como el Síndrome de Estrés Post-traumático.



FOTO: Giovanni Marrozzini.

INFORME DE INCLUSIÓN SOCIAL 2008



Ramón Estesó, responsable de Inclusión Social de Médicos del Mundo España.

Najat nació en una zona rural del norte de Marruecos. Llegó a España por las promesas de un hombre de su pueblo, que contrata a mujeres divorciadas, viudas, o con dificultades económicas para trabajar en los campos agrícolas españoles. La realidad no fue como le prometieron y después de engaños y dificultades ha conseguido establecerse y tiene pareja. Quedó embarazada. "Al principio no sabía qué hacer ni cómo acudir al médico", cuenta. Ahora no se pierde ni una revisión. Najat puede resolver todas sus dudas sobre su embarazo a pesar de que aún no maneja bien el idioma. Una mediadora y una trabajadora social de Médicos del Mundo la acompañan siempre a la consulta.

Médicos del Mundo no sólo trabaja en los países en vías de desarrollo, también lo hace aquí en España, prestando atención a aquellos colectivos de personas que, como Najat, ven dificultado su acceso a la salud. Durante 2008, las 12 sedes autonómicas de la organización brindaron 80.614 intervenciones sanitarias, psicológicas y sociales a 21.298 personas. Este es el resumen de la actividad de Inclusión Social desarrollada durante el año y de la evolución de los colectivos atendidos y sus problemas de salud.

INMIGRACIÓN

La población inmigrante utiliza los servicios sanitarios con menor frecuencia que la española. Según la Fundación de las Ciencias de la Salud, "la consulta al médico general y la hospitalización son los servicios sanitarios en los que se ha encontrado una menor diferencia de frecuentación, mientras que la asistencia especializada y los servicios preventivos son mucho más empleados por la población autóctona que por la inmigrante". Diferentes estudios señalan que las personas inmigrantes que han venido a España suelen ser jóvenes y sanas. Los problemas de salud más frecuentes coinciden esencialmente con los de la población nacional del país de acogida o derivan de las condiciones de vida en España: alojamientos inadecuados, estrés múltiple, precarias condiciones de trabajo y carencia de redes familiares y sociales de apoyo, que crean situaciones de vulnerabilidad social con los consiguientes riesgos para la salud física y mental.

Médicos del Mundo atendió en 2008 a 16.059 personas inmigrantes (70,66% mujeres, 25,95% hombres y 3,39% transexuales). Las actividades pueden clasificarse de la siguiente manera:

- 14.068 intervenciones sanitarias; las personas que acuden a este servicio son aquellas que no tienen acceso al sistema de salud, bien al no tener derecho a la tarjeta sanitaria (generalmente, por no estar empadronadas), bien porque esta está en trámite.
- 32.035 intervenciones sociales; información sobre recursos públicos de la red y apoyo para la tramitación de la tarjeta sanitaria.
- 2.507 intervenciones psicológicas, con intervenciones en forma de grupos de apoyo, terapias individuales...
- 45.984 entregas de material de diverso tipo.

Además, la organización desarrolla actividades de educación y promoción de la salud, que comprende talleres e intervenciones educativas sobre prevención y mediación sociosanitaria intercultural.

PROSTITUCIÓN

Las personas en situación de prostitución en España no forman un grupo homogéneo, ya que incluye a mujeres, hombres, travestis, transexuales, inmigrantes y personas usuarias de drogas que se prostituyen en diferentes contextos, lo que hace necesario ajustar las intervenciones a sus particularidades, a su cultura y a sus necesidades.



El total de personas en situación de prostitución atendidas por Médicos del Mundo durante 2008 fue de 10.443 personas: (el 90,01% mujeres), principalmente de (en orden decreciente): Brasil, Rumania, Nigeria, España, Colombia, Ecuador y República Dominicana.

Entre las actividades desarrolladas durante 2008, podemos diferenciar:

- 7.890 intervenciones de educación para la salud, que incluyen talleres sobre conductas seguras y de Salud Sexual y Reproductiva y acciones informativas sobre ITS/VIH/Sida.
- Atención psicossocial (12.385 intervenciones sociales y 2.102 psicológicas), que contempla la derivación y acompañamiento de las personas beneficiarias a los servicios de la red pública.
- 48.811 entregas de material preventivo, informativo o de otro tipo.
- Actividades formativas, talleres sobre sexo seguro, nutrición, negociación del uso del preservativo y talleres sobre autoestima y autocuidados.

DROGAS

El último informe del Observatorio Español sobre Drogas recoge el cambio radical que se ha producido durante los últimos años respecto al consumo de drogas: la tendencia general es de aumento del consumo de cocaína en detrimento de la heroína y una consolidación de la vía fumada/inhalada frente a la vía inyectada. Desde principios de los años 80, el colectivo de mayor vulnerabilidad frente al VIH/Sida en España fue el de las personas usuarias de drogas que utilizaban la vía inyectada y que asumían prácticas de riesgo, como el uso compartido del material de inyección. Actualmente, la preocupación se divide entre la prevención y el tratamiento.

El total de personas usuarias de drogas atendidas en 2008 por Médicos del Mundo fue de 3.736 (80,81% hombres, 18,25% mujeres y 0,94% transexuales). El 78,26% de las personas atendidas se encuentran entre los 25 y los 44 años.

Entre las actividades desarrolladas durante 2008, podemos diferenciar:

- Atención psicológica y social.
- Información y derivación a los recursos sociosanitarios normalizados.
- Oferta de un espacio de consumo supervisado y de Calor y Café.
- Promoción de la salud, que incluye acciones de educación para la salud, prevención y empoderamiento.
- Distribución de material preventivo.
- Elaboración y divulgación de material informativo.
- Denuncia de situaciones que agraven sus problemas.

Durante 2008, las personas usuarias de drogas atendidas entregaron a la organización 154.608 jeringuillas usadas a cambio de 185.737 nuevas. La tasa de intercambio se sitúa en el 83,28%. Se supervisaron 27.130 consumos en la Sala de Consumo Supervisado de Bilbao.



La sanidad como negocio

Teresa González, presidenta de Médicos del Mundo.

La privatización de la sanidad viene arrollando los sistemas públicos desde la década de los 90. En los últimos tiempos y sobre todo debido al creciente endeudamiento de los Estados a consecuencia de la crisis, esta tendencia se está agudizando. España, a pesar de contar con un sistema público cuya eficacia es reconocida internacionalmente, no es ajena a este proceso.

La ola privatizadora de la sanidad comenzó en América Latina donde se presentó como una forma para mejorar la gestión de los servicios, mientras el Estado actuaba como controlador. Fue un modelo ampliamente impulsado por las instituciones financieras internacionales y que seguía la imagen del débil sistema de salud de Estados Unidos (un sistema que actualmente deja sin cobertura sanitaria a 47 millones de personas a pesar de ser el país del mundo con mayor gasto sanitario). Curiosamente, ahora que Estados Unidos está girando hacia un sistema público que garantice la asistencia a todas las personas, hay países como el nuestro que van para atrás.

Ante esta tendencia cabe preguntarse si se puede hacer negocio con la salud. Si la gestión se rige por las leyes del mercado, ¿qué ocurre con la medicina preventiva, las enfermedades crónicas o los sistemas de vigilancia epidemiológica? ¿Pueden los sistemas privados hacer frente a los grandes retos mundiales que suponen epidemias como la gripe A? ¿Y qué ocurre cuando los hospitales dejan de ser rentables? La ingente cantidad de dinero que los Estados tienen que invertir para rescatar a centros de gestión privada que quiebran ha sido denunciada de forma reiterada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La salud como derecho humano fundamental no debería comprarse ni venderse, debería garantizarse y defenderse. Sólo los sistemas públicos pueden garantizar la salud de las personas más pobres y enfermas. La gran tentación es crear estructuras estatales "sólo para pobres", tal como sucede en América Latina y como ocurría en

España cuando existía la beneficencia. Unas estructuras que están mal dotadas, peor atendidas y en las que el paciente ni siquiera tiene derecho a reclamar porque en el fondo son estructuras de caridad.

Además de vulnerar derechos humanos, la privatización de los servicios de salud no ha demostrado ser capaz de mejorar sensiblemente la salud de la población. La OMS ha sido muy clara en este sentido. En 2006, denunció que la gestión privada de los centros baja la calidad de la asistencia puesto que se centra fundamentalmente en el cumplimiento de plazos y presupuestos en lugar de centrarse en la atención a las personas; encarece las prestaciones y enriquece a los concesionarios a costa de las arcas públicas.

¿Quién paga, entonces, el negocio de la sanidad? La Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública presentó recientemente un informe bastante crítico sobre la sanidad en España. Según este documento, el sector público cubría en 1980 el 81% del gasto sanitario anual; en 2005 esa cifra se redujo al 70%. Aunque no seamos conscientes de ello, el sector privado ya representa el 30% del gasto sanitario, con lo que ello supone. La obtención del lucro económico, intrínseca a la gestión privada, se logra a costa de altas hospitalarias precoces, reducción de medicamentos, disminución de personal, precarización de contratos y derivación de los casos más complicados a centros de gestión pública. En definitiva, los grandes perdedores somos todas y todos los ciudadanos y, en concreto las personas más vulnerables, con menos recursos, inmigrantes en situación administrativa irregular o quienes sufren enfermedades crónicas o raras.

Debemos preguntarnos si queremos que nuestros hospitales sean gestionados como negocios empresariales; determinar cuál es el concepto de salud que defendemos; pensar si es lícito hacer negocio con la salud y permitir que unos pocos ganen en detrimento de la salud de la mayoría. Debemos, en definitiva, fortalecer y mejorar un sistema sanitario como el nuestro valorado como uno de los mejores del mundo y alejarnos de la vorágine neoliberal que comercializa incluso los derechos humanos y las necesidades más básicas de las personas.

Los avances hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se ven ahora amenazados por un crecimiento económico lento, o incluso negativo, una disminución de recursos, menos oportunidades comerciales para los países en desarrollo y posibles reducciones de los fondos provenientes de países donantes. Así lo señala el Informe sobre los ODM de las Naciones Unidas de 2009.

¿Estamos encaminados para alcanzar los ODM para el 2015?

ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE El número de personas en condiciones de extrema pobreza en 2009 será entre 55 y 90 millones más de lo previsto antes de la crisis económica mundial. Las tasas de pobreza continuarán bajando, pero a un ritmo inferior al registrado antes de la crisis.

LOGRAR LA EDUCACIÓN PRIMARIA UNIVERSAL En los países en desarrollo en su conjunto, el porcentaje de matriculados en primaria se pasó de 83% en el año 2000 a 88% en el 2007. Sin embargo, más del 10% de niños y niñas en edad de cursar primaria no asiste a la escuela.

PROMOVER LA IGUALDAD DE GÉNERO Y EL EMPODERAMIENTO DE LA MUJER No se han eliminado las desigualdades de género en la enseñanza primaria y secundaria para el año 2005. La representación política de la mujer aumenta a un ritmo lento, con América Latina y el Caribe a la vanguardia, el número de mujeres en empleos remunerados continúa incrementándose pero sigue siendo escaso. Las mujeres siguen siendo las más vulnerables en el mercado laboral, ya que asumen la mayor parte del empleo no remunerado.

REDUCIR LA MORTALIDAD DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS El número de muertes de niños menores de cinco años ha disminuido a un ritmo constante en todo el mundo. En el 2007, la tasa de mortalidad de menores de cinco años era de 67 por cada 1.000 nacidos vivos, una mejora respecto a la cifra de 93 registrada en 1990. Pese al crecimiento demográfico, el número de niños y niñas que hoy fallecen por causas prevenibles o tratables ha disminuido en casi 9 millones.

MEJORAR LA SALUD MATERNA Cada año 536.000 mujeres fallecen como resultado de complicaciones del embarazo, el parto o el puerperio, casi todas (99%), en países en desarrollo. En las regiones desarrolladas se registran nueve muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en comparación con 450 en las regiones en desarrollo. En estas últimas, 14 países presentan tasas de mortalidad materna de al menos 1.000 por cada 100.000 nacidos vivos.

COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES El número de nuevas infecciones por VIH en el mundo alcanzó su nivel máximo en 1996 y desde entonces ha ido disminuyendo hasta 2,7 millones en el 2007. Esta tendencia positiva se debe principalmente a la reducción en el número anual de casos nuevos en algunos países de Asia, América Latina y África subsahariana. Al mismo tiempo, las tasas de infección continúan aumentando en otras partes del mundo, especialmente en Europa del Este y Asia central. El conocimiento correcto acerca del VIH sigue siendo todavía inadmisiblemente escaso. El incremento de intervenciones para aliviar el impacto de la malaria ha comenzado a dar resultado. Las tasas de prevalencia de la tuberculosis y de mortalidad disminuyen, aunque no con rapidez.

GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE En el 2006, las emisiones mundiales de dióxido de carbono continuaron su tendencia ascendente, alcanzando los 29 millones de toneladas métricas, lo cual representa un aumento de un 2,5% respecto al año anterior. El mundo está a punto de cumplir la meta del acceso al agua potable, aunque algunos países todavía se enfrentan a grandes desafíos.

FOMENTAR UNA ALIANZA MUNDIAL PARA EL DESARROLLO En el 2008, los desembolsos netos de asistencia oficial para el desarrollo (AOD) aumentaron un 10,2% hasta los 119.800 millones de dólares, la cifra más alta jamás registrada, que equivale a un 0,30% del ingreso nacional combinado de los países desarrollados. Los gastos en programas y proyectos de ayuda bilateral se han incrementado en los últimos años, aumentando un 12,5% en valores reales entre el 2007 y 2008 (un indicio de que los donantes están ampliando sus principales programas de ayuda). Dicho esto, la cantidad total de ayuda sigue estando muy por debajo de la meta fijada por las Naciones Unidas del 0,7% del ingreso nacional bruto. El nivel relativo del servicio de la deuda ha disminuido, pero la crisis económica presagia tiempos más difíciles en el futuro.

Enlaces de interés

Los ODM, objetivo por objetivo:
<http://www.undp.org/spanish/mdg/basics.shtml>

Seguimiento de los ODM: Progreso global:
http://www.undp.org/spanish/mdg/basics_ontrack.shtml

Seguimiento de los ODM: Progreso regional y por país:
http://www.undp.org/spanish/mdg/tracking_countryreports2.shtml

Informe sobre los Objetivos de desarrollo del Milenio 2009:
http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_SP_r3.pdf



Test de VIH/Sida. Dos terceras partes de las personas que viven con el VIH se encuentran en África subsahariana y la mayoría son mujeres.

SUEÑOS RECOMPUESTOS

Fatou abandona Senegal porque su familia le presiona para que se case con un señor casado con muchas mujeres y mucho mayor que ella.

Consigue un visado de turismo para viajar a Tenerife y mejorar sus perspectivas de vida. Debido a su situación administrativa y a la falta de recursos para subsistir, solicita apoyo social y sanitario a Médicos del Mundo, donde se establece su punto de partida para su integración: renovación del pasaporte y obtención de la tarjeta sanitaria, además de alojamiento y acceso a una empresa que le ofrece un precontrato.

A partir de ese momento su vida empieza a normalizarse. En la actualidad es la directora de una empresa de animación de hoteles. Fatou ha apoyado el trabajo de Médicos del Mundo como voluntaria.

Andrés llega desde Argentina con visado de turismo, para intentar establecerse y mejorar sus condiciones de vida.

Acude a Médicos del Mundo demandando atención sanitaria por una patología severa; no tiene familia ni amistades y carece de domicilio. Médicos del Mundo le apoya en la tramitación del empadronamiento y la tarjeta sanitaria y en su regularización por razones humanitarias. Consigue una plaza estable en una residencia donde se le asegura alojamiento, comida, medicación y transporte que precisa.



¡ALERTA!



UNA DE CADA CUATRO PERSONAS INMIGRANTES SIN PERMISO DE RESIDENCIA, FUERA DEL SISTEMA SANITARIO

Sin acceso a la salud

La Constitución Española garantiza en su artículo 43 “el derecho a la protección de la salud” y el preámbulo de la Ley General de Sanidad de 1986 lo completa reconociendo: “Todos los ciudadanos españoles, así como los ciudadanos extranjeros que tengan su residencia en el país tienen derecho a la protección de su salud y al acceso a la atención sanitaria”. Sin embargo, el 27% de las personas participantes en el estudio queda fuera de la atención sanitaria a causa de barreras administrativas.

La actual Ley de Extranjería reconoce el derecho a la sanidad de todas las personas inscritas en el padrón, independientemente de su situación administrativa. Sin embargo, y a pesar de que el espíritu de la ley es garantizar la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones a todas las personas residentes, en la práctica el requisito que la propia ley prevé (el empadronamiento) obstaculiza el acceso real y al derecho humano a la salud.

El Observatorio Europeo de Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo rebate el falso mito de que las personas inmigrantes vienen a nuestro país para recibir atención médica. Huyen ante todo de la pobreza, del peligro o de la privación de libertad y quieren garantizar un futuro a sus hijos e hijas. No vienen a España para recibir tratamientos médicos ni para ‘aprovecharse’ del sistema de cobertura socio-sanitaria. Sólo el 6% de las personas mencionaron las razones de salud cuando se les preguntó por los motivos que les había llevado a abandonar su país.

La falta de acceso a la salud sitúa a estas personas en una situación de especial vulnerabilidad que se viene a unir a la precariedad laboral y social a causa de su situación administrativa. Para Médicos del Mundo, el acceso a la salud es un derecho que debe ser garantizado por el Estado.

¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO PARA CAMBIAR ESTA REALIDAD?

Médicos del Mundo impulsa programas para asegurar el acceso a la salud de todas las personas. En Tenerife, Gran Canaria y Lanzarote apoyamos la integración de las personas en situación irregular facilitándoles:

- Atención sanitaria básica, detección y tratamiento médico, vacunaciones y seguimiento del calendario de vacunaciones de menores.
- Atención psicológica.
- Apoyo farmacológico.
- Derivación y acompañamiento a otros recursos públicos y privados.
- Orientación en la obtención de la tarjeta sanitaria.
- Talleres y cursos de promoción para la salud.



POR 110 EUROS FACILITAMOS ATENCIÓN SANITARIA A CINCO PERSONAS QUE CARECEN DE ACCESO AL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

AYÚDANOS A GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD PARA TODAS LAS PERSONAS, TAMBIÉN EN ESPAÑA

POR FAVOR, COLABORA CON MÉDICOS DEL MUNDO

enviando el **cupón adjunto**, llamando al **902 286 286**,

a través de **www.medicosdelmundo.org**

o mediante transferencia a ccc **2100 / 4466 / 99 / 0200020000**

Tu aportación, por pequeña que sea, ES IMPORTANTE

ENTIDADES SOLIDARIAS

OBRA SOCIAL DE LA CAJA CASTILLA-LA MANCHA y ACADEMIA NOMADANS,

por el esfuerzo y colaboración en el Festival de Danza y Artes Marciales a beneficio de Médicos del Mundo Castilla-La Mancha.



ENCUENTROS GASTRONÓMICOS PROFESIONALES,

por organizar la XII Edición de los Premios La Cazuela 2009 y por la realización de la Gala Benéfica a favor de Médicos del Mundo Comunidad de Madrid.



GOVERN DE LES ILLES BALEARS,

por subvencionar los proyectos de Sensibilización de Metges del Món Illes Balears, el proyecto de Educación para el Desarrollo Desde la meva mirada y por el apoyo a la exposición *FotogrÀFRICA, vides al voltant de la sida*.



CONSELLS INSULARS DE EIVISSA Y DE FORMENTERA,

por el apoyo a las exposiciones *FotogrÀFRICA, vides al voltant de la sida* y *Mujeres de vida alegre*.

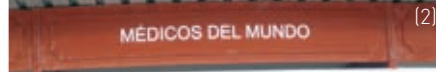
LA CAIXA, por el apoyo a la exposición *Mujeres de vida alegre* en Formentera.

GRACIAS



(1) 4 de junio Granada

Carlos Artundo, presidente de Médicos del Mundo Andalucía (izq.), recibe el *Premio a la actividad solidaria por la integración y lucha social*, concedido a nuestra organización por la Sociedad Andaluza de Médicos Generales y de Familia, en la III Edición de los Premios Andaluces de Médicos Generales y de Familia, celebrada en el Auditorio Caja Rural de Granada.



(2) 4 - 6 de junio Leganés, Madrid

Mesa informativa de Médicos del Mundo Comunidad de Madrid en el VIII Festival Intercultural Leganés Ciudad Abierta, con música, teatro, pasacalles, gastronomía y bailes procedentes de los cinco continentes de la mano de asociaciones de inmigrantes y ONG. Se informó a la población de nuestros proyectos y se facilitó material informativo, camisetas, etc. también se realizó un concurso de frases solidarias y una persona voluntaria realizó globoflexia, escribiendo el mensaje solidario ganador en globos.



(3) 9 de junio Madrid

El equipo de Médicos del Mundo Comunidad de Madrid en la XII Entrega de los Premios La Cazuela, en el Mirador de Cuatrovientos (Madrid). Evento benéfico organizado por la empresa Encuentros Gastronómicos Profesionales en colaboración con Médicos del Mundo y en el que se premia a las empresas más reconocidas del sector agroalimentario, hostelero y de restauración; así como diferentes personas famosas en reconocimiento de su trayectoria profesional. En esta ocasión, se han recaudado 2.840 euros, importe destinado a los proyectos de Inclusión Social que realiza la sede autonómica de la Comunidad de Madrid.



(4) 12 de junio Zaragoza

Anunciación Pérez, presidenta en Aragón, recibe la Medalla del Bicentenario-Defensor de Zaragoza, en su apartado *Valores humanos y desarrollo social* concedida a Médicos del Mundo "como público reconocimiento por la labor realizada a favor de la ciudad como ejemplo de progreso, innovación, esfuerzo o tesón de toda su ciudadanía", entregada por la Fundación Zaragoza 2008, presidida por el alcalde de la ciudad y comisionado por diversas instituciones públicas, sociales y culturales aragonesas. FOTO: Javier Cebollada.



Pilar García Rotellar, secretaria de Médicos del Mundo y Mª del Carmen Contreras, directora gerente de Obra Social Caja Madrid y Alfonso Díaz, director de zona Centro de Caja Madrid en la firma del Convenio.

RENOVADA LA COLABORACIÓN CON EL PLAN DE EMERGENCIA DE OBRA SOCIAL CAJA MADRID

Médicos del Mundo ha renovado el convenio de colaboración con Obra Social Caja Madrid. Se trata del Plan de Emergencia de la Obra Social Caja Madrid que permitirá actuar de manera rápida y eficaz ante las consecuencias de las catástrofes naturales. El Plan aportará una cantidad de 450.000 euros que serán repartidos entre cuatro ONG: Médicos del Mundo, Acción contra el Hambre, Bomberos Unidos sin Fronteras e Intermón Oxfam.

Cada año 262 millones de personas se ven afectadas por desastres naturales, según el Informe sobre Desarrollo Humano 2007-2008 del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Ante las graves consecuencias que estos fenómenos tienen sobre las poblaciones, las organizaciones humanitarias necesitan contar con capacidad para responder rápida y eficazmente. Consciente de esta realidad, Obra Social Caja Madrid, desarrolla desde 2001 el Plan de Emergencia.

En colaboración con Obra Social Caja Madrid, Médicos del Mundo España ha prestado apoyo a personas afectadas por catástrofes o conflictos en países como Sáhara Occidental (Kandahar), Indonesia, Territorios Palestinos (Franja de Gaza), Mauritania, Perú, Guinea Bissau y Honduras. La labor humanitaria en las zonas se ha centrado en la provisión de bienes de primera necesidad como agua, comida y cobijo temporal, reparto de materiales de abrigo, atención médica, prevención, tratamiento y control de epidemias, provisión de fármacos y material médico fungible (vendajes, gases...) así como labores de prevención y promoción de educación sanitaria.

Esta Navidad, haz que circule solidaridad

Un año más, te invitamos a felicitar las fiestas con las tarjetas de Navidad de Médicos del Mundo. En esta ocasión, ilustran nuestras felicitaciones los dibujos premiados en el Certamen Infantil de Tarjetas de Navidad de Médicos del Mundo.

Cada tarjeta de Médicos del Mundo que envías tiene un significado múltiple, el de felicitación de las fiestas, el de apoyo a una ONG y el de solidaridad con las poblaciones más desfavorecidas.

Puedes comprarlas en sede central, sedes autonómicas, papelerías, tiendas especializadas y en Fnac.



CONVOCADOS LOS VII PREMIOS VIRGILIO PALACIO

Médicos del Mundo Asturias y el Hospital Monte Naranco de Oviedo convocan los VII Premios Virgilio Palacio, que constan de dos categorías: el reconocimiento, a título honorífico, de la labor de la persona, equipo o asociación que haya destacado por su trayectoria en actividades relacionadas con la dimensión humana, social, científica o profesional en el campo de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS); y al programa de intervención o al trabajo de investigación científica en ITS. El premio cuenta con el patrocinio de la Obra Social y Cultural de Cajastur y la colaboración del Gobierno del Principado de Asturias.

Fecha límite de recepción de proyectos: 30 de octubre de 2009.

Dirección de entrega: Secretaría de la Dirección Gerencia del Hospital Monte Naranco, Avenida Drs. Fernández-Vega, 9. 33012 Oviedo.

Más información y bases en: www.premiosvirgiliopalacio.es

DEJA EN HERENCIA UN DERECHO FUNDAMENTAL: LA SALUD

Imagina poder extender tu solidaridad a las próximas generaciones y contribuir a la calidad de vida de los más desfavorecidos.

Llámanos al 902 286 286
www.medicosdelmundo.org/herenciasylegados



'Inshalá' todas las personas tengamos algún día las mismas oportunidades

Yossufa Keita 31 años, maliense, colaborador como mediador y traductor de Médicos del Mundo Canarias y educador en el Centro de Acogida de Menores Extranjeros No Acompañados en Tenerife.

Llegaste a Tenerife en patera hace cuatro años. ¿Cómo fue tu viaje? Llegué el 30 de marzo 2005. El viaje fue algo duro, porque fueron ocho días con poca comida y bebida. Además se acabó la gasolina y estuvimos a la deriva en mitad del mar. Los vientos nos llevaron hasta la isla de El Hierro y en un helicóptero nos trasladaron a Tenerife, porque estábamos muy mal de salud. De 37 personas que salimos de Marruecos llegamos 20, en el viaje murieron 17. Llegamos con deshidratación y quemaduras. Perdí el pie izquierdo, me lo amputaron, pasé cinco meses en el hospital.

¿Qué esperabas encontrar? ¿Y qué has encontrado? Esperaba encontrar un buen trabajo, pensé que al día siguiente de mi llegada a España encontraría un empleo legal. Desde luego no esperaba ingresar en un hospital. La realidad fue muy diferente. Al darme de alta, como no tenía familia, me mandaron a un centro de acogida de Cáritas para inmigrantes, donde pasé cinco meses. Desde el centro nos derivaron a Médicos del Mundo, iba al Centro de Atención Sociosanitaria para personas Inmigrantes (CASSIN) que la organización tiene en Tenerife, para que me hicieran las curas.

¿Qué has hecho durante estos años? Trabajar. Empecé como voluntario, acompañando en el hospital a las personas inmigrantes que no hablaban español. Yo ya hablaba cinco idiomas (wolof, mandinga, bambara, árabe y francés) y aprendí aquí el español. Ayudaba a las personas en lo que necesitaban, sobre todo a saber con qué recursos podían contar; a moverse por la ciudad... las acompañaba a los centros específicos para inmigrantes. Entre 2005 y 2007, más de 65.000 personas llegaron clandestinamente a Canarias por mar.

Desde 2007 colaboras como mediador y traductor de Médicos del Mundo Canarias. ¿En qué consiste? Una persona inmigrante llegada en patera desconfía de la gente. Al no hablar español, no sabe lo que le va a pasar; tiene miedo a la repatriación. En los hospitales africanos los servicios se pagan previamente y la familia del paciente tiene que llevar la comida. Así, las personas inmigrantes piensan que se les va a cobrar por todo, de hecho, muchas no quieren comer o bañarse por miedo a no tener con qué pagar estos servicios. Yo les informo. Al salir del hospital, también les acompaño a los centro de acogida y al CASSIN.

Si volvieras al año 2005, ¿volverías a venir en patera? ¿Ha merecido la pena? La verdad es que no, no lo volvería a intentar. Ya han pasado cuatro años y estoy muy bien, pero lo he pasado muy mal. Si me hubieran repatriado al llegar, no hubiera vuelto. Ahora estoy aquí y seguiré luchando hacia delante.

¿Qué ha sido lo peor en estos años? ¿Y lo mejor? Mi enfermedad, la amputación del pie izquierdo. En Tenerife me han tratado muy bien, he tenido mucha suerte y he hecho muchos amigos. Lo mejor ha sido el cariño que me han dado y la formación que he recibido.

Yossufa, ¿qué les dirías a los socios, socios y donantes de nuestra organización? Que nos sigan apoyando, que confíen en que su aportación beneficia a muchas personas. Que aunque parezca una ayuda pequeña, para las personas que lo necesitan, las que lo hemos necesitado, es muy grande e importante.

Además yo pido que no se rechace a las personas inmigrantes, a lo mejor algún día se encuentra una solución y no se necesita emigrar y se evitan tantas muertes y accidentes que ocurren en el camino. Además, las personas españolas también emigraron en busca de una vida mejor, como nosotros hacemos ahora.

Ojalá, inshala, todos y todas tengamos algún día las mismas oportunidades. A eso es a lo que contribuye Médicos del Mundo.

