

Médicos del Mundo

SUMARIO N°24

- /11 EN EL TERRENO **Guinea Bissau | Indonesia | Honduras**
- /14 DOSSIER SALUD **Sarampión, emergencia médica**
- /16 NUESTRAS CALLES **Test rápidos de VIH/Sida**
- /18 EXPOSICIONES **Dark Room, S.T.O.P., XIII Premio Internacional Luis Valtueña de Fotografía Humanitaria**
- /20 ALERTA **Dengue, una epidemia silenciosa**

REVISTA TRIMESTRAL N° 24 DICIEMBRE 2009

www.medicosdelmundo.org

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

UNA CRISIS ¿también de solidaridad?



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.



FOTO: Isabelle Eshraghi.

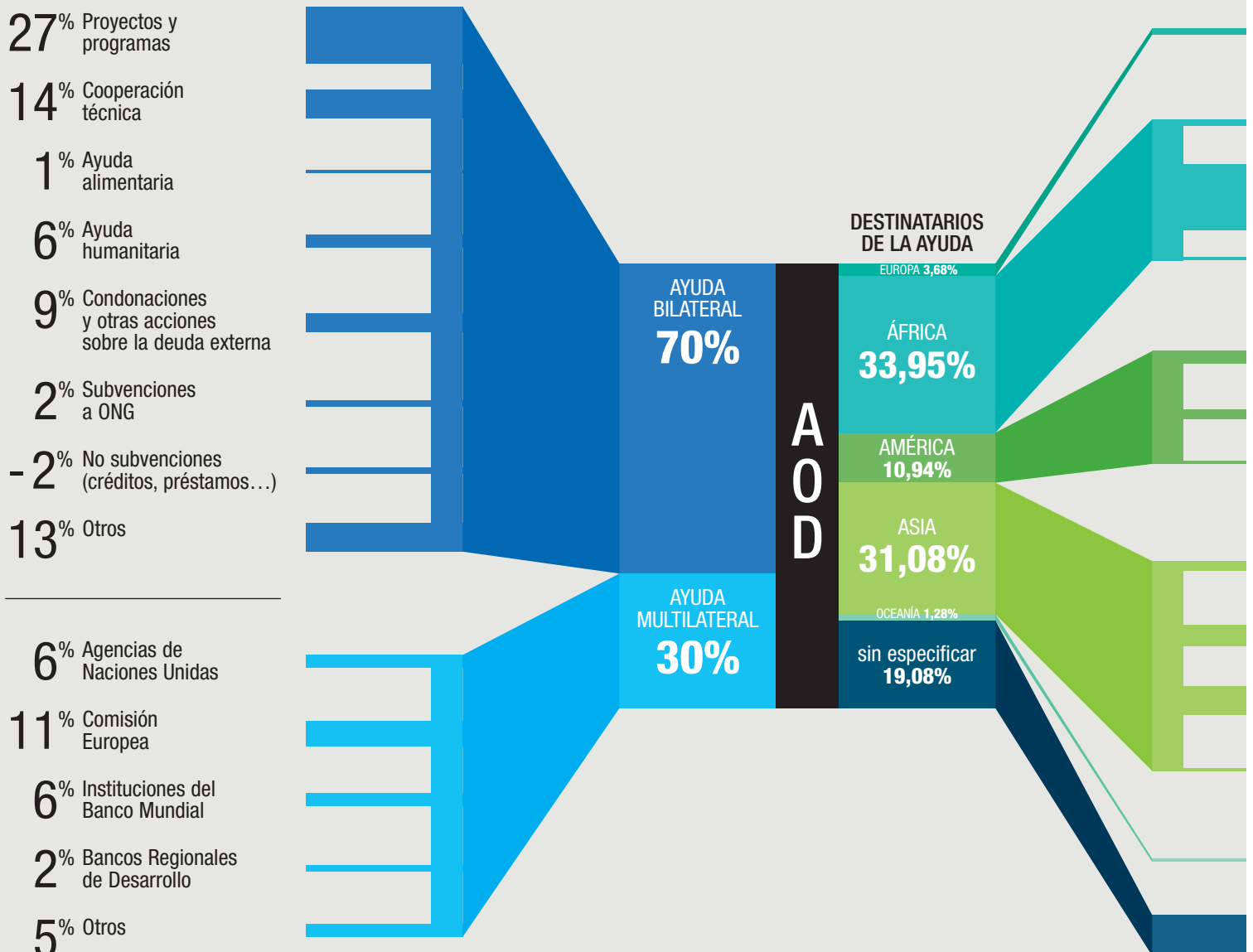
Una crisis ¿también

Los gobiernos de los países “ricos” siguen sin cumplir sus promesas de incrementar sustancialmente la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD). Sin embargo, sí movilizaron ingentes cantidades de dinero para rescatar a los presumibles responsables de la actual crisis financiera, debacle económica que, paradójicamente, afecta más a quien menos tiene. Si consideramos que los bancos han recibido 100 veces lo que se necesitaría para acabar con el hambre en el mundo, sólo cabe concluir que falta voluntad política, y no recursos, para mejorar la vida de millones de personas hundidas en la pobreza.

En 2007, cuando el crecimiento económico parecía ilimitado, podían observarse tímidos avances en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los ODM son, recordémoslo, una

serie de metas asumidas por los gobiernos de los 192 países miembro de Naciones Unidas para, en 2015, lograr reducir la pobreza, la mortalidad infantil y materna y el avance del VIH/Sida, conseguir la educación primaria universal y la igualdad entre los géneros, y garantizar el sustento del medio ambiente.

Aún en aquel tiempo de bonanza, los países desarrollados se resistían a dedicar los fondos que habían prometido (lejos del 0,7% comprometido, los países ricos destinan el 0,3% de su renta a la lucha contra la pobreza), si bien la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) global alcanzaba cifras nunca vistas. A pesar de que la AOD en ocasiones no es completamente desinteresada (responde a intereses comerciales o geoestratégicos de los países donantes) parecía posible, al menos, acercarse al objetivo marcado de reducir a la mitad el número de personas en situación de extrema pobreza.



de solidaridad?

Y entonces llegó la crisis financiera. Y sus efectos, sumados a los de las crisis alimentaria, energética y medioambiental, golpearon la salud y la vida de las personas más empobrecidas.

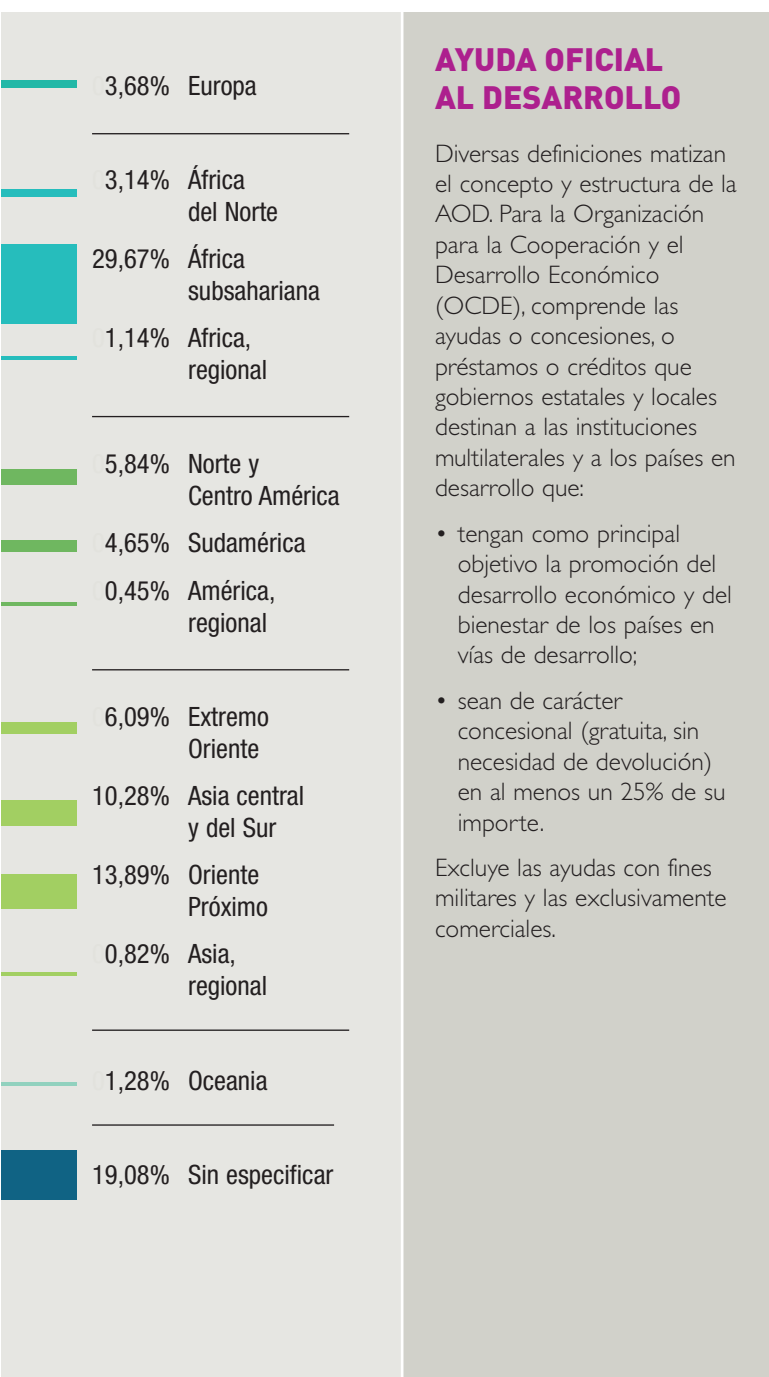
Según denuncia la Alianza Española contra la Pobreza, sólo en 2009 tenemos 90 millones de personas más en situación de pobreza extrema, es decir, que tienen menos de 1,2 dólares al día para vivir. Son 90 millones de personas más (casi el doble de la población total de España) de las que se calculaba que habría este año; la cifra total se acerca a los 1.400 millones de seres humanos. En lugar de avanzar, corrimos el riesgo de retroceder.

Debido al aumento del precio de los alimentos, hemos superado por primera vez los 1.000 millones de personas afectadas por el hambre. Cada seis segundos, muere un niño o una niña por no tener qué

comer. Las causas directas de esta carestía de los alimentos no tienen que ver con la ausencia de tierras de cultivo, sino con su dedicación a otros usos, diferentes de la producción de alimentos (cultivo de materias primas para biocombustibles, por ejemplo) y a las condiciones de comercialización.

¿Cómo han reaccionado los países desarrollados frente a este agravamiento de la situación del mundo? Pues han dado una rápida y eficaz respuesta a los problemas de... los responsables de la crisis. En 2008, los Gobiernos de los países enriquecidos destinaron 18 billones de dólares –de los impuestos los ciudadanos y ciudadanas– a rescatar bancos, 150 veces lo que aportaron para luchar contra la pobreza en ese mismo año, y 20 veces más que todo lo destinado a la lucha contra la pobreza en los últimos 50 años (1 billón de dólares).

[CONTINÚA EN PÁGINA 4]



GLOSARIO

ACCIÓN HUMANITARIA Acciones de ayuda a las víctimas de desastres (desencadenados por catástrofes naturales o por conflictos armados), orientadas a aliviar su sufrimiento, garantizar su subsistencia, proteger sus derechos fundamentales y defender su dignidad.

AYUDA ALIMENTARIA Transferencia de recursos a determinados países o sectores en forma de alimentos, bien donados o bien vendidos con al menos un 25% de concesionalidad (esto es, de subsidio), así como en forma de donaciones monetarias o créditos "ligados" a compras alimentarias.

AYUDA BILATERAL Aquella en la que los gobiernos donantes canalizan sus fondos de Cooperación al Desarrollo directamente hacia los receptores, sean éstos los Gobiernos de los países receptores u otras organizaciones

AYUDA MULTILATERAL Aquella en la que los Gobiernos remiten dichos fondos a las organizaciones multilaterales para que éstas los utilicen en la financiación de sus propias actividades, de modo que la gestión queda en manos de las instituciones públicas internacionales y no de los Gobiernos donantes.

COOPERACIÓN TÉCNICA Cooperación centrada en el intercambio de conocimientos técnicos y de gestión, con el fin de aumentar las capacidades de instituciones y personas para promover su propio desarrollo.

DEUDA EXTERNA Deuda pública exterior de los países, generalmente del Sur, que tiene como acreedores a los Gobiernos, bancos y otras instituciones del Norte.

Fuente:

Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo, Hegoa. <http://dicc.hegoa.efaber.net/>

El 1% de lo entregado para salvar el sistema financiero equivale a lo que se calcula que hace falta para erradicar el hambre del mundo, para salvar la vida de miles de personas que no tuvieron ninguna culpa en la génesis de la crisis que les afecta.

No se entiende por qué a la hora de tomar decisiones económicas no se pone en primer lugar la vida de las personas. Los países enriquecidos se empeñan en seguir centrando su atención en los problemas de las corporaciones financieras mientras dejan de lado a los seres humanos.

RESPUESTAS GLOBALES

Estamos empezando a asomarnos al posible futuro que nos espera si no somos capaces de tomar las medidas oportunas para frenar el calentamiento de la tierra.

Hay personas y pueblos, continentes enteros, donde ese futuro es ya presente: regiones que se han desertificado por falta de agua, lugares del mundo amenazados por el aumento de nivel de los océanos con-

secuencia del deshielo de los polos... Sin embargo, a pesar de que sabemos que el responsables de este calentamiento es nuestro modelo de desarrollo, los países ricos no son capaces de llegar a un acuerdo para reducir en una medida aceptable sus emisiones. La única solución parece ser impedir que los países en desarrollo no contribuyan al calentamiento, limitándoles la cantidad de emisiones ¡pero sin proporcionar las ayudas necesarias para que produzcan energía limpia!

Es cada vez más evidente que en este mundo globalizado, las soluciones locales son de poco efecto. De poco o nada sirve que un país disminuya sus emisiones contaminantes si los demás no lo hacen; las crisis financieras han de resolverse en los mercados mundiales y las economías de los países del Sur no podrán ser verdaderamente competitivas hasta que seamos conscientes de que las actuales leyes de mercado les están bloqueando el acceso real.

La Ayuda Oficial al Desarrollo es una iniciativa de los países ricos que formaría parte de esta filosofía planetaria: necesitamos desarrollarnos todos para que el desarrollo continúe.

IMPUESTO A LOS MOVIMIENTOS DE CAPITAL: UNA POSIBLE SOLUCIÓN

En la reunión del G-20 del pasado mes de septiembre, se abrió el debate sobre la oportunidad de crear un impuesto que gravase las transacciones financieras para crear un fondo que sirviese para combatir una eventual nueva crisis financiera. No era más que una idea inspirada en la Tasa Tobin, propuesta en 1971 por el premio Nobel de Economía James Tobin y retomada por el movimiento Attac (Asociación por la Tasación de las Transacciones y por la Ayuda a los Ciudadanos), consistente en establecer un impuesto sobre los flujos de capitales para financiar, no a entidades financieras quebradas, si no a la lucha contra la pobreza y el hambre.

Recientemente ha surgido una nueva propuesta en este sentido: una tasa al cambio de moneda. El mercado de divisas, que histórica e inexplicablemente ha estado siempre exento de

impuestos, no se ha visto afectado por la crisis que ha hecho tambalearse a otros sectores financieros y sigue creciendo. En 2008, obtuvo unas ganancias de alrededor de mil billones de dólares estadounidenses, es decir, de cuatro billones de dólares cada día.

Los especialistas calculan que bastaría con un impuesto de apenas el 0,005%, tasa suficientemente pequeña como para no alterar la toma de decisiones en el mercado internacional y suficientemente alta como para recaudar cantidades importantes. Se calcula que se podrían obtener entre 33.000 y 60.000 millones de dólares al año. Fondos más que suficientes para, por ejemplo, completar la diferencia entre lo que los gobiernos han prometido para conseguir los ODM relativos a la salud y lo que en realidad han desembolsado.

La viabilidad de la idea es muy alta. El mercado de divisas es completamente electrónico, los datos están completamente informatizados, por lo que es eficiente, no implica costes y deja escaso margen para la evasión de capitales. Y no es necesario un consenso universal, que se prevé complicado de alcanzar. Cada país o región puede establecer unilateralmente un impuesto al cambio de su moneda nacional y recoger los ingresos allí donde se produzca la transacción.

Contamos con un antecedente exitoso, Unitaid, una tasa solidaria sobre los billetes de avión, establecida a iniciativa de Brasil y Francia, que ha contribuido a disminuir los precios de los medicamentos y a desarrollar nuevos tratamientos para el VIH/Sida, la tuberculosis y la malaria.



Visita del equipo a las comunidades destinatarias de nuestros proyectos en Sierra Leona.



Atención sanitaria en una casa materna de Médicos del Mundo. Foto: Javier Arcenillas.

LA SALUD: PILAR DEL DESARROLLO Y DERECHO HUMANO BÁSICO

Javier Ramírez,

responsable de Incidencia Política de Médicos del Mundo.

La salud es un derecho humano que en los países en desarrollo depende en gran medida de la ayuda internacional. Luchar contra las enfermedades implica la firme e irrevocable voluntad política de poner la salud al alcance de todas las personas. Pero salud entendida no sólo como ausencia de enfermedad, sino, tal y como la define la Organización Mundial de la Salud, como un estado de completo de bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social.

El compromiso incondicional de garantizar la salud de los pueblos y erradicar el hambre y la miseria en el mundo, expresado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, es algo inédito en la Historia de la Humanidad. En los últimos 30 años se han producido mejoras significativas en los datos de salud, si bien estos avances son muy desiguales, varían mucho tanto de unos países a otros como en el interior de las sociedades.

La mayoría de la ciudadanía del Norte sabe que es muy probable que vivamos más allá de los 80 años, mientras que los ciudadanos y las ciudadanas del África subsahariana saben que apenas llegará a los 50 años. Sin embargo, no deja de sorprendernos la longevidad que presenta la élite gobernante de los países empobrecidos –al menos, una decena de jefes de Estado africanos tienen una edad comprendida entre los 70 y los 83 años–, que si bien no refleja la realidad de este continente, sí demuestra que la esperanza de vida de estos países puede y debe situarse muy por encima de la actual.

La mayoría de los problemas de salud son atribuibles a amplios determinantes sociales: pobreza, exclusión social, desnutrición o desempleo. Pero no podemos olvidar los problemas derivados de los daños causados al medioambiente (contaminación por desechos industriales y domésticos), la baja escolarización, el trabajo precario y mal pagado; el aumento del tabaquismo y el alcoholismo y las relaciones sexuales, con o sin riesgo, cada vez más precoces.

La desigualdad en los ingresos se traduce en millones de personas que viven ahogados por los costes prohibitivos de las consultas, de los cuidados médicos y de los medicamentos. A lo que se añade la insuficiencia y, a menudo, ausencia de servicios de urgencias (en América Latina y Caribe, 230 millones de personas, el 46% de la población, carece de cualquier seguro en salud). Mientras, la comunidad internacional sigue siendo prolija en adquirir compromisos que no termina por cumplir, tanto en el espacio de la cooperación en general, como de la salud en particular¹.

Desde la perspectiva de los Derechos Humanos, que Médicos del Mundo integra en su quehacer cotidiano, tanto los países donantes como los países socios de nuestra cooperación tienen el deber de salvaguardar la dignidad humana, tomar en consideración a los grupos más vulnerables de la sociedad, garantizar que los servicios sanitarios sean accesibles para todas las personas, que las políticas y programas de salud aborden las diferencias de género, que se garanticen la igualdad y la libertad frente a toda discriminación y la participación significativa, libre y efectiva de la ciudadanía destinataria de los programas de salud en las decisiones que les atañen. Deben, además, promover y proteger el derecho a la educación y a la información.

Esta concepción del Derecho a la Salud fue consagrada por 134 países y 67 organizaciones internacionales en 1978, en la Conferencia de Alma Ata; Hace más de 40 años, pero sigue sin cumplirse en una amplia parte del planeta.

Según este planteamiento y precisamente por ello, en Médicos del Mundo llevamos a cabo nuestra labor de combatir todas las enfermedades, pero con la convicción de que nuestro marco de acción son los derechos humanos; por eso también combatimos las injusticias que van asociadas a su violación.

¹La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2008. Medicusmundi, Médicos del Mundo y Prosalus.



Campaña de vacunación contra el tetanos en el Centro de salud Rogbere, construido por Médicos del Mundo en 2004. Port Loko, Sierra Leona.

LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO ESPAÑOLA EN SALUD

La cooperación española ha avanzado mucho en cuanto a su marco normativo, estratégico y de planificación. También se ha hecho un esfuerzo importante para la definición estratégica de la cooperación en salud. Dos son las estrategias sectoriales de salud que se han elaborado, apreciándose importantes mejoras entre ambas.

Los ejes prioritarios de la estrategia de la ayuda en salud se corresponden con dos temas que las organizaciones como Médicos del Mundo venimos reclamando permanentemente: el fortalecimiento de los sistemas públicos (es decir, apoyar a mejorar las capacidades de los servicios de la sanidad pública de los países en desarrollo) y el enfoque de Atención Primaria de Salud.

Este enfoque es una estrategia que concibe integralmente la salud-enfermedad y de atención de las personas y el conjunto social, proveyendo no sólo servicios de salud, sino afrontando las causas últimas (sociales, económicas y políticas) de los problemas de salud. Integra la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación.

Su misión consiste en extender el sistema sanitario hasta la intimidad de las viviendas permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población.

En 2008 aumentaron tanto el volumen total de Ayuda Oficial al Desarrollo destinada a salud como su proporción con respecto a la ayuda total, hecho que en sí mismo es bienvenido.

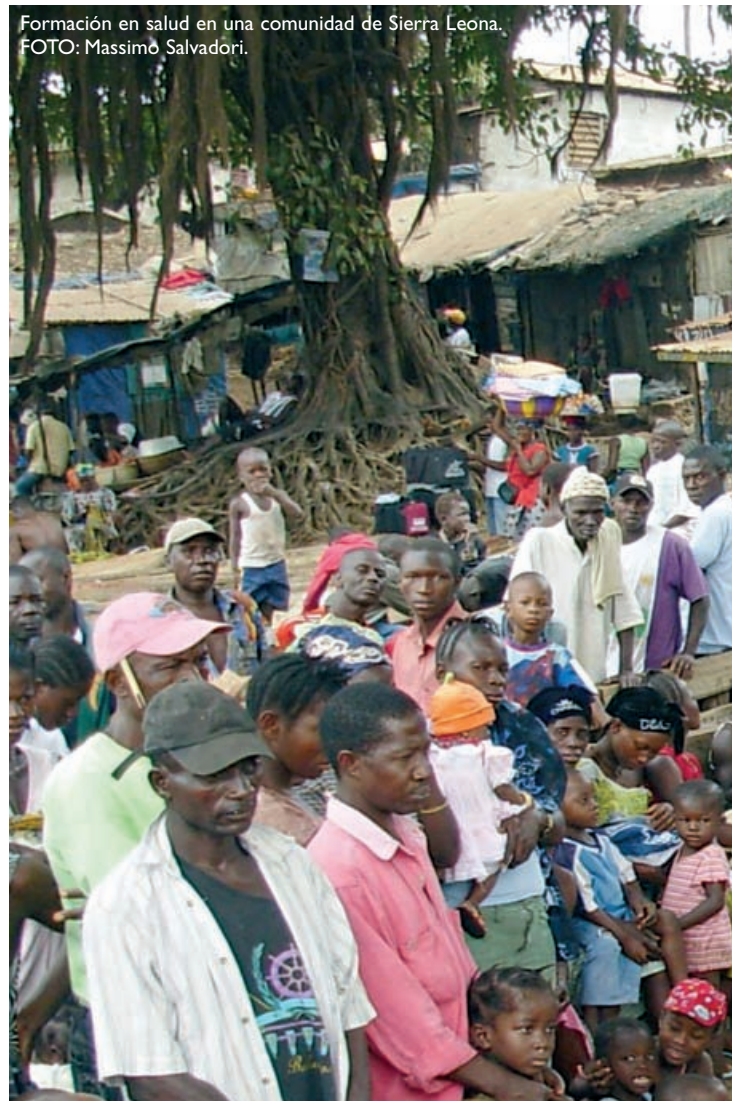
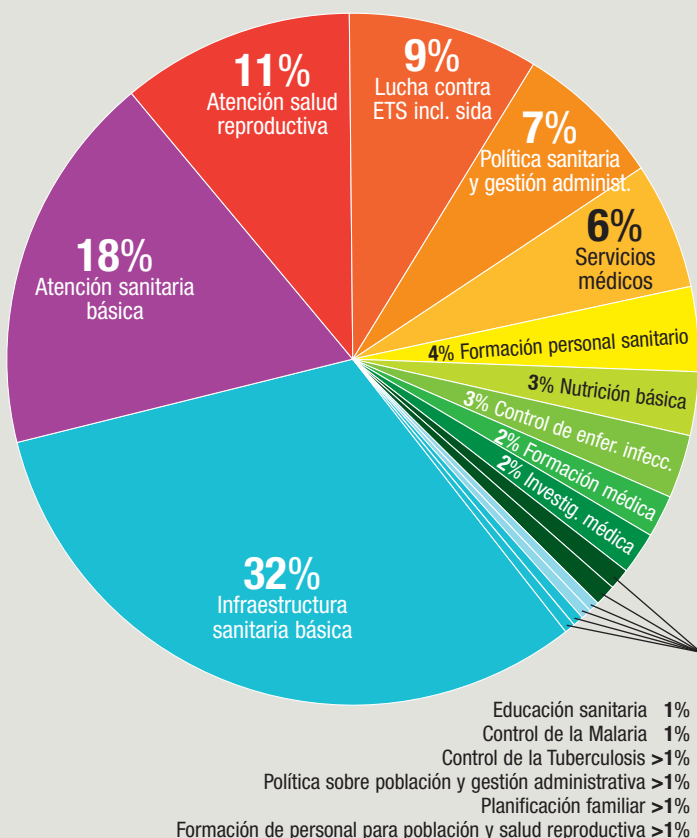
En el aspecto más sombrío está el aumento en un 3% de la ayuda reembolsable, aquella entregada en concepto de préstamo o crédito u otra figura que exige devolución de los fondos (que no consideramos ayuda aunque se compute así).

La tendencia, por lo menos desde la Administración Central, es la de disminuir los fondos de la cooperación bilateral a través de ONG y aumentar ("hasta un 60%", según el recientemente aprobado III Plan Director de la Cooperación Española) la financiación directa a los Gobiernos receptores a través de sus presupuestos generales o sectoriales. Esto deja a las ONG con un margen, al menos financiero, cada vez menor para ejecutar proyectos en el terreno.

Es hora de que las organizaciones evaluemos nuestro papel en la cooperación al desarrollo en salud y valoremos cuál es nuestro valor añadido en el desarrollo.

Para saber más: *La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria, Informe 2009*. Medicusmundi, Médicos del Mundo y Prosalus. Descarga en <http://www.medicosdelmundo.org>

EN QUÉ SE EMPLEA LA AOD ESPAÑOLA DESTINADA A SALUD



Formación en salud en una comunidad de Sierra Leona. FOTO: Massimo Salvadori.

ESTRATEGIA EUROPEA DE SALUD Y LA PRESIDENCIA ESPAÑOLA DE LA UE

España asume la Presidencia de la Unión Europea (UE) durante el primer semestre de 2010, por lo que tiene la oportunidad de guiar al conjunto de los países europeos en el cumplimiento de sus compromisos en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud.

El Consejo de la Unión Europea reconoce un déficit de financiación en el sector de la salud estimado en 13.400 millones de euros para 2010¹. Esta cifra supone el presupuesto mínimo para que el mundo logre los objetivos de Naciones Unidas relacionados con salud. A la UE le corresponde aportar unos 8.000 millones de euros.

España debe liderar el proceso para que este déficit se aborde de manera racional y se prioricen intervenciones en salud que incluyan un enfoque de derecho a la salud y de fortalecimiento de sistemas públicos de salud a través de modelos de Atención Primaria de Salud integral.

Elo es especialmente importante en un momento en el que varios informes muestran como, a pesar de avanzar más lentamente de lo deseado en la consecución de los objetivos de salud de la Agenda del Milenio y pese al impacto que la crisis sanitaria está teniendo sobre la población de los países en desarrollo, la ayuda al desarrollo en salud está disminuyendo.

Para ello, es necesario que tanto España como las siguientes presidencias de la UE aseguren:

- la financiación necesaria para salud (al menos el 0,1% del PIB de cada Estado miembro),
- que se priorice el sector salud dentro de la Agenda de Eficacia de la Ayuda,
- que se apoye la financiación de sistemas de seguridad social que garanticen un acceso gratuito a la sanidad, especialmente para las personas más vulnerables,
- que se adopte e implemente un Plan de Acción de Género,
- que se aceleren los esfuerzos para alcanzar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y reducir la mortalidad materno-infantil y, finalmente,
- que se continúe promoviendo el papel de liderazgo de la UE en la lucha contra el VIH/Sida, la tuberculosis y la malaria.

¹Agenda para la Acción de la Unión Europea para acelerar el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio: <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st11/st11096.en08.pdf>



LA OTRA AYUDA

Cuando hablamos de Ayuda Oficial al Desarrollo corremos el riesgo de pensar que la lucha contra la pobreza es un tema "oficial" del que, básicamente, sólo se ocupan los políticos y los altos cargos de las administraciones públicas y organismos internacionales. Pero como organización social formada por miles de ciudadanos y ciudadanas creemos que es importante reflexionar, hacer visible y poner en valor otros flujos de ayuda protagonizados por la ciudadanía de a pie, que no contabilizan en la AOD y que tienen un importante papel para el desarrollo de los países y pueblos más empobrecidos.

Sin duda, en los poderes públicos reside la responsabilidad de cumplir los compromisos internacionales y de actuar de acuerdo al mandato ético otorgado por la ciudadanía de acabar con el sufrimiento y la pobreza. Por ello, Médicos del Mundo participa activamente en diversas iniciativas orientadas a recordar esta responsabilidad a nuestros Gobiernos. Pero no pueden desdeñarse las numerosísimas iniciativas que la ciudadanía emprende a título individual.

La primera de ellas ha sido señalada repetidas veces y ha conseguido un reconocimiento en las cifras macro-económicas internacionales. Nos referimos a las conocidas como remesas: el dinero que aquellas personas emigrantes que han conseguido acceder al mercado de trabajo en los países desarrollados envían a sus países de origen.

Las personas inmigrantes, con su trabajo y esfuerzo, son capaces de enviar a sus países más dinero que el conjunto de la AOD de los países ricos.



Resulta sorprendente constatar que estos millones de personas, en su inmensa mayoría de una humildad extrema y que se incorporan al tejido productivo de los países desarrollados ocupando las posiciones peor pagadas en el mercado laboral, son capaces con su trabajo y esfuerzo de enviar a sus países más dinero que el conjunto de la AOD de los países ricos. En 2008, las remesas internacionales enviadas por las personas inmigrantes a los países en desarrollo alcanzaron los "328 mil millones de dólares estadounidenses, más del doble del monto de la ayuda oficial al desarrollo"¹, cifrado en 119.759 millones de dólares².

Tal es la importancia del dinero enviado a sus familias por las personas inmigrantes que residen y trabajan en otro país, que puede llegar a rea-

sentar una parte importante del PIB de la nación en desarrollo. En Nicaragua, por ejemplo, se reciben anualmente entre 600 y 700 millones de dólares en remesas, más que por importaciones de productos (594 millones de dólares, aproximadamente). Y gran parte de este dinero se dedica al bienestar de las familias. Las mujeres de Bangladesh que trabajan en Oriente Medio, por ejemplo, envían a su país cerca de las tres cuartas parte de su salario. El 56% de las sumas remitidas se invierte en la satisfacción de necesidades cotidianas, así como en servicios de salud y educación de las familias de la migrante en el país de origen"³.

Otra mirada de reconocimiento merecen las numerosas iniciativas solidarias puntuales, emprendidas a nivel particular y al margen de las organizaciones de desarrollo, acciones que no son cuantificadas y que no entran en ningún cómputo a pesar de su impacto. Hablamos, por ejemplo, de aquellas personas que, al viajar a un país en desarrollo llevan en su equipaje medicinas para donarlas a un centro de salud. Son pequeñas acciones que, una a una, suman *muchos pocos*.

Por último, pero no por ello menos importante, están las aportaciones monetarias a las organizaciones. Un informe⁴ calcula que las contribuciones voluntarias de la ciudadanía (1.800 millones de euros en 2006) equivalen a la cuarta parte de la ayuda humanitaria de todos los Gobiernos de la OCDE. De este modo, las ong disponen de unos fondos que garantizan su independencia, que dan la libertad de financiar proyectos en países o zonas considerados no prioritarios por los Gobiernos, dado que la ayuda oficial está supeditada a unas directrices y políticas fijadas por los Estados.

En España los ratios no se alejan mucho de esta tendencia. En 2007, los fondos de origen público (54%) superaron ligeramente a los de procedencia privada (46%)⁵. Si sumamos las aportaciones de personas asociadas, las donaciones puntuales, los ingresos por ventas de comercio justo y *merchandising* y otros fondos privados, comprobaremos que las españolas y los españoles aportan el doble de fondos a las ONG (45,6%) que el Gobierno central (22%) —el resto de fondos públicos proviene de organismos internacionales y la cooperación descentralizada: CC AA, ayuntamientos...Y eso que sólo el 11% de la población española colabora económicamente, ya sea de forma regular o puntualmente, con causas sociales, un porcentaje muy alejado del de, por ejemplo, EE UU, donde colabora el 90% de la población⁶.

Cambiar las cosas está en nuestra mano; conseguir un mundo mejor para todas las personas no es tarea sólo para Gobiernos y organismos internacionales. Cualquier contribución, por pequeña que pueda parecer, es importante.

¹What Explains the Cost of Remittances? An Examination across 119 Country Corridors; Banco Mundial, 2009. http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDS/IB/2009/10/13/000158349_20091013142843/Rendered/PDF/WPS5072.pdf

²Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=ODA_DONOR

³Mujeres y migraciones, Federación Internacional de Derechos Humanos, 2007. http://www.fidh.org/IMG/pdf/Femmes_migrations_esp.pdf

⁴Public support for humanitarian crises through NGOs, Development Initiatives, 2009. [http://www.reliefweb.int/rw/lib.nsf/db900sid/OCHA-7PRGL9/\\$file/GHA%20special%20report%20on%20NGO%20funding_abridged_feb09.pdf?openelement](http://www.reliefweb.int/rw/lib.nsf/db900sid/OCHA-7PRGL9/$file/GHA%20special%20report%20on%20NGO%20funding_abridged_feb09.pdf?openelement)

⁵Informe de la Coordinadora de ONG para el Desarrollo España sobre el sector de las ONGD 2008, CONGDE 2009. <http://informe2008.coordinadoraongd.org/>

⁶La colaboración de los españoles con las ONG y el perfil del donante 2009, Asociación Española de Fundraising. http://www.aefundraising.org/files/documentos/PerfilDonante_AEFundRaising.pdf

UN BUEN EJEMPLO DE COOPERACIÓN

Reducir la mortalidad materno infantil a la mitad en menos de una década. Esa es el gran logro de Sierra Leona, un país asolado por la guerra en el que, al finalizar el conflicto armado, en 2002, morían más mujeres por causas relacionadas con el embarazo o el parto y niñas y niños menores de cinco años que en ninguna otra parte del mundo. Samuel S. A. Kargbo, director del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud, explica cómo se ha conseguido.

En menos de una década, su país ha logrado reducir la mortalidad materno infantil, que era la más alta del mundo, en un 53-56%. Es un gran logro. Estos indicadores todavía no son suficientemente buenos si los comparamos con los indicadores mundiales, pero es un hecho que estamos mejorando. Se debe a varios factores: primero, muy importante, el cambio en el papel de la mujer. Tras la guerra se creó el Ministerio de Género y Asuntos de la Infancia, que elabora leyes y otras fórmulas para reflejar la nueva situación del rol de la mujer en mi país. Sabemos que la educación de las mujeres es esencial para el futuro desarrollo.

Si reciben educación, las mujeres serán conscientes de sus derechos y al mismo tiempo podrán exigirlos. Esto tiene un impacto directo sobre su salud sexual. Se están elaborando nuevas leyes respecto al matrimonio; antes un hombre podía abandonar a su esposa y ésta quedaba desamparada; hoy tiene derecho a propiedades, aunque se haya divorciado. También hay que agradecer la colaboración de Médicos del Mundo.

¿En qué sentido? Con el apoyo de esta organización se ha conseguido levantar de nuevo la infraestructura sanitaria, destruida en su práctica totalidad durante la guerra, y se ha formado al personal sanitario en las Unidades Sanitarias Periféricas de Port Locko y Koinadugu. Así, hasta el 60% de los partos en Koinadugu se produce en condiciones y con asistencia adecuadas, mientras que en el resto del país sólo ocurre en el 24% de los casos.

Por otro lado, gracias a la labor de Médicos del Mundo he visto un incremento de la inmunización de niños y niñas. En 2003 y en 2004, la tasa de niños inmunizados en el distrito de Koinadugu era del 5%; en 2008 y 2009 es superior al 80%, ya que se ha realizado un seguimiento en las aldeas a través de las clínicas móviles y de la implicación del personal sanitario y de la gente de las comunidades, que se ha formado para ello.

¿Cómo calificaría este trabajo conjunto? Dado que el Gobierno de Sierra Leona y Médicos del Mundo comparten el mismo objetivo, mejorar las condiciones sanitarias de la población, la colaboración funciona perfectamente. Médicos del Mundo pregunta al Gobierno cómo trabajar, cuáles son sus objetivos, sus necesidades, en qué se puede ayudar.

Además, el equipo cooperante habla con las comunidades para conocerse mutuamente y conocer sus necesidades. Esto es muy importante. Como nosotros conocemos nuestros problemas, el trabajo es más sencillo y rápido, y los objetivos y prioridades se cumplen mejor. Otras ONG no consultan y puede ocurrir que sus proyectos no sean los más necesarios.

Su organización también ayuda a la comunidad en la provisión y la gestión de los servicios sanitarios, ya que el Gobierno no cuenta con los recursos necesarios para ello.

¿Qué retos plantea el futuro? Uno de nuestros mayores retos es afrontar el coste de los servicios de salud, que es asumido en parte por la persona paciente y en parte por la comunidad. Médicos del Mundo en Sierra Leona facilita la gestión de ese dinero recuperado por parte de las Unidades Sanitarias Periféricas para que se revierta en la comunidad y en la propia Unidad Sanitaria. El Gobierno comienza a trabajar en la posibilidad de un sistema gratuito; primero se intentará implantar para los grupos más vulnerables, mujeres embarazadas y niños y niñas menores de cinco años, y después a toda la población.

EVOLUCIÓN DE INDICADORES	2005	2008
Mortalidad infantil en menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos)	286	140
Mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos)	1.300	857
Niños menores de 5 años que duermen bajo mosquitera tratada con insecticida	5%	25,80%
Partos institucionales	19%	24,60%
Utilización de anticonceptivos	5%	8%
Prevalencia de VIH	1,54%	1,5%

Fuente: Ministerio de Salud de Sierra Leona.

“ES FUNDAMENTAL QUE GOBIERNOS, COMUNIDADES Y ONG SE CONOZCAN Y ESCUCHEN”





Cuestión de justicia

Ojalá esta crisis fuera el desencadenante de un nuevo planteamiento que cuestione el modelo de libre mercado y consumismo a ultranza

Asistimos en estos días a intensos debates sobre la posibilidad de disminución de la Ayuda Oficial al Desarrollo motivada por la crisis.

Desde la sociedad civil se esgrimen argumentos para convencer a la clase política, se explica lo lejos que estamos todavía de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la importancia de, no reducir las ayudas ahora, o incluso de reforzar si fuera posible su cuantía y oportunidad. Estos debates cuando menos nos deberían provocar perplejidad. ¿Es la Ayuda al Desarrollo un lujo que sólo nos podemos permitir en épocas de crecimiento, es decir, cuando nos sobra?

Todos y todas sabemos que esta crisis afectará, sobre todo, a las personas más pobres, que, desde luego, no han sido las responsables de la misma. Entonces, ¿qué sentido tiene disminuir, justamente ahora, el estímulo para el crecimiento que puede suponer el apoyo externo?

Los Estados ricos están haciendo grandes inversiones para sostener los mercados y la sensación es que tarde o temprano conseguirán que las cosas “vayan como antes”. ¿Pero de verdad queremos que vayan como antes? ¿De verdad pensamos que el modelo de desarrollo actual es sostenible y defendible?

Necesitamos reflexionar sobre los errores. No podemos continuar alimentando un modelo de desarrollo que no sólo mantiene en la pobreza o la indigencia a tres cuartas partes de la Humanidad, sino que ha creado unos fuertes mecanismos de defensa que hacen que, incluso en medio del fracaso, no critiquemos el paradigma. Ojalá esta crisis fuera el desencadenante de un nuevo planteamiento que cuestione, de verdad, el modelo de libre mercado y consumismo a ultranza que está poniendo en peligro al planeta y sus habitantes.

¿Podríamos llegar a concebir la Ayuda al Desarrollo, no como una limosna en casos de superávit, sino como una política social a nivel planetario, que procurara un desarrollo armónico para todos y todas y preservara el planeta? Entonces quizás no se viera sujeta a los vaivenes económicos ocasionados por la mala gestión y el afán de lucro. La Ayuda al Desarrollo es una obligación de los países donantes para cumplir con el derecho a la salud en los países en desarrollo.

Es cuestión de oportunidad, de imaginación, pero también de justicia.

Teresa González
Presidenta de Médicos del Mundo

GUINEA BISSAU FIN DE PROYECTO

Marisa Sanz y Ruth Díez, coordinadora y médica, respectivamente, del equipo de Médicos del Mundo en Guinea Bissau.

Tras el trabajo desarrollado durante la última epidemia de cólera, en 2008, Médicos del Mundo España comenzó a colaborar de forma permanente con el Gobierno de Guinea Bissau. La aparición periódica de epidemias de cólera justificó nuestra entrada y permanencia en el país, con el desarrollo de un proyecto, que ahora finaliza, financiado por el Departamento Europeo de Ayuda Humanitaria y la Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo.

Guinea Bissau presenta unos de los peores indicadores de salud del mundo, situándose en el puesto número 173 (de 182) del Índice de Desarrollo Humano de 2007. La mayor parte de las infraestructuras de salud y redes de agua y saneamiento, uno de los factores determinantes de epidemias, existen solo en el centro de la capital, en un estado más que lamentable; datan de la época colonial.

Entre los meses de abril y noviembre de 2009, el proyecto Apoyo al Plan de preparación y respuesta contra epidemias de cólera en Guinea Bissau ha reforzado la capacidad del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) del país para enfrentarse a futuras epidemias de cólera. El objetivo era mejorar la preparación y la respuesta precoz frente al cólera, desarrollando una serie de medidas, principalmente durante los meses de mayor riesgo (estación lluviosa), que reducirían la mortalidad y la extensión de la epidemia en caso de producirse un eventual brote de cólera.

El trabajo de estos meses se ha desarrollado en las dos regiones sanitarias que registraron un mayor número de casos en el país (Bissau y Biombo) y se resume en los siguientes puntos:

- Análisis de los factores de riesgo sanitario para cólera y localización de las áreas de mayor riesgo dentro de esas regiones con el fin de centrar futuras intervenciones en estas áreas prioritarias.

- Organización de un dispositivo de respuesta en esas áreas. A nivel comunitario, Médicos del Mundo, en colaboración con la Cruz Roja de Guinea Bissau, ha participado en la formación y activación de una red comunitaria de personas voluntarias, que ha desarrollado una campaña de sensibilización puerta a puerta, difundiendo mensajes de promoción de higiene básica y



medidas para evitar el cólera. En esta labor de sensibilización se han tenido que superar las dificultades inherentes al contexto donde trabajamos, principalmente la falta de transporte. Con el mismo propósito se han realizado también programas de radio y obras de teatro. Con esta campaña se calcula haber alcanzado a alrededor de 30.000 personas.

- A nivel periférico, en los centros de salud, Médicos del Mundo ha colaborado en la formación de 68 personas técnicas de salud en manejo de casos y medidas de higiene y desinfección en caso de epidemia, y en la rehabilitación y mejora de algunos centros (principalmente en acceso al agua potable y de letrinas, no siempre disponibles en todos los centros) para poder hacer frente a una epidemia

- Apoyo institucional en los ámbitos central y regional; Médicos del Mundo ha participado en la formación de personal sanitario en el ámbito de agua y saneamiento y en reuniones periódicas para mejorar los mecanismos de coordinación entre todos los actores que trabajan en este ámbito en el país.

VALORACIÓN POSITIVA

Médicos del Mundo considera que, en términos generales, la intervención ha sido positiva, sobre todo por las sinergias que se han generado con nuestros socios locales en

cuanto a colaboración y trabajo. Asimismo, se ha podido constatar que la participación de las personas beneficiarias, tanto del personal profesional sanitario como de la población general, ha sido también positiva.

Sin embargo, aún existen aspectos que se tienen que mejorar para poder asegurar una estrategia de prevención efectiva y una respuesta eficaz y coordinada frente a una epidemia de cólera. La pobreza extrema en que está sumida gran parte del país es uno de los principales factores determinantes de la aparición de la enfermedad, tanto por la dificultad de la población de modificar sus conductas higiénicas (por falta de recursos) como por la dificultad del Gobierno de poder asegurar una red de agua y saneamiento y un acceso a los servicios sanitarios adecuados.

Esta intervención finalizó el pasado mes de noviembre, aunque ya se han firmado acuerdos con el MINSAP, otras organizaciones humanitarias y la AECID para continuar hasta 2010 con actividades de seguimiento y fortalecimiento de la capacidad de preparación y respuesta frente a epidemias. Incluso se prevé la puesta en marcha de un nuevo proyecto para ampliar nuestro campo de intervención a la prevención de enfermedades diarreicas en general (no sólo del cólera) y de mejora de la gestión de los residuos clínicos.

COMISSÃO EUROPEIA



Ajuda humanitária



Agencia Española
de Cooperación
Internacional
para el Desarrollo



INDONESIA RESPUESTA AL TERREMOTO EN SUMATRA

Luca Beltrame, desk de Acción Humanitaria de Médicos del Mundo.



El equipo de Médicos del Mundo también da apoyo moral a las personas afectadas. "No debemos dejar que sientan que han sido olvidadas", afirma el coordinador de la misión. FOTO: Dorothee Frenot.



Cerca de 1,2 millones de personas se vieron gravemente afectadas por el terremoto del pasado septiembre. FOTO: Dorothee Frenot.

Tras el terremoto que golpeó la isla de Sumatra (Indonesia) a finales del pasado septiembre, se da por finalizada la primera etapa de respuesta de emergencia. La zona enfrenta ahora la fase de rehabilitación y reconstrucción. Las delegaciones española y francesa de Médicos del Mundo desplazaron un equipo y material a Padang, una de las zonas más afectadas por el seísmo, gracias a la colaboración del Fondo de Emergencias de la Obra Social de Caja Madrid.

Médicins du Monde Francia desempeñó labores de coordinación con los actores locales y desplazó a la región a un equipo para evaluar las necesidades más apremiantes, reforzar el sistema de atención médica y psicológica y llevar a cabo la vigilancia epidemiológica. En esta fase se distribuyó material de primera necesidad: 750 tiendas, 2.400 plastic sheeting, –lonas de plástico para refugios temporales–, y 1.500 kits higiénicos –detergente, jabón, cepillo y pasta de dientes– y de cocina. Se ofreció asistencia médica a 56.000 personas a través de las clínicas móviles. También se instalaron 17 tiendas de 35m² como estructuras temporales para los centros de salud y poder seguir con las actividades de asistencia.

Las últimas estimaciones hablan de alrededor de 1.115 personas fallecidas. El 9 de octubre, el Humanitarian Response Plan for the West Sumatra Earthquake cifraba en 1,2 millones las personas gravemente afectadas por este desastre natural. Más de 360 estructuras de salud quedaron damnificadas o destruidas.

ATENCIÓN A LAS PERSONAS MÁS VULNERABLES

"La primera fase de la emergencia médica ha terminado y ahora debemos hacer frente a patologías distintas, como infecciones respiratorias", explica Robin Frederick, coordinador de la misión de Médicos del Mundo en Indonesia. "Tenemos que prestar mucha atención a la situación de las personas más vulnerables, sobre todo los niños y niñas. Y la gente

necesita refugio. Algunas aldeas se han visto gravemente afectadas y las casas están arrasadas. Con la llegada de la temporada de lluvias, es urgente proporcionar refugio a las personas que han perdido sus hogares", continúa Frederick.

Médicos del Mundo, que a través de la delegación francesa impulsa proyectos de nutrición y vacunación en Indonesia desde 2005, respondió a la llamada del Gobierno indonesio y movilizó un equipo a la zona afectada. La misión, compuesta por diez personas (personal médico y de Enfermería, logistas y un coordinador), llegó para evaluar las necesidades médicas en el distrito de Pariaman, 90 kilómetros al norte de Padang. El equipo llevó material médico-quirúrgico y de ayuda en situaciones de desastre, para asistir a un millar de personas durante 15 días y un kit médico-quirúrgico para tratar hasta 150 personas heridas.

Se pusieron en marcha tres clínicas móviles para proporcionar atención médica y fármacos en el norte de Padang, incluso en las aldeas más remotas. El equipo de Médicos del Mundo facilitó apoyo a los puskesmas (centros de atención primaria de salud) y proporcionó unas 300 consultas diarias. La mayoría de las personas pacientes sufría infecciones respiratorias, enfermedades de la piel, diarreas y dolores corporales. Otros dos consultorios móviles evaluaron la salud de la población y recogieron datos epidemiológicos.

HONDURAS TRAS EL GOLPE DE ESTADO

Rosa Cepa, desk de la Unidad de Centroamérica y Caribe.



Localidad de Ojojona, Honduras.

FOTO: Francisco Morazán / Chamo Estudio, bajo licencia Creative Commons.



Enseñando a tallar a niños y niñas, en la comunidad de Santa Ana.

Las elecciones del pasado 29 de noviembre, por las que la ciudadanía hondureña elegía nuevo presidente de la República y otros cargos parlamentarios y municipales, no contaron con el respaldo de muchos Gobiernos, entre ellos el de España, ni da por cerrada la crisis social, política e institucional abierta cinco meses antes con el golpe de Estado.

En este marco de grave crisis política y social, las condiciones de seguridad en el interior del país han sido muy precarias en muchos momentos. El establecimiento de toques de queda y la reducción de las libertades de movimiento han dificultado el normal desarrollo del trabajo y de las actividades que Médicos del Mundo desarrollaba de forma habitual en cinco departamentos (provincias) del país. Tanto las agencias de Naciones Unidas como varias de las embajadas europeas presentes en el país exhortaron en general al personal cooperante a restringir al máximo sus movimientos. En esta situación, la organización decidió inicialmente suspender todas las actividades de los diferentes proyectos hasta que las condiciones de seguridad en el país permitieran su buen desarrollo.

Tras unas semanas de monitoreo constante de la situación, los equipos reiniciaron parcialmente los proyectos, si bien las actividades no pudieron retomarse plenamente. Los desplazamientos se hacen difíciles debido a los controles en carreteras y caminos así como a los

toques de queda que se siguieron imponiendo en diversas partes del país, lo que conllevaba una reducción de libertad de movimiento. Además, numerosos sectores de la sociedad fueron llamados a paros laborales en protesta por el golpe y aunque su adhesión y seguimiento pudiera ser irregular; afectó el normal desarrollo de la vida en general en Honduras y del sistema sanitario y educativo en particular. El sector salud emprendió medidas sindicales y condicionó cualquier colaboración con la Secretaría de Salud.

Así, nuestro personal procedió a evaluar la factibilidad del desarrollo de las acciones planteadas originalmente en los diferentes proyectos, retomando los contactos con las contrapartes. Dado que la principal contraparte de Médicos del Mundo en Honduras es parte del Gobierno, se procedió a valorar las posibles repercusiones que pudieran derivarse del reinicio de actividades y del fortalecimiento de una estructura que aún no ha sido reconocida como legítima por la mayoría de países y organismos. Por ello se valoró la posibilidad de plantear un cambio en la orientación del trabajo y en la contraparte identificada, en tanto se aclare la situación del país y pueda volver una cierta normalidad política al mismo.

Así mismo, diversas comisiones internacionales de Derechos Humanos, después de investigar y verificar los hechos acaecidos en el marco del golpe, recomendaron la suspensión del apoyo presupuestario y de programas a instituciones del Estado hondureño, manteniendo la ayuda

humanitaria y la cooperación con los municipios y con las organizaciones de la sociedad civil hondureña. Continuar los proyectos tal como fueron formulados inicialmente, podría interpretarse como un apoyo al sistema de salud público dirigido por un ministro de facto y, por tanto, un reconocimiento y respaldo a un Gobierno ilegítimo.

Como alternativa, Médicos del Mundo se plantea trabajar con las alcaldías de la zona de intervención, con la participación de organizaciones locales de base comunitaria, en consonancia con las recomendaciones de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo para la continuidad del trabajo por parte de las ONG españolas en Honduras.

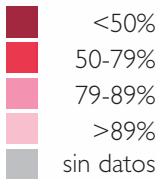
CAMBIOS EN LOS PROYECTOS

Por todo ello, tras una profunda reflexión por parte de Médicos del Mundo, se determinó la necesidad de realizar modificaciones en los proyectos. En particular se ha valorado como imprescindible el cambio de contrapartes en aquellos casos en que éstas tienen carácter institucional y se encuentran bajo el control del Gobierno de facto. Igualmente, las propuestas se reenfocaron parcialmente hacia la nueva realidad sociopolítica y las nuevas necesidades identificadas de la población.

La situación está aún lejos de normalizarse. Las condiciones de seguridad al interior del país se consideran aún bastante precarias, lo que hace muy difícil asegurar el normal desarrollo de las actividades y del trabajo en general.

Cobertura de la vacunación contra el sarampión.

Fuente: Estimaciones de la OMS y Unicef 1980-2006. Bajo licencia GNU en Wikimedia Commons.



SARAMPIÓN

una urgencia médica en los países en desarrollo



Una niña nigeriana que presenta el exantema característico del sarampión en la espalda. El sarampión puede llegar a ser 400 veces más mortal si la niña o niño enfermos tienen problemas de malnutrición.

Miguel de Górgolas Hernández-Mora, profesor asociado de Medicina Universidad Autónoma de Madrid, jefe asociado de Medicina Interna-Infecciosas de la Fundación Jiménez Díaz, Madrid.
www.vacunasyviajes.es

El sarampión es una enfermedad infecciosa que prácticamente ha desaparecido de nuestro entorno más cercano; de hecho, es muy infrecuente que un pediatra pueda ver más de diez casos en muchos años de profesión. Por eso, en los países desarrollados, ha pasado a ser considerada una infección del pasado y muy poco grave, dado que en estas naciones se ha conseguido una cobertura vacunal prácticamente universal.

Sin embargo, la realidad de países más pobres es muy diferente. Se estima que en el mundo ocurren anualmente más de 30 millones de casos y cerca de 500.000 niños y niñas pueden morir de esta infección cada año. El sarampión provoca el 5% de las muertes de niños y niñas menores de cinco años en los países en desarrollo. Son cifras de vértigo, sobre todo porque disponemos desde hace décadas de una vacuna muy eficaz que proporciona inmunidad para toda la vida.

El virus del sarampión es el agente responsable de la enfermedad. Es tremendamente contagioso, de tal forma que se estima que cada persona enferma contagia a entre 12 y 18 personas. Además, la práctica totalidad de las personas contagiadas padecerán la enfermedad, no hay casos asintomáticos o leves. El contagio del sarampión se produce a través de las gotitas, o aerosoles de la tos o los estornudos. Estas gotitas contienen los virus y pueden permanecer en el aire o en las superficies durante varias horas, de tal forma que cuando una persona entra en contacto con las gotas, estando en una habitación con una persona enferma, por ejemplo, los virus penetran a través de la vía respiratoria o de las conjuntivas oculares, iniciándose la infección.

Por este motivo, la transmisión del sarampión en familias, colegios, comunidades cerradas o cualquier otro lugar donde convivan las personas no inmunizadas es muy fácil y rápidamente pueden tener lugar brotes epidémicos. En poco tiempo, muchos niños y niñas pueden adquirir la infección y enfermar gravemente.

SARAMPIÓN Y MALNUTRICIÓN

¿Por qué el sarampión es más grave en los países pobres? Sencillamente porque existe una estrecha relación entre el sarampión y la malnutrición, y es una relación en ambos sentidos. Es decir, un niño o niña que contrae el sarampión, deja de comer y de beber adecuadamente, sufre complicaciones respiratorias y acaba padeciendo una malnutrición de la que, en el mejor de los casos, tardará meses en recuperarse. Por otro lado, un niño malnutrido o con estado nutricional al límite, es más susceptible de padecer un sarampión grave. En estos casos la mortalidad es 400 veces superior que si previamente está sano. Si en España, por ejemplo, la mortalidad del sarampión puede ser del 0,3 %, en niñas y niños de Afganistán con malnutrición es del 23,4 %.

Cuando una persona no vacunada adquiere el sarampión, pasa por un período de incubación que dura aproximadamente diez días. Posteriormente, comienza a presentar síntomas respiratorios –principalmente tos y mocos–, conjuntivitis, fiebre y malestar general. Es un cuadro parecido al de la gripe. Tres o cuatro días más tarde aparecen las manchas de la piel, el exantema, que empieza por la cabeza y se va extendiendo por el cuello al cuerpo y finalmente llega a las extremidades. Pasados unos días, cede la fiebre, se descama la piel y poco a poco la persona paciente va mejorando, si es que no surgen complicaciones.

En los países en desarrollo son más frecuentes las complicaciones en forma de neumonías, úlceras en la boca (que duelen mucho e impiden una adecuada nutrición), déficit de vitamina A (que provoca una enfermedad en los ojos conocida como xeroftalmia u "ojo seco" y que puede provocar ceguera si no se trata adecuadamente), diarrea, otitis, encefalitis, etcétera.

No hay ningún medicamento antiviral específico y eficaz para tratar el sarampión. Lo más importante son las medidas de soporte: higiénicas, nutritivas (alimentación, vitaminas, etc.) y el tratamiento adecuado de las complicaciones infecciosas, como el empleo de antibióticos si hay una sobreinfección, y las derivadas de la malnutrición. La dificultad de acceso a un centro sanitario que pueda aportar estas medidas condiciona una mayor tasa de complicaciones y de mortalidad.

Sí disponemos, sin embargo, de una vacuna altamente eficaz y segura. Cuando surge un brote de sarampión, es urgente y necesario iniciar una extensa campaña de vacunación a toda la población susceptible de contraer la enfermedad, incluidos niños y niñas de menor edad (a partir de los 4, 5 ó 6 meses), con el fin de limitar la extensión de la epidemia. Se necesitan coberturas de vacunación muy amplias para que la enfermedad no se extienda. Es un esfuerzo económico y humano que merece la pena.

SARAMPIÓN	Causa	Virus del sarampión.
	Factores de riesgo	Niños y niñas menores de 15 años no inmunizados. Malnutrición.
	Formas de transmisión	Por gotitas y aerosoles a través de la vía aérea y las conjuntivas.
	Incidencia	40 millones de casos anuales, la mayoría en países en desarrollo.
	Letalidad	Más de 500.000 casos al año, la mayoría en países en desarrollo.
	Síntomas iniciales	Fiebre, tos, conjuntivitis y exantema cutáneo.
	Diagnóstico	Clínico. Confirmación mediante determinación de anticuerpos en la sangre.
	Tratamiento	Medidas de soporte y tratamiento precoz de las complicaciones. No hay antivirales eficaces.
	Pronóstico	Grave en niños y niñas con malnutrición y aquellos sin acceso a servicios sanitarios.
Medidas preventivas	Vacunación universal y aislamiento respiratorio de los casos, cuando es factible.	

EPIDEMIA EN NAMIBIA

Esther Senso, coordinadora de proyecto.

A principios de octubre se registraba un brote epidémico de sarampión en el distrito de Opuwo, Namibia, que un mes más tarde sumaba 292 casos y dos defunciones. La epidemia se está extendiendo fuera del foco inicial, comenzando a afectar a los distritos de Outjo y Khorixas.

Médicos del Mundo, que desde 2006 desarrolla en Kunene un proyecto de fortalecimiento del programa regional para el control del VIH/Sida, financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional y Desarrollo y el Ayuntamiento de Puertollano, respondió al llamamiento del Ministerio de Salud y Servicios Sociales namibio (MoHSS). La organización ha seguido de cerca la evolución de la epidemia desde el inicio, ofreciendo apoyo constante al MoHSS a todos los niveles: seguimiento epidemiológico de la evolución del brote y la epidemia, estudio de necesidades y soporte a la campaña de vacunación y ha promovido y liderado la coordinación entre los agentes involucrados.

Siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, el MoHSS ha puesto en marcha una campaña de vacunación de 2.148 menores de cinco años del distrito de salud de Opuwo (distritos de Opuwo, Epupa y Sesfontein) y ha instalado cinco tiendas de campaña para aislar a los pacientes y evitar así nuevas infecciones en el centro hospitalario.

Además, ha movilizado al personal de salud de otros distritos para apoyar en la campaña de vacunación, así como a los demás Ministerios para conseguir apoyo logístico y financiero. Aún no se conocen los resultados de la campaña que ha representado un gran desafío para el MoHSS y para toda la región de Kunene. Médicos del Mundo ha podido hacer incidencia política en el Gobierno y en otros actores internacionales para que, frente a esta situación de emergencia sanitaria pública, se implicaran tomando las medidas de prevención y control pertinentes.

Campaña de vacunación contra el sarampión en Namibia.



Test rápidos de VIH/Sida

Ramón Esteso, desk de Inclusión Social de Médicos del Mundo.

No todas las personas que han contraído el VIH lo saben. Si quien ha tenido una conducta de riesgo se hiciese la prueba del sida, podrían reducirse en un tercio las transmisiones por vía sexual. Médicos del Mundo cumple dos años con pioneros proyectos de detección precoz de la enfermedad, dirigidos a quienes más obstaculizado tienen el acceso a los servicios sanitarios públicos: personas inmigrantes en situación irregular y personas en situación de prostitución.

Llegó a Francia a los 18 años, en busca de trabajo. Se dedica a cuidar niños y vive en casa de una amiga. Ha venido a ver a un médico porque está cansada, le duelen las articulaciones desde hace tiempo y duerme mal. Cuando llegamos al tema de la violencia, nos cuenta que la violaron cuando tenía 13 años. Los síntomas nos hacen pensar en una patología psicosomática y, a modo de prevención, le proponemos que se haga las pruebas de detección del VIH y de la hepatitis. Está de acuerdo y no parece estar nada preocupada, ya que no ha asumido ningún riesgo. La prueba del VIH resulta ser positiva.

La historia de esta mujer marfileña de 25 años que reside en Francia se repite en España. Y mucho. Unas 40.000 personas residentes en España tienen el virus en la sangre sin saberlo. Si todas las personas seropositivas conociesen su estado, se estima que la transmisión sexual de la infección se reduciría en

más de un 30%. Y para saberlo basta con una sencilla prueba, cuyo Día Mundial se celebró el pasado 20 de noviembre como recordatorio para concienciar a la población que haya tenido prácticas de riesgo, como mantener relaciones sexuales sin protección.

Cualquier persona puede acudir a la sanidad pública para practicarse la prueba sin costo alguno, pero ciertos colectivos encuentran barreras culturales, sociales y estructurales que dificultan su acceso a los servicios sanitarios. El desconocimiento de la enfermedad y las posibilidades terapéuticas disponibles, el no conocer los centros de detección y de tratamiento del VIH/Sida, o incluso el miedo a la estigmatización, hace que sea muy difícil que personas inmigrantes sin permiso de residencia o en situación de prostitución hagan uso de la red sanitaria.

LA EPIDEMIA EN DATOS

EL SIDA SIGUE SIENDO LA CUARTA CAUSA DE MUERTE EN EL MUNDO Y LA PRIMERA EN EL ÁFRICA SUBSAHARIANA. HOY DÍA, 33 MILLONES DE PERSONAS VIVEN CON EL VIH Y AL MENOS 7.500 SE INFECTAN CADA DÍA.

ONUSIDA CALCULA QUE EL COSTE DEL ACCESO UNIVERSAL A LA PREVENCIÓN, EL TRATAMIENTO Y LA ASISTENCIA SERÍA DE APROXIMADAMENTE 54.000 MILLONES DE DÓLARES EN EL AÑO 2015.

ACTUALMENTE POR CADA DOS PERSONAS QUE EMPIEZAN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL, OTRAS CINCO SE INFECTAN POR EL VIH. SI SE QUIERE CAMBIAR EL CURSO DE LOS ACONTECIMIENTOS, ES FUNDAMENTAL CONSEGUIR UNA MAYOR DETERMINACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL VIH.

HASTA QUE NO SE DISPONGA DE UNA VACUNA Y DE UN TRATAMIENTO CURATIVO, LA INFECCIÓN POR VIH SEGUIRÁ SIENDO UN IMPORTANTE PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA QUE REQUIERE RESPUESTAS POLÍTICAS, SANITARIAS Y SOCIALES.

CADA AÑO SE PRODUCEN EN ESPAÑA ENTRE 2.500 Y 3.500 NUEVAS INFECCIONES Y UNOS 1.500 FALLECIMIENTOS POR ESTA CAUSA.



Las personas migrantes, suman a estos factores una distancia aún mayor con los programas y centros de prevención y tratamiento. Esto es especialmente cierto en los países en los que el discurso político dominante utiliza el sida como emblema de la lucha contra la *inmigración sanitaria*, a pesar de que ésta sea marginal, sobre todo, en el caso de las personas que viven en una situación precaria.

Por ello, Médicos del Mundo España comenzó en enero de 2008, de manera pionera junto a otras organizaciones, a ofrecer la prueba rápida de VIH (basta 20 minutos para conocer el resultado) con el objetivo de fomentar la detección precoz de la infección en todos aquellos colectivos más vulnerables, a grupos de personas que se muestran reuentes a utilizar los servicios normalizados para realizarse la prueba.

Se diseñó un protocolo para la puesta en marcha de la operativa de los test rápidos, que incluye reuniones con las administraciones autonómicas, centros de referencia y otros actores relevantes. Posteriormente, se formó a los equipos que implementan los test rápidos y a la adquisición de los materiales necesarios.

8.519 personas visitaron durante los primeros 18 meses del servicio nuestros centros de Alicante, Almería, Bilbao, Huesca, Málaga, Palma de Mallorca, Sevilla, Valencia, Vigo y Zaragoza, de las cuales 2.979 fueron derivadas a la sanidad pública. Un total de 534 personas se mostraron reuentes a acudir a los dispositivos de la red pública y solicitaron someterse a la prueba que ofrece nuestra organización.

La prueba fue positiva en 13 casos (2,43%), que fueron canalizados al centro de referencia.

El 77% de las 534 personas a las que se les realizó el test rápido de VIH eran mujeres, frente al 17% de hombres y el 6% de transexuales. El grupo de edad más numeroso fue el comprendido entre los 25 a 34 años (41%) seguido del grupo de 18 a 24 años (23%) y 35 a 44 años (19%). Atendiendo al origen, destaca el mayor porcentaje de personas originarias de Latinoamérica (53%), seguido de las de Europa del Este (23%) y Europa Occidental (15%).

El 31% de las personas declara no haberse realizado nunca la prueba, un 47% lo hizo entre 1 y 3 veces y el resto (22%) entre en 4 y 10 ocasiones. Sólo un 3% se había realizado la prueba del VIH en un centro específico y un 18% en su país. El 29% de las personas que habían utilizado la red pública no se sintieron cómodas por lo que no habían vuelto.

Cabe concluir que las personas usuarias solicitan más la prueba del VIH desde que se ha iniciado la oferta del test rápido y la mayoría decide acudir a la red normalizada. Aún así queda población que es muy reuente a acudir:

Por todo ello, se valora que esta iniciativa contribuye a aflorar nuevos diagnósticos entre aquella población que difícilmente acudiría a la red normalizada y por tanto desconocen su estado serológico. Se promueve al mismo tiempo la autonomía personal, al insistir en que las personas usuarias utilicen preferentemente la red normalizada, y solo en segundo término se ofrece la alternativa de realizar el test en nuestros dispositivos.

Información sobre el test rápido de detección del VIH/Sida en La Coruña.
FOTO: Sara Janini.



OBSEVATORIO EUROPEO

Durante 2009, el Observatorio Europeo de Acceso a la Salud de la Red Internacional de Médicos del Mundo realizó una encuesta entre las personas usuarias de nuestros servicios, en cuyos resultados se reflejó que sólo un tercio (35,4%) de las personas encuestadas en España saben que una persona en situación irregular tiene derecho a una prueba de detección del VIH gratuita.

Más de un tercio (el 35,7%) de las personas encuestadas ya habían querido someterse a alguna prueba de detección en España, por lo que la demanda de pruebas de detección es considerable. Las mujeres suelen encontrarse en este caso con más frecuencia que los hombres (el 39,1% frente al 31,3%). Incluso son más las mujeres que quisieron realizarse una prueba de detección entre los 18 y los 29 años.

En hombres nunca son más del 38,8% los que desean realizarse las pruebas, independientemente de la franja de edad.

En cuanto a las mujeres, el índice se reduce rápidamente a partir de los 45 años. Es importante destacar hasta qué punto el deseo de realizarse las pruebas está más relacionado con la maternidad que con la sexualidad.

A partir de los 55 años, se alcanza un valor idéntico en ambos sexos (el 18%).

34 miradas contra el olvido

EN EL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

La exposición *34 miradas contra el olvido*, expuesta del 29 de octubre al 11 de noviembre en el Parlamento de Andalucía, en Sevilla, trata de movilizar a la opinión pública en favor de las poblaciones que padecen conflictos olvidados y marginados de la atención de los medios de comunicación y de la comunidad internacional.

La muestra, organizada por Médicos del Mundo con el apoyo de la Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO), el Parlamento de Andalucía y el laboratorio fotográfico Manual Color, se exhibe en una cámara oscura inundada de luz roja que simula el estudio de revelado que emplean los fotógrafos y fotografías.

En esta cámara oscura, 34 reporteros internacionales revelan con sus fotografías las situaciones de desprotección y olvido que padecen poblaciones en todo el mundo, en fotografías dispuestas en cubetas de revelado junto a testimonios de personas vinculadas a Médicos del Mundo.



De izquierda a derecha, Fuensanta Coves, presidenta del Parlamento Andaluz; Isabel Galán, delegada de Cooperación Internacional del Ayuntamiento de Sevilla; Arturo Rodríguez, uno de los fotógrafos participantes en la exposición; Carlos Artundo, presidente de Médicos del Mundo Andalucía, y Pablo Escobar, representante de ECHO.

S.T.O.P.

EN EL MUSEO DE LA PAZ DE GERNIKA

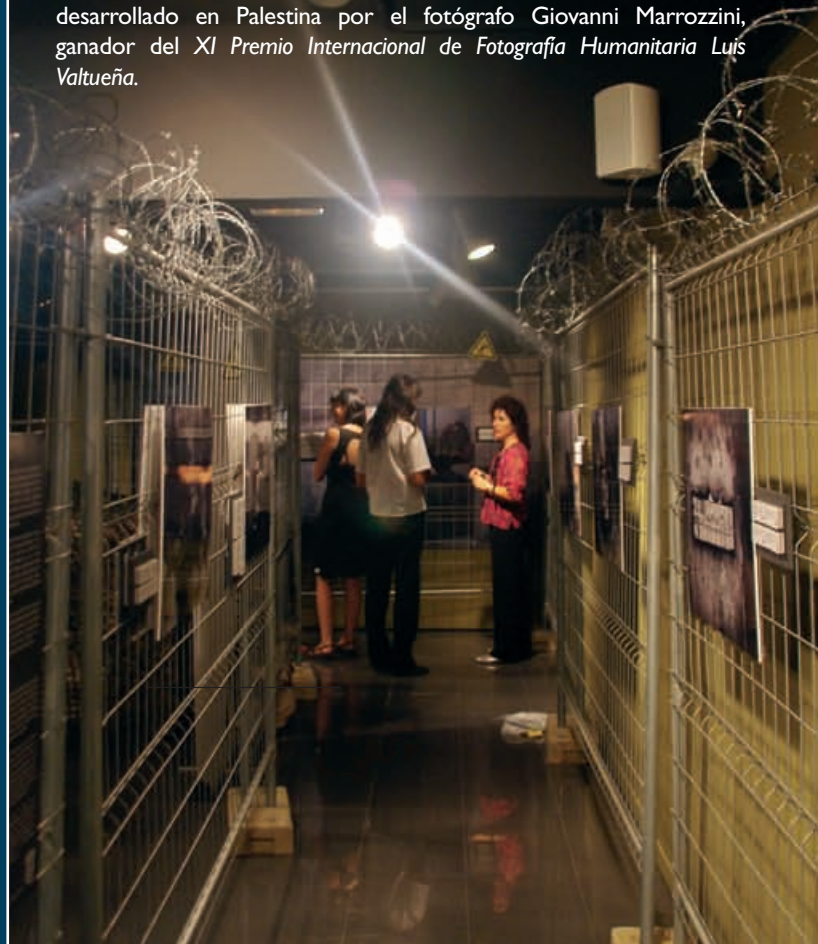
El Museo de la Paz de Gernika acoge desde el día 10 de septiembre y hasta el 31 de enero la exposición *S.T.O.P., Sobreviviendo en los Territorios Ocupados Palestinos*. Este proyecto fotográfico, organizado por Médicos del Mundo y patrocinado por la Museo de la Paz con la colaboración de la Axencia Asturiana de Cooperación al Desarrollo, pretende trasladar a la ciudadanía la situación en la que vive la población en los territorios palestinos.



La exposición trata de reproducir un entorno similar al que se enfrenta día a día la población de la zona y las consecuencias que el conflicto árabe-israelí tiene sobre la salud de sus habitantes. Sus historias nos trasladan a una región donde los controles, los registros y los bombardeos atemorizan a una población tanto como la falta de esperanza y de futuro.

La instalación incluye un *checkpoint* (puesto de control) que da entrada a la muestra. En su interior el visitante está rodeado de vallas que tratan de situarle en un ambiente similar al que viven los habitantes de una región castigada por la violencia desde hace más de cuarenta años.

Las fotografías que componen la muestra son el resultado del trabajo desarrollado en Palestina por el fotógrafo Giovanni Marrozzini, ganador del XI Premio Internacional de Fotografía Humanitaria Luis Valtueña.



XIII PREMIO INTERNACIONAL LUIS VALTUEÑA FOTOGRAFÍA HUMANITARIA



El fotógrafo italiano Francesco Cocco, por su serie fotográfica *Afganistán* sobre la situación de un país que padece guerras y conflictos desde hace más de 30 años, ha sido el ganador del XIII Premio Internacional de Fotografía Humanitaria Luis Valtueña que anualmente convoca Médicos del Mundo. El certamen, que se celebra desde 1998 en recuerdo de los cooperantes de Médicos del Mundo asesinados en Ruanda y Bosnia, también ha premiado instantáneas de inundaciones en

la India y de un campamento de población gitana en Albania. Esta edición del certamen cuenta con el patrocinio del Xacobeo 2010 y la colaboración del laboratorio fotográfico Manual Color.

El jurado coincidió en destacar las instantáneas de Francesco Cocco sobre las dificultades de la población afgana tras décadas de conflicto. Las instantáneas de Cocco nos transmiten de una forma muy personal la crisis de un país acosado por la corrupción y el terrorismo. Son fotos duras, pesimistas y oscuras que muestran, en palabras del propio fotógrafo: "un país de supervivientes, donde sus habitantes son tristes prisioneros de su pasado y carecen de perspectivas ni esperanzas de futuro".

El fotógrafo italiano nos enseña un Afganistán que ha padecido guerras de todo tipo: *frías, de religión y contra el terrorismo*, que han dejado más de un millón y medio de víctimas mortales y casi cuatro millones de personas refugiadas. Un Afganistán que se ha convertido en un laberinto para las naciones occidentales pero, sobre todo, para una población extenuada. El primer premio obtenido por Francesco Cocco consiste en una beca de trabajo de 8.000 euros destinada a la realización de un proyecto fotográfico en una de los ámbitos de trabajo de Médicos del Mundo.

La lista de galardonados la completan, junto a Francesco Cocco, otros dos fotógrafos italianos: Giulio Di Sturco, finalista con sus instantáneas de las inundaciones a causa del monzón en el norte de la India, y Pierluigi Giorgi, que ha recibido una mención especial de jurado por su fotografía de un campamento de población gitana en las afueras de Tirana en Albania.

El jurado de esta décimo tercera edición ha estado formado por: Marisa Flórez, editora jefe de fotografía del diario *El País*; Jon Barandica, editor de fotografía del diario *Público*; Pedro Madueño, editor gráfico de *La Vanguardia*; Yara Sonseca, responsable exposiciones de la Casa Encendida de la Obra Social de Caja Madrid; Begoña Rivas, fotógrafa del diario *El Mundo*; Julia Hernández, fotógrafa; Guillermo Algar, responsable de Relaciones con los Medios de Médicos del Mundo; y Ave María Aburto, tesorera de Médicos del Mundo.

Este premio se convoca anualmente en recuerdo de Luis Valtueña, Flors Sirera, Manuel Madrazo y Mercedes Navarro, cooperantes de Médicos del Mundo asesinados en Ruanda en 1997 y Bosnia en 1995 cuando trabajaban en proyectos de acción humanitaria. Luis Valtueña era fotógrafo y trabajaba en España como reportero en la Agencia Cover, motivo por el cual este Premio lleva su nombre.

En estas trece ediciones, el premio se ha convertido en un referente de la fotografía humanitaria y en su papel de acercar una realidad, a veces esperanzadora, a veces aterradora, pero ante la que no se puede permanecer indiferente. En los doce años del premio, centenares de fotógrafos y fotógrafas procedentes de todo el mundo han presentado sus instantáneas para transmitir esta realidad.



[1] *Afganistán* de Francesco Cocco.



[2] *Las secuelas* en Bihar de Giulio Di Sturco.



[3] *Apnea* de Pierluigi Giorgi.

MUESTRA ITINERANTE

A esta edición del Premio Luis Valtueña se presentaron 545 fotografías de 195 autores de 30 países. El Jurado seleccionó 29 obras de 13 fotógrafos y fotógrafas, que forman la muestra fotográfica que recorrerá España y otros países europeos. La inauguración oficial y el acto de entrega de premios tendrá lugar el 14 de enero de 2010 en el Parador Hostal dos Reis Católicos, Plaza del Obradoiro 1, Santiago de Compostela. La exposición visitará Madrid entre el 19 y el 25 de enero, en La Casa Encendida, Ronda de Valencia 2.



¡ALERTA!

[1]

[2]

DENGUE una epidemia silenciosa

Muchas epidemias son silenciosas, no son consideradas emergencias, y no reciben la suficiente atención porque no trascienden la escala local ni suelen interesar a la ayuda internacional, sobre todo porque su incidencia no va más allá de las propias víctimas.

El dengue, cuya incidencia ha aumentado extraordinariamente en todo el mundo en las últimas décadas, amenaza a más de 2 mil millones de personas, un tercio de la población mundial. La Organización Mundial de la Salud calcula que cada año puede haber 50 millones de casos en todo el mundo.

Transmitido por un mosquito que se reproduce en agua acumulada en recipientes y objetos, los brotes de dengue están determinados por contextos de saneamiento muy precario. Si no recibe tratamiento adecuado, puede llegar a ser mortal, por lo que la cobertura de



servicios sanitarios es también un factor determinante. El diagnóstico precoz y un tratamiento clínico meticuloso a cargo de personal médico y de enfermería con experiencia son fundamentales, especialmente en el caso de dengue hemorrágico, en el que la atención médica puede salvar la vida de la persona enferma.

Los lugares vulnerables a desastres naturales sufren una mayor probabilidad de registrar un brote, debido a los eventuales daños en las infraestructuras y a condiciones de hacinamiento que pueden facilitar la transmisión de enfermedades.

TRABAJAMOS EN LA PREVENCIÓN
La lucha contra enfermedades que pueden convertirse en epidemias, como el dengue (endémico en 100 países tropicales de Asia, el Caribe, América y África), es uno de los ejes prioritarios de la intervención de Médicos del Mundo. Por eso, enfocamos

nuestra intervención hacia la prevención y la preparación de los servicios de salud, fortaleciendo las capacidades existentes dentro del sistema de sanidad. En Yoro (Honduras) y Pikine (Dakar, Senegal) trabajamos con las comunidades y las autoridades sanitarias en la prevención y control del dengue:

- Capacitando en acciones de prevención a organizaciones de la sociedad civil y personas con liderazgo comunitario.
- Emprendiendo campañas de limpieza en barrios vulnerables para educar a la población y eliminar de las viviendas los reservorios (nidos) del mosquito, como recipientes y botellas en desuso.
- Apoyando campañas preventivas de fumigación.

COLABORA EN LA PREVENCIÓN DEL DENGUE EN YORO Y PIKINE



[1] Inundaciones en Dakar, Senegal. [2] Vigilancia epidemiológica en Pikine, Senegal.



Revisión de viviendas en el barrio El Paraíso, Yoro, Honduras. Se encontraron diferentes criaderos de mosquitos en botellas en desuso.

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

¿Qué es?

El dengue es una infección vírica, transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*, que aparece en las regiones tropicales y subtropicales de todo el mundo, principalmente en zonas urbanas. Los síntomas son fiebre (de leve a alta) de aparición brusca, cefalea grave, dolores retrooculares, musculares y articulares y erupciones cutáneas. El dengue hemorrágico es potencialmente mortal.

¿Cómo se trata?

No hay tratamiento específico para el dengue, pero una atención médica apropiada y una buena hidratación son fundamentales. Ampliar el acceso a atención médica prestada por profesionales con experiencia y conocimientos sobre el dengue hemorrágico (personal sanitario que conoce sus síntomas y sabe cómo tratar sus efectos) puede reducir la tasa de mortalidad desde el 20% ¡a menos del 1%!

¿Por qué se está propagando?

La propagación del dengue se atribuye a la expansión del mosquito trasmisor. El aumento rápido de las poblaciones urbanas de mosquitos está incrementando el número de personas en contacto la enfermedad, especialmente en zonas favorables a su reproducción, aquellas en las que es frecuente el almacenamiento doméstico de agua y donde no se dispone de servicios de eliminación de residuos sólidos.

En Asia y América, el mosquito se reproduce principalmente en vasijas de barro, bidones metálicos y cisternas de hormigón utilizadas para el almacenamiento doméstico de agua, así como en envases de plástico desechados, neumáticos de automóvil usados y otros objetos que acumulen agua de lluvia. En África, el mosquito también se reproduce en agujeros de los árboles o las hojas.

ENTIDADES SOLIDARIAS

Museo de la Paz de Gernika | **Axencia Asturiana de Cooperación al Desarrollo**, por el patrocinio y colaboración en la exposición *S.T.O.P. Sobreviviendo en los Territorios Ocupados Palestinos*, de Giovanni Marrozzini.

Parlamento de Andalucía | **Departamento de Ayuda Humanitaria de la Comunidad Europea**, por el apoyo a la exposición *Dark Room, 34 miradas contra el olvido*.

Concejalía de Igualdad y de Asuntos Sociales del Ayuntamiento de Tafalla | **Área de Igualdad del Ayuntamiento de Huarte** | **Instituto Navarro para la Igualdad del Gobierno de Navarra**, por la subvención de la exposición *¿Mujeres de vida alegre? La explotación sexual, otra forma de violencia de género*.

Ajuntament de Torrent | **Torrente per la Convivència** | **Gráficas Andrés** por colaborar en la exposición *¿Mujeres de vida alegre? La explotación sexual, otra forma de violencia de género*, en Valencia.

Ayuntamiento de Palma, por la financiación de los proyectos CASSPEP y NEXUS; **Consell de Mallorca**, por la financiación de los proyectos CASSPEP, NEXUS y *Saludaries*, e **Institut Balear de la Dona**, por la financiación del proyecto *Saludaries*.



[1]

[1] **Vigo, Pontevedra**

Equipo de Médicos do Mundo Galicia, junto a Abel Caballero (centro), alcalde de Vigo, en la inauguración de la exposición *Solidarízate*, homenaje a la labor del voluntariado.



[2]

[2] **Iturrama, Pamplona**

Visitantes en la inauguración de la exposición *XII Premio Internacional de Fotografía Humanitaria Luis Valtueña*, en el Civivox de Iturrama.

[3] **Tenerife**

Carlos Arroyo, vocal de la Junta Autónoma de Médicos del Mundo Canarias, recoge la Medalla de Plata de Cruz Roja Española en reconocimiento al trabajo desarrollado por el equipo del Centro de Asistencia Socio-sanitaria a Personas Inmigrantes Sur de Tenerife.



[3]

[4] **Madrid**

Elena Ron, vocal de la Junta Autónoma de Médicos del Mundo Comunidad de Madrid (séptima persona por la izquierda), junto a personas premiadas y miembros del jurado y de la organización del certamen *Premios ONG en Blogs – Estaestuoobra*, convocado por Obra Social Caja Madrid y en el que Médicos del Mundo Comunidad de Madrid obtuvo el Premio en la categoría *Atención a personas en desigualdad o en riesgo de exclusión social* con el blog *La esquina que nadie quiere ver* (www.estaestuoobra.es/medicosdelmundo). Foto cedida por Obra Social Caja Madrid.



[4]

[5] **Madrid**

El voluntario Mario Pérez recoge su inscripción en la *Carrera de la Solidaridad*. Los deportistas unidos por los Objetivos de Desarrollo del Milenio, celebrada en Madrid. Esta carrera también se desarrolló en A Coruña, Barcelona, Calviá (Mallorca), Salamanca y Zaragoza. Los beneficios obtenidos se destinarán a proyectos de Cooperación Internacional en África y Latinoamérica de diversas ONG, entre ellas Médicos del Mundo. Foto: Carlos Borrachero.



[5]

GRACIAS

NO NECESITA
SELLO
FRANQUEAR
EN DESTINO



Médicos del Mundo
Apartado de Correos
Nº 1.820 FD.
28080 MADRID

RESPUESTA COMERCIAL
F.D. Autorización nº 15087
(B.O.C. y T. de fecha 06/08/96)

DOBLAR POR AQUÍ



FOTO: Sara Janini.

/24 TESTIMONIO

Felicitas Ibáñez Médica y cooperante desde 1995 en misiones en Angola, República Democrática del Congo, Sierra Leona y Zimbabue. Desde 2006 es la responsable de la Unidad de África I en la sede central de Médicos del Mundo. Acaba de publicar *Misión en África. Vivencias de una cooperante en un continente en guerra*, donde relata sus experiencias.



“EN COOPERACIÓN, EL APRENDIZAJE ENTRE NORTE Y SUR ES MUTUO”

En el libro que acabas de publicar aseguras que ser mujer en África es complicado. Ser mujer en el mundo actual, desde mi punto de vista, es complicado en general. Es una complicación no exenta de desafíos, de los que podemos aprender mucho. Si además eres africana, la complicación se multiplica. Las mujeres en África trabajan sin cesar: acarrean agua, preparan la comida, cuidan a sus hijos e hijas, a sus esposos; son el alma de las familias, mientras los hombres las dejan hacer... En los países de conflicto, son víctimas de violaciones en masa, que son utilizadas como arma de guerra para bajar la moral del enemigo.

¿Qué tiene de especial el continente africano? Su gente maravillosa, que vive cada día el presente, niños y niñas corriendo a tu alrededor; sonriendo, los colores sin orden ni concierto y que, a pesar de todo riman, la música que suena en cada rincón, agitando los cuerpos, el olor que impregna todo, la Naturaleza presente en armonía con los vivos y con los muertos. Y junto a todo esto, la injusticia, la pobreza... Echo de menos la despreocupación por el futuro, la vivencia del presente, los sentidos utilizados al máximo, la vida simple, la naturaleza, la sabiduría africana, el saber vivir de las personas, el descubrimiento del otro en su propia cultura, el baile, el sentido de la muerte... La visión del mundo de las personas africanas prioriza lo que es realmente importante.

¿Qué te enseñó África? África, los africanos, las africanas y sus circunstancias dan sentido a mi vida, la llenan, la justifican, permiten sacar de mi interior lo mejor que

tengo, convirtiéndome en una ciudadana del mundo, me obligan a reflexionar en clave universal y a dejar de mirarme el ombligo, me responsabilizan directamente de lo que pasa a mi alrededor y de sus repercusiones en personas que viven muy lejos de mi en la distancia, pero muy cerca en mi corazón, me impiden pensar en términos de color, religión, nacionalidad, sólo puedo actuar pensando en seres humanos que sufran. Y como médica, no puedo, ni quiero, permanecer impasible ante esa llamada.

¿Cuál es el trabajo de Médicos del Mundo en el continente africano?

Trabajamos en nueve países del continente, desarrollando más de 25 proyectos. Cada vez más, nuestras intervenciones tienen un enfoque de derecho a la salud y entendemos la estrategia de Atención Primaria de Salud como fundamental para responder al enfoque de derechos. El componente de salud sexual y reproductiva se está desarrollando prioritariamente en nuestro trabajo. Se está integrando de forma clara la perspectiva de género y el enfoque intercultural. Uno de los grandes desafíos es incorporar la respuesta a emergencias en nuestros proyectos de desarrollo.

¿Crees que las ONG pueden hacer algo más en su trabajo? Hay que dejar de hablar de población beneficiaria y empezar a hablar de sociedad civil del Sur con la que se colabora., cambiar algunas relaciones de poder con las contrapartes y

la gente a la que acompañamos. Debemos entender que en la cooperación el aprendizaje es mutuo. Como sociedad civil, debemos, a través de nuestras contrapartes, monitorear lo que los Gobiernos hacen, potenciando nuestro trabajo a través de redes sociales en el Norte y en el Sur. No debemos perder nuestro sentido de sociedad civil organizada y transformarnos exclusivamente en ejecutores de la política de los Gobiernos donantes... Hay que ser críticas con lo que hacemos y con cómo lo hacemos.

Tras años trabajando en cooperación, ¿aún te queda esperanza? Si no tuviera esperanza no podría hacer el trabajo que hago. Cuando empezaba en cooperación, quería cambiar el mundo. Más tarde me conformaba con querer cambiar a las personas de alrededor. Ahora el sentido es diferente. Ahora me esfuerzo en no cambiar yo. La historia se escribe a través de pequeñas acciones de muchos y muchas. Quiero responsabilizarme de esa pequeñísima parte de la historia que me ha tocado vivir a través de mi trabajo. Un mundo mejor es posible, sin ninguna duda.

