

Médicos del Mundo

REVISTA TRIMESTRAL N° 25 MARZO 2010
www.medicosdelmundo.org

SUMARIO N°25

- /11 EN EL TERRENO **Nicaragua** | Guatemala | Bolivia | Namibia
- /14 DOSSIER SALUD **Fístula obstétrica**
- /16 NUESTRAS CALLES **Prevención de la Mutilación Genital Femenina**
- /18 MOVILIZACIÓN SOCIAL **Journey, exposición contra la trata de personas**
- /24 TESTIMONIO **Francesco Cocco, Premio Internacional de Fotografía Humanitaria Luis Valtueña**

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

Haití

un país a reconstruir



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.



Un país a reconstruir

Nos enfrentamos a la que quizás sea la mayor catástrofe de la Historia reciente, a la reconstrucción de la capital del que ya antes del terremoto era el país más empobrecido de América y del hemisferio Occidental. En el inicio de la fase de recuperación de las zonas de Puerto Príncipe y poblaciones aledañas golpeadas por el seísmo, la principal preocupación se centra en las miles de personas desplazadas que, al quedarse sin un techo, han buscado refugio en campamentos.

“Se percibe una miseria antigua, una población resignada a la pobreza que sobrevive milagrosamente y unos gobernantes que han olvidado hace mucho tiempo a su población. Apenas se ven campos de cultivo, excepto pequeñas plantaciones, la ganadería es escasa, la industria es mínima y las carreteras son inexistentes”, contaba Stella Quintana, coordinadora del primer equipo enviado desde España, a los pocos días de llegar a Haití.

En un país tan empobrecido, el desastre sobrepasó las previsiones iniciales más pesimistas. El Gobierno de Haití estima que el terremoto del pasado 12 de enero dejó 217.000 personas fallecidas y más de 300.000 heridas. Las cifras oficiales calculan el número de inmuebles destruidos en 30.987 y los que han sufrido daños graves, en 123.965. La Organización Internacional para las Migraciones estima en 585.250 el número de personas desplazadas, la mayoría de las cuales han buscado refugio en un campamento. Menos de la cuarta parte cuenta con una tienda para cobijarse.

“La población se ha instalado en la calle, en los bordes de la calzada, duerme en tiendas improvisadas por miedo a una nueva réplica”, relataba Stella. En la capital se han identificado

unos 1.000 campos de refugio espontáneos. También hay un número no determinado de campamentos en las zonas rurales. La falta de letrinas y de otros servicios sanitarios es una de las grandes preocupaciones.

La llegada de la estación de lluvias puede agravar la situación. A finales de febrero ya cayeron las primeras precipitaciones de importancia, que provocaron la muerte de 13 personas, inundaciones en dos departamentos y la evacuación de más de 3.000 personas.

CLÍNICAS MÓVILES

Médicos del Mundo respondió desde el primer momento a la emergencia con el envío de personal y material médico a la isla, para reforzar el trabajo de los equipos que ya desarrollaban proyectos en Haití antes del terremoto (ver recuadro *Despliegue de Médicos del Mundo*).

“Mediante clínicas móviles, acudimos a las zonas que han quedado sin atención sanitaria. Contamos con el apoyo de personal médico y estudiantes de Medicina haitianos”, explicaba Pino González, presidenta de Médicos del Mundo Canarias y enfermera voluntaria. “La colaboración de la población es total —señalaba Stella— personas voluntarias nos apoyan en

la toma de registro de los pacientes, organizan los turnos de consulta y nos ayudan con las traducciones en creole”.

Actualmente, Médicos del Mundo España trabaja en Puerto Príncipe, Petit Goâve y Grand Goâve en estrecha colaboración con Médecins du Monde Suiza en temas de atención primaria y salud sexual y reproductiva. Seis clínicas móviles se desplazan por estas poblaciones seis días a la semana para pasar consulta, priorizando a las mujeres embarazadas, niñas y niños menores de 5 años y las patologías más graves. También se presta consulta en consulta en 5 dispensarios de Petit Goâve.

También trabajamos y desarrollamos labores de vigilancia epidemiológica en un área rural con una población de unos 53.000 habitantes. Se han atendido 2.037 personas, de las cuales 975 fueron registradas como casos de interés, la mayoría (75%) niñas y niños menores de 5 años con problemas cutáneos e infecciones respiratorias.

Entre la población atendida mayor de 15 años destacan casos de enfermedades crónicas, como la hipertensión, y algunas infecciones de transmisión sexual, cuyo tratamiento se vio interrumpido por el desastre.

También se han atendido casos de fiebre sin foco (temperatura superior a los 38 grados y sin causa detectada en un examen físico). En coordinación con el laboratorio de referencia de Grand Gôave (gestionado por la cooperación cubana) y la realización de test rápidos, se ha confirmado la malaria como causa en el 70% de los casos.

Se ha informado al respecto a los actores pertinentes para la distribución de mosquiteras y el drenaje de zonas pantanosas.

PARTOS SEGUROS

En las zonas que trabajamos hay 52.564 mujeres en edad fértil, por lo que se estima que en los próximos doce meses puedan darse 6.671 partos. De ellos, sólo 2.031 serían partos institucionales, es decir en centros sanitarios y con asistencia médica adecuada. Cada trimestre, 250 embarazos o partos pueden presentar complicaciones y podrían ser necesarias entre 80 y 250 cesáreas.

Por ello, desarrollamos actividades para mejorar la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, con el fin de asegurar una atención adecuada y disminuir las tasas de morbi-mortalidad materna y neonatal.

También nos hemos hecho cargo de la rehabilitación y puesta en funcionamiento de los servicios de maternidad y postparto en los jardines del hospital de Notre Dame, en Petit Goâve. El centro quedó inutilizable por el terremoto.

Despliegue de Médicos del Mundo

Antes del terremoto del 12 de enero, las secciones francesa, canadiense y suiza de la Red Internacional de Médicos del Mundo ya trabajaban en Haití desarrollando proyectos de nutrición, salud materno-infantil, lucha contra enfermedades infecciosas y asistencia a víctimas de la violencia en Puerto Príncipe, Cité Soleil, Grande Anse, Petit Goâve y Grand Goâve. Los equipos consistían en 75 profesionales locales y 12 cooperantes.

Hoy son ocho las delegaciones de la Red presentes en Haití (incluida la española), que cuentan con 67 cooperantes y 340 locales sobre el terreno.

Médecins du Monde Francia ha finalizado las cirugías y seguimiento post-operatorio en el Hospital General Universitario de la capital. En las tres primeras semanas se practicaron 495 operaciones quirúrgicas, la mayoría amputaciones, y 4.100 consultas médicas. A través de clínicas móviles o semipermanentes hoy se brinda asistencia en siete zonas de la ciudad, y se presta atención psico-social a la población afectada. En Grande Anse, donde ya trabajaba esta delegación, se trabaja para garantizar la salud de alrededor de 100.000 personas damnificadas que han llegado a la ciudad, con seis centros de salud (pronto se ampliarán a 11).

La sección canadiense, que ha brindado 2.000 consultas médicas y 1.000 psicosociales, continúa prestando atención sanitaria en 16 zonas de Puerto Príncipe a través de clínicas móviles. Dadas las circunstancias en los campamentos de personas desplazadas, se prevé incrementar las acciones sobre temática de violencia sexual y atención a las víctimas en Cité Soleil y el hospital Choscal, e incluso reiniciar los programas sobre este tema que fueron interrumpidos con el terremoto.

La delegación suiza retoma la labor contra la malnutrición que ya desarrollaba antes del seísmo, a través de clínicas móviles en Grand Goâve. La sección de Grecia, en conjunto con la de Portugal, brinda unas 150 consultas diarias en Sonapi, Puerto Príncipe. Se está valorando la posibilidad de abrir una nueva intervención en el barrio de Carrefour para atender a 900 personas desplazadas. Un especialista en ginecología de Médecins du Monde Bélgica evalúa las necesidades en salud materno-infantil en Petit Goâve, Miragoane y Aquin.

La logística para todos estos equipos es gestionada desde una base establecida en la vecina República Dominicana, dada la destrucción del puerto de la capital, la saturación del aeropuerto y el mal estado de las carreteras. Desde esta base logística se ha gestionado la distribución de las más de dos toneladas de material médico enviado desde España.

Post-operatorio en las aceras del hospital general de Puerto Príncipe. FOTO: Pino González.



Hospital de referencia de Petit Goâve, destruido por el seísmo. FOTO: Magalie Vairetto.



Farmacia de campaña de la sección griega de Médicos del Mundo. FOTO: Giorgos Moutafis.



Haití, antes y después del desastre

Primer país americano en abolir la esclavitud, segundo en declara su independencia, Haití pronto vio como sus ansias de libertad se resquebrajaban por dictaduras, inestabilidad e injerencias externas. La historia del pequeño país está jalonada por numerosas catástrofes; la última, el terremoto del pasado enero.

Alfredo Langa Herrero, profesor de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla y colaborador del Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria.
alfredo.langa@iecah.org

Cuando los europeos llegaron a la isla de La Española, que hoy comprende Haití y República Dominicana, en ella habitaban pueblos indígenas amerindios que fueron aniquilados por las enfermedades y la opresión en apenas 50 años.

Tiempo después, en 1697, la corona española cedió a Francia un tercio de la zona occidental de la isla, donde se estableció el Saint Domingue francés, y comenzó un periodo colonial basado en la esclavitud de cientos de miles de personas africanas llevadas a la colonia para trabajar en las plantaciones de caña de azúcar.

El maltrato continuado y las inhumanas condiciones de vida provocaron diversas revueltas que dieron pie a la denominada "Revolución haitiana", encabezada por Toussaint-L'Ouverture, y que culminaron con la derrota de las tropas napoleónicas y la emancipación nacional. Haití fue el primer país libre de América y la primera república negra en declarar su independencia, en 1804, aunque su primer dirigente postcolonial, Jean Jacques Dessalines, se proclamó emperador.

El nuevo Estado no fue reconocido por la mayor parte de las potencias de la época, incluida Estados Unidos. La historia haitiana ha estado marcada por la inestabilidad política y las presiones e injerencias externas, con ejemplos como el reconocimiento por parte de Francia, que le costó al país una indemnización de 150 millones de francos-oro, o la invasión

estadounidense que ocupó el país entre 1915 y 1934.

SUCESIÓN DE DICTADURAS

Posteriormente, las dictaduras de los Duvalier, *Papá Doc* y *Baby Doc*, desde 1957 hasta su derrocamiento en 1986, desmembraron la sociedad haitiana, y bajo un clima de terror, apoyados por la milicia paramilitar de los *tonton macoute*, sofocaron toda resistencia y saquea-

haber puesto y sacado a tantos dictadores militares, Estados Unidos sacó y puso al presidente Jean-Bertrand Aristide, que había sido el primer gobernante electo por voto popular en toda la historia de Haití y que había tenido la loca ocurrencia de querer un país menos injusto."

Debido a la inestabilidad posterior, en 2004 Aristide abandonó el país y la ONU, tras varios titubeos, estableció la Misión de Estabilización de las Naciones Unidas (MINUSTAH) que propició cierta normalidad institucional. Su actual presidente, René Preval, fue elegido en 2006 y trataba de emprender reformas importantes cuando el terrible terremoto sacudió el país.

BAJOS INDICADORES

Haití es un país algo más pequeño que Galicia, con más de 1.700 km. de costa, y con un vecino estable como es la República Dominicana. De clima tropical y semiárido, con zonas montañosas y playas paradisíacas, la masa forestal ha sido ampliamente sobreexplotada y cuenta con un 28 % de superficie

cultivable dedicada a cereales, según datos de la Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación (FAO).

La población haitiana se estima en unos 9 millones y medio de habitantes, de los que un 95 % es de raza negra y el resto está formado por población mulata y blanca. Casi un 40 % vive en áreas urbanas y la población joven es muy numerosa, con casi un 40 % de habitantes menores de 14 años y una edad media de 20 años (en España está en torno a los 40 años).

La esperanza de vida es de unos 60 años y las tasas de nacimientos y de mortalidad materno-infantil son muy altas, así como las de desnutrición infantil. Según datos de la

FAO y de UNICEF, la mitad de la población está subnutrida y menos del 20 % de la población tiene acceso al agua potable y a servicios sanitarios básicos.

Haití es considerado el país más pobre o empobrecido de América y del hemisferio occidental, con un 80 % de la población que vive en condiciones de pobreza extrema. El Informe de Desarrollo Humano de 2009 situaba a Haití en el puesto 149 de un total de 177 países, por debajo de países como Angola y Congo.

UNA ECONOMÍA GOLPEADA

Respecto a su economía, ésta se encuentra en recesión debido, fundamentalmente, a tres grandes *shocks* externos: el aumento del precio de los alimentos, la destrucción causada por una serie de huracanes (Fay, Gustav, Hanna e Ike) y el reciente terremoto que asoló el país. Esto no sólo ha frenado el crecimiento económico, sino que ha provocado, o más bien agravado, una crisis humanitaria de gigantescas proporciones.

Con una renta per cápita en 2009 de unos 1.330 dólares, el sector más importante, en términos de PIB, está constituido por los servicios, con un 52 %, frente a un 28 % de la agricultura y 20 % de la industria. Sin embargo, la actividad agraria concentra el 66 % del empleo, por un 9 % de la industria y un 25 % de los servicios, aunque los datos no son concluyentes, ya que se considera que dos tercios de las personas trabajadoras se emplean en el sector informal y la economía sumergida.

Haití es una economía muy dependiente del exterior, con dos socios fundamentales: República Dominicana y Estados Unidos, y con una significativa importación de alimentos, bienes que apenas exporta. En torno a un 30 % de sus importaciones de los últimos años fueron productos agrícolas, según la FAO, exportando apenas el 5 % de produc-

tos agrícolas. La inseguridad alimentaria es uno de los grandes problemas.

Su actividad industrial se fundamentaba en el refinado de caña, la producción de cemento y el sector textil, pero estas capacidades seguramente habrán quedado gravemente mermadas tras el terremoto, al igual que las infraestructuras viales y las telecomunicaciones.

EN LAS RUTAS DEL NARCOTRÁFICO

Desde el punto de vista de la economía real e informal, las redes del narcotráfico

cubrir las necesidades básicas de la población. Además, respecto a la corrupción del débil Estado existente, Transparencia Internacional situaba al país como uno de los más corruptos del mundo en 2008.

LUGAR PARA LA ESPERANZA

A pesar del difícil contexto y el escenario de emergencia en que se encuentra el país, para algunos analistas no es una nación sin esperanza ni condenada al fracaso, sino que sus fundamentos económicos se antojan apropiados para hacer viable el desarrollo económico y el progreso.

El hecho de no estar étnicamente dividido, de tener un vecino estable como República Dominicana, o de no existir grupos subversivos organizados de alcance nacional o un Ejército poderoso e influyente, son puntos de partida favorables.

Además, el país cuenta con una importante diáspora en Norteamérica, lo que implica un potencial inversor y de capital humano.

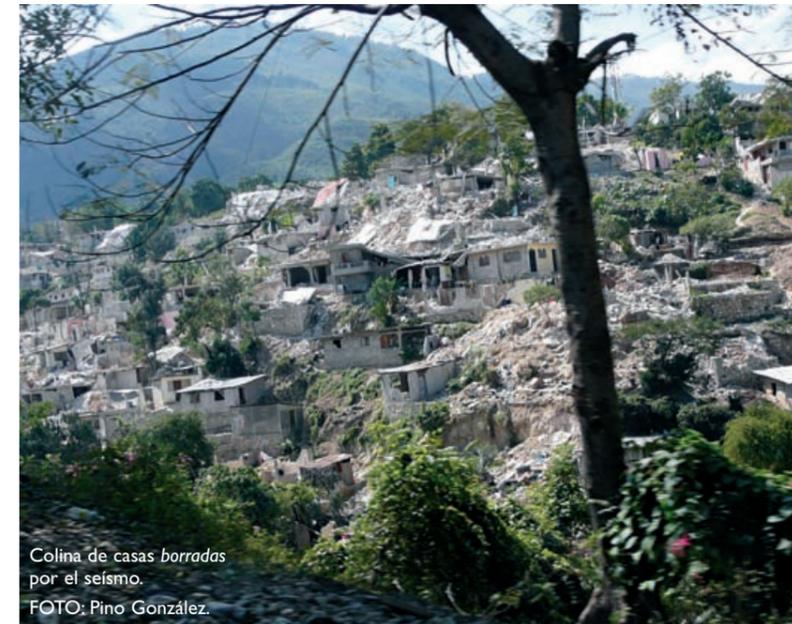
Igualmente, la proximidad a los grandes mercados internacionales y los acuerdos comerciales muy ventajosos que dan acceso preferente al mercado de Estados Unidos, así como

una mano de obra joven y abundante, hacen que la base económica sea propicia. Aunque la juventud de su población y la falta de respuestas ante la dramática situación tras el terremoto, constituyen un riesgo importante de desestabilización, ya que sin empleo decente las y los jóvenes podrían optar por engrosar las filas de las bandas callejeras o de apoyo al narcotráfico.

Se necesitarían unos 10.000 o 20.000 millones de dólares, y quizás una década, para reconstruir un Haití estable y viable, lo que constituye un desafío. En palabras de un asesor de Naciones Unidas, "si la comunidad internacional no puede tener éxito en Haití, difícilmente lo hará en otro lugar".



Campo de personas desplazadas en Carrefour Feuille.
FOTO: Sandra Rude.



Colina de casas borradas por el sismo.
FOTO: Pino González.

Desigualdades de género y desastres naturales

¿Se puede hacer frente a la devastación producida por los desastres naturales soslayando las desigualdades y abusos precedentes y sus continuidades? Una gestión que ciega a las cuestiones de género y el respeto y protección de los Derechos Humanos, ¿qué riesgos y resultados conlleva? ¿Sobre qué bases ha de diseñarse la respuesta humanitaria, medirse su eficacia y exigirse rendición de cuentas?

Giulia Tamayo, responsable de Investigación y Políticas de Amnistía Internacional.

La región de América Latina y el Caribe viene exhibiendo de manera creciente la especial vulnerabilidad de su población más empobrecida y de menor poder social ante los desastres naturales, reflejada en el elevado número de vidas perdidas, así como en las condiciones y riesgos a los que quedan expuestas las personas sobrevivientes.

Se observa además una tendencia al alza en esta región a padecer estos sucesos, con impactos prolongados sobre las sociedades y comunidades afectadas.

Entre 1963 y 1967, el número de desastres en América Latina y el Caribe fue de 94, según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. En cambio, durante el período de 1998 a 2002 este número ascendió a 340¹.

Pese a la experiencia y reflexión acumuladas en los años recientes, aún es escasa la atención respecto de las desigualdades de género en las decisiones principales frente a los desastres, en el plano operativo y en términos de rendición de cuentas.

El respeto y la protección de los Derechos Humanos suele aparecer como una dimensión poco afín a la emergencia, en donde su exigibilidad tiende a ser sustituida por una rudimentaria acción asistencialista de revestimiento humanitario que homologa las diferencias expresadas en desigualdades, o que incrementa desventajas e incluso puede atizar la desprotección al ignorar riesgos específicos o desproporcionados que pesan sobre ciertos sectores de la población.

En la fase de reconstrucción, tampoco un enfoque de Derechos Humanos aparece en el centro, tendiendo a ceder en favor de otros criterios y beneficiar otros intereses.

La movilización de recursos humanos y materiales ante los desastres naturales se tiene con frecuencia como medida para apreciar el estado de solidaridad mundial con las poblaciones afectadas. Sin embargo, la calidad de la respuesta permanece como una dimensión bastante opaca.

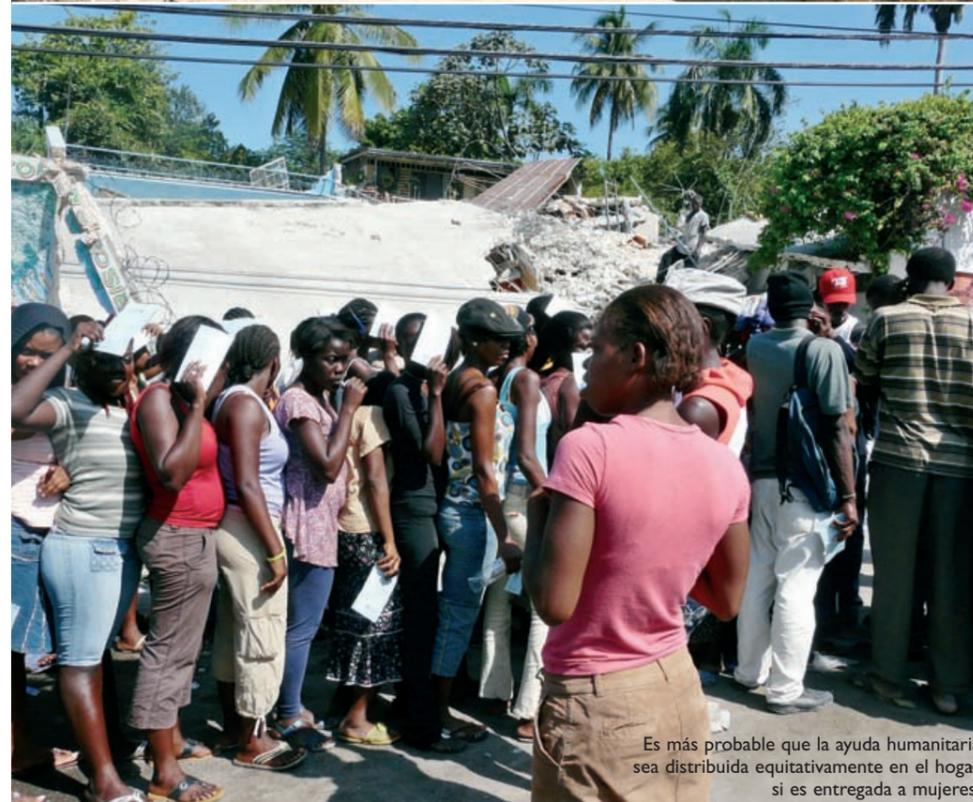
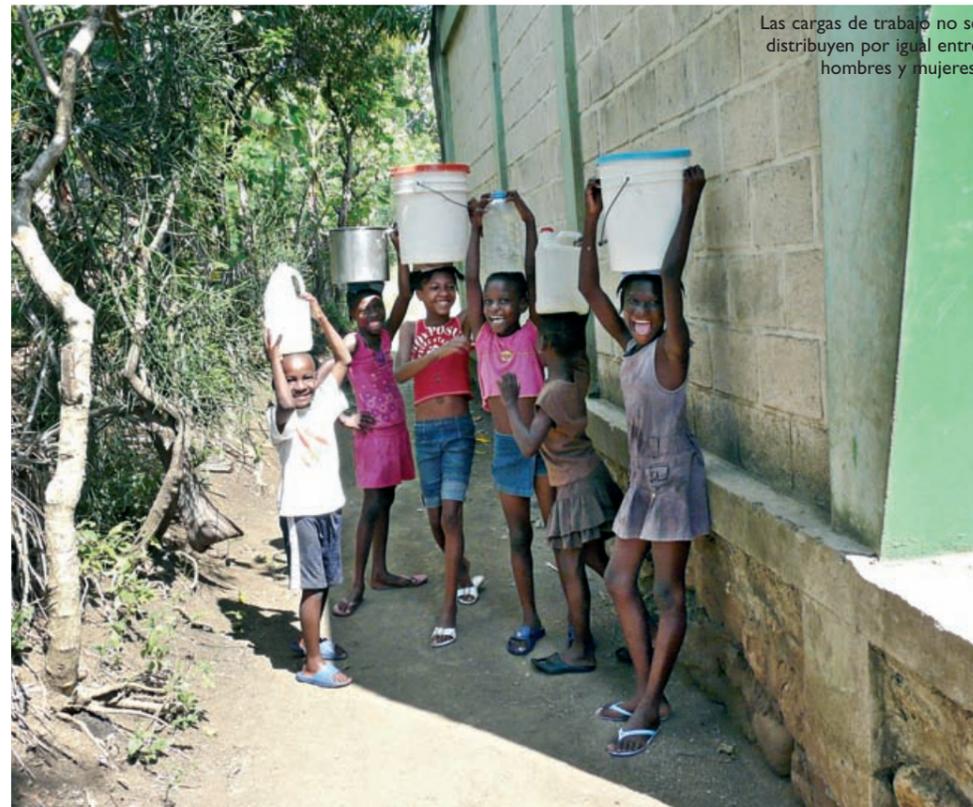
Lejos del escrutinio público discurren las pequeñas numerosas historias, aquellas en las se hilvanan las experiencias de las mujeres y las niñas, especialmente de los sectores más excluidos, cuyas vidas encuentran mayores y nuevas adversidades. Más allá de la retórica en las conferencias de donantes y en los escritorios, las respuestas apenas han sido sensibles a las desigualdades previas y a la vulnerabilidad a abusos que pesan sobre aquellas.

DESIGUALDAD EN LAS TAREAS

Además, pese a que durante los desastres suelen intensificarse las cargas para éstas a quienes los roles sociales de género adjudican la tarea de dar continuidad a la vida, raras veces los recursos movilizados son puestos a su disposición, ni son tenidas en cuenta sus necesidades especiales, ni se encuentran reconocidas con voz propia en los espacios de toma de decisión durante la emergencia y la fase de reconstrucción.

La gestión durante la urgencia inmediata a la devastación suele ser una réplica del despliegue humanitario modelado a imagen de las crisis bajo los conflictos armados, con diseños que traducen formas de organización militarizadas más pendientes de una "restauración del orden público" mediante el uso de la fuerza, que de orientar las capacidades y el uso de los recursos a soluciones para reanudar el ciclo de la vida bajo las reglas del respeto, la protección y realización de los Derechos Humanos.

El cuidado de niñas, niños y mayores, la rehabilitación emocional de las personas afectadas, las labores sanitarias, la atención de las personas enfermas y la preparación de alimentos, no son roles repartidos por igual sobre hom-



bres y mujeres, sino que suelen descansar sobre estas últimas como costo cero en la organización de campamentos. Tampoco suelen dedicarse recursos sustanciales para facilitar tales tareas.

Asumidas las mujeres como recurso elástico a disposición a escala familiar; al interior de los campamentos y a nivel comunitario, suelen estar expuestas a jornadas con frecuencia extenuantes, y raras veces son tenidas en cuenta sus propias necesidades emocionales, materiales y de descanso.

Al contrario, la mano de obra a reclutar dentro de la población local para tareas retribuidas, suele recaer sobre la población masculina.

MÁS VIOLENCIA DURANTE LA CRISIS

La violencia de género, sea a manos de sus parejas o por otros varones, suele intensificarse durante las crisis, sin que las víctimas encuentren los cauces para poner fin a tales abusos y obtener justicia. Los propios agentes destinados a funciones de seguridad acaban siendo autores de abusos contra las mujeres y las niñas.

Asimismo, la entrega de recursos a cambio de favores sexuales encuentra en la especial vulnerabilidad y estado de necesidad de las mujeres y las niñas, una condición para que se desarrollen tales prácticas abusivas. Pese a que esta realidad ha sido advertida en diversas realidades en las que se ha desplegado la acción humanitaria, no se dedican medidas, esfuerzos y recursos para prevenirlas, perseguir tales abusos, sancionar a sus autores y asistir a las víctimas.

La movilidad de las mujeres tras las crisis humanitarias suele encontrarse amenazada por el riesgo de violencia sexual y asaltos. Paradójicamente, en circunstancias en que las economías se encuentran devastadas con consecuencias en la circulación monetaria, los intercambios de bienes y servicios suelen reposar en relaciones de confianza entre mujeres, lo que las empuja a una movilidad expuesta a riesgos. Pese a que tal despliegue de redes sociales entre mujeres es una de las claves para la subsistencia, carecen de protección y apoyos en sus circuitos y recorridos.

El estereotipo predominante de sujetos pasivos con necesidades inmediatas de tipo men-

dicante, se quiebra si prestáramos más atención al modo en que las mujeres enfrentan las condiciones más adversas en el terreno.

La violencia sexual conlleva múltiples y prolongados impactos sobre los derechos humanos de las mujeres y las niñas, cuya gravedad incluye la posibilidad de embarazos no deseados y de contagio de ITS y VIH/Sida.

Sin embargo, no siempre se encuentran a disposición de las víctimas personal especializado ni paquetes mínimos de respuesta a tales necesidades, ni se disponen medidas de seguimiento para su tratamiento y la rehabilitación más completa posible. En general, los derechos sexuales y reproductivos no son integrados como cuestiones críticas que pueden hacer la diferencia entre la vida y la muerte de las mujeres y las niñas.

En los últimos 30 años he sido testigo de esas pequeñas numerosas historias de mujeres y niñas. Traducidas en clave de Derechos Humanos, sus experiencias de exposición a abusos, privaciones e impotencia para hacer valer sus derechos constituyen el mayor escándalo universal. Sus voces se pueden expresar de forma más alta pero no más clara. Está en nuestras manos movilizarnos para hacer que sus Derechos Humanos cuenten y para que sus capacidades no se agoten en la invisible lucha cotidiana sino que trasciendan al plano de la exigibilidad de derechos y la rendición de cuentas.

Responder a las crisis humanitarias producidas por un desastre natural o por un conflicto tiene que ver con defender la dignidad humana y ponernos en la piel de aquellas que siendo titulares de derechos, continúan siendo tratadas como si no lo fueran.

Haití hoy nos pone a prueba. Cualquiera sea el rol que nos toque desempeñar, tengamos presente las historias pequeñas numerosas, y hagamos que más allá de las palabras, se asegure el respeto y la protección de los Derechos Humanos de las mujeres y las niñas.

Nada más, pero tampoco nada menos.

¹América Latina Genera. Gestión del conocimiento para la Equidad de Género, en www.americalatina.genera.org/tematica/cvd-leermas.php?Titulo=Tema5m3&vinculos=Desastres

La Coordinadora de ONG para el Desarrollo-España (CONGDE), a la que pertenece Médicos del Mundo, quiere subrayar la excelente respuesta de la sociedad española, que se ha volcado con las víctimas del terremoto de Haití.

Extraordinaria respuesta de la sociedad española

Según los datos recogidos un mes después de la catástrofe por la Asociación Española de Fundraising, en nuestro país se han recaudado unos 72 millones de euros. De esta cantidad total, unos 65 millones fueron recaudados por las organizaciones miembro de esta Coordinadora, habiéndose ejecutado ya alrededor del 15% en la primera fase de actuación.

A través del trabajo de 90 cooperantes españoles y españolas y unas 3.000 personas locales, dicha cantidad ha permitido llevar a cabo labores de abastecimiento de agua y alimentos, atención sanitaria, provisión de alojamiento y apoyo en los campos de personas desplazadas, así como atención psicosocial, principalmente en las zonas más afectadas por el temblor, como Puerto Príncipe, Jacmel o Petit Goave.

El compromiso a medio y largo plazo de las ONGD presentes permitirá, iniciada la transición a la fase de reconstrucción, poner en marcha proyectos de infraestructura, educación, salud, atención psicológica, producción de alimentos y fortalecimiento del tejido social.

Queremos destacar el papel fundamental que desde el primer momento está desempeñando la sociedad civil haitiana, que, gracias a su rápida coordinación en comités, consiguió atenuar el impacto para miles de personas sobre todo en un primer momento de caos. Desde entonces la coordinación con autoridades locales y agencias internacionales ha mejorado notablemente.

CONDONACIÓN DE LA DEUDA

La comunidad internacional tiene la responsabilidad ahora de acompañar el proceso de reconstrucción de Haití garantizando su desarrollo a largo plazo. Para ello esperamos que los recursos destinados a la reconstrucción estén desligados de intereses económicos. En ningún caso los fondos deben ser condicionados ni generar nuevos endeudamientos.

Confiamos en que las ayudas anunciadas tanto por las administraciones españolas como europeas no salgan de partidas de ayuda ya comprometidas a cubrir necesidades también básicas en otras zonas de África, América y Asia.

También es el momento de exigir, en aras de la recuperación del país, la anulación de su deuda externa (alrededor de 30 millones de euros en el caso de España) y la revisión de las políticas internacionales (económicas, comerciales, migratorias, medioambientales... etc.) que vienen asfixiando el país durante décadas, impidiendo su desarrollo.

Agradeciendo su apoyo, animamos a la sociedad civil española a seguir informándose y apoyando el trabajo de las organizaciones en ésta y otras tareas.

Descarga del informe de la CONGDE
Haití, a un mes del terremoto:
<http://tiny.cc/8SFnX>

Una pequeña pasa consulta en una clínica móvil de Médicos de Mundo.
FOTO: Lahcène Abib.



allí donde queremos estar

Para que se dé una catástrofe hace falta que un fenómeno natural ataque a un país indefenso, que no puede prever, que no puede reaccionar ante los acontecimientos.

Muchas cosas se han dicho y escrito sobre Haití en estos días.

Desde los medios de comunicación han tratado de acercarnos a la complejísima realidad haitiana de antes del terremoto, a sus efectos y a cómo la gente está tratando de sobrevivir. No es fácil "entender" un país en poco tiempo, y tenemos el enorme riesgo de simplificar y quedarnos en la anécdota, en el detalle.

Probablemente la reflexión que ahora os propongo ya se ha hecho y, sin embargo, me apetece compartir el regusto que me han dejado los días pasados allá.

Decimos a menudo que todos los días hay emergencias, pero que de vez en cuando se producen catástrofes, siempre, o casi siempre, en los países del Sur.

No es casual que esto suceda. Para que se dé una catástrofe hace falta que un fenómeno natural ataque a un país indefenso, que no puede prever, que no puede reaccionar ante los acontecimientos. Si llueve en España o si se producen terremotos en Japón, se producirán más o menos daños materiales, pero, seguramente, no se producirán los miles y miles de muertes y la devastación absoluta que estos mismos fenómenos provocan en un país del Sur. Es justamente la indefensión y la imposibilidad de respuesta lo que transforma un fenómeno natural en un desastre.

En el caso de Haití todos los elementos necesarios estaban presentes, provocando una fragilidad que, por desgracia, hemos podido evidenciar viendo los resultados del terremoto.

Pero hay también otros elementos, quizás no tan evidentes, que abren una puerta a la esperanza. Un país que se inventó a sí mismo, una población que supo sacudirse el yugo de la esclavitud y después resistir decenios de manipulación y mal gobierno, unas redes sociales que han permanecido e incluso se han reforzado en anteriores desastres. Todo eso es un caudal que Haití posee y que, sin duda, es la base que permitirá construir el futuro.

Cuando se produce catástrofe el impulso inmediato es ayudar, porque de alguna manera nos identificamos, podemos imaginar el dolor de las personas que todo lo han perdido. En este sentido, la sociedad civil confía en nosotros, en las ONG, para que consigamos que ese apoyo llegue de la mejor manera: con rapidez y oportunidad, pero también con el respeto que merece quien llora una pérdida.

Estoy orgullosa de cómo Médicos del Mundo ha reaccionado ante esta emergencia, sintiéndose, como no podía ser de otra manera directamente interpelado. Estoy contenta de ver la generosidad de todas las personas que lo componen, ofreciendo su tiempo, su esfuerzo, su dedicación, su dinero para que estemos allá donde tenemos que estar.

Me siento además conmovida porque ese esfuerzo conjunto me ha permitido, a mi personalmente, pero en representación de todos vosotros y vosotras, vivir ese momento maravilloso y terrible que supone la relación de ayuda, allá donde está el dolor.

Pero sobre todo estoy emocionada porque siento que el largo aprendizaje que suponen día a día los proyectos a largo plazo nos ha permitido hacerlo de la mejor de las maneras, acompañando y estimulando a la población haitiana para que sea protagonista de su propio resurgir.

Muchas gracias a todos y todas.

Teresa González
Presidenta de Médicos del Mundo

Nicaragua

PONERTE EL DELANTAL NO TE HACE MENOS HOMBRE

Felisa Suárez, coordinadora de país en Nicaragua, y William Álvarez, coordinador local del proyecto.



Militares nicaragüenses, en una marcha en conmemoración del 8 de marzo.



Enterrando el machismo, el Día Internacional de las Mujeres.



Demostración del uso correcto del condón en la Universidad.



Información en el INFOUSAC.

Comenzamos una serie de talleres con hombres para cambiar actitudes sexistas que repercuten negativamente en la salud sexual y reproductiva, no sólo de las mujeres, sino de toda la población.

Médicos del Mundo lleva 13 años desarrollando proyectos en Nicaragua con el objeto de promover el derecho a la salud y a una vida digna para todas las personas. Durante estos años, hemos desarrollado conjuntamente con nuestros socios locales 22 proyectos de Cooperación Internacional en siete departamentos del país, con una contribución aproximada de 9,5 millones de euros.

En diciembre de 2008 iniciamos un proyecto para la mejora de la salud sexual y reproductiva en seis municipios del departamento de Chinandega, para una población de más de 200.000 personas, con financiación de la Agencia Catalana de Cooperació al Desenvolupament, la Junta de Andalucía y el socio local, el Sistema Local de Atención Integral en Salud (SILAIS).

Chinandega, tierra de gente amable y bellos volcanes y lagos, cuenta con la mayor tasa de incidencia de VIH de todo el país y altas tasas de embarazo en adolescentes y de violencia.

OTRA MASCULINIDAD

Durante los primeros meses de 2009, Médicos del Mundo y el SILAIS de Chinandega realizaron un estudio sobre el proyecto. Hablamos con el personal de salud, con las ONGD, con brigadistas, con hombres, muje-

res y adolescentes. Todas estas personas nos ayudaron a entender mejor la realidad de la zona de trabajo.

En todas las conversaciones, surgía un elemento común: para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población es necesario que los hombres cambien. Según nos contaban, son los hombres los que no permiten que su compañera planifique su maternidad, los que no utilizan preservativo a pesar de conocer las consecuencias, los que no comparten las tareas del hogar, los que ejercen violencia sobre las mujeres. Todas estas actitudes repercuten sin duda tanto en su propia salud como en la de las mujeres que están a su alrededor.

Con esta información, iniciamos la búsqueda de una organización con experiencia que nos pudiera ayudar en esta tarea, nada fácil, de cambiar ciertas actitudes y comportamientos en los hombres. Fue en esta búsqueda, donde encontramos a la asociación Hombres contra la Violencia.

Esta agrupación nació en Managua hace más de diez años con el propósito de promover actitudes y valores justos, democráticos y humanos que permitan adoptar prácticas no discriminatorias y no sexistas por parte de los hombres en sus relaciones humanas, ya sean con mujeres o con otros hombres. Este proceso de cambio, según nos cuenta Javier, coordinador de la Asociación y nuestro compañero y amigo, dura toda la vida.

Médicos del Mundo está contribuyendo a este trabajo. Desde septiembre de 2009, 60

hombres de los municipios de Chinandega y Somotillo forman parte de un proceso de capacitación que durará un año. Deseamos que esta aportación sirva para que en las comunidades en las que viven estos hombres se construya una sociedad más justa y equitativa, donde el respeto y el derecho a decidir de mujeres y hombres sea algo habitual.

“Sinceramente, yo creía que la masculinidad era que íbamos a hablar de la violencia entre nosotros los hombres, pero no. Hablamos de componer el trato de los hombres hacia las mujeres, no sólo de la compañera, también de las mamás, abuelas, amigas o vecinas. Estamos hablando no sólo de que no debemos pegarles, sino de que debemos compartir las tareas del hogar, ser más cariñosos, dialogar”.

“Los muchachos de Hombres contra la Violencia le dan confianza a uno y podés hablar tranquilo. Creo que son muy buenos los talleres. Yo voy al suave, recordando en mi casa las cosas que aquí hablamos. Ahora sí hago un esfuerzo por ser más cariñoso y bajar la forma en que les hablo a mis hijos y a mi mujer. Yo no quiero que mis chavalos vivan como yo crecí”.

Félix, participante en los cursos de masculinidad.

Guatemala

LA UNIVERSIDAD, CONTRA EL SIDA

Ana Mateo, coordinadora de país en Guatemala.

Después de cuatro años apoyando el desarrollo de un proyecto de prevención del VIH/Sida en la única universidad pública de Guatemala, Médicos del Mundo deja la intervención en manos de la institución académica, una vez que se ha garantizado su funcionamiento y sostenibilidad.

Hace más de cuatro años, en enero del 2006, Médicos del Mundo y la División de Bienestar Estudiantil Universitario de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC) iniciaron un programa para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/Sida.

La USAC, fundada en 1676, es la única universidad pública del país y reúne a más de 150.000 personas, entre estudiantes, docentes y personal administrativo. La idea de trabajar la prevención del VIH/Sida dentro de la universidad se fue gestando desde mediados del 2004, a partir de la formación de una comisión de trabajo entre la universidad y Médicos del Mundo.

Desde el primer momento se manejó la visión de un programa que quedaría instaurado dentro de la universidad y al que daríamos acompañamiento durante unos años, hasta asegurar su funcionamiento y sostenibilidad con los medios propios de la universidad.

En el primer año, el proyecto se ejecutó sólo en el campus central, que atiende a aproximadamente 80.000 alumnos y alumnas. El programa fue calificado como uno de los más exitosos y visibles. Se ensayaron y validaron metodologías y materiales de divulgación apropiados

a la cultura universitaria y se insertó en las actividades propias de la universidad, como la Huelga de todos los dolores (actividad con 105 años de tradición), o la Feria de información de las carreras que ofrece la universidad para los estudiantes de preingreso (con un promedio de 50.000 participantes anuales).

En 2007, el proyecto se amplió para implantarse en los centros regionales más importantes y que, de alguna manera, representan los extremos de la cultura guatemalteca: en el altiplano del país (Quetzaltenango y San Marcos) donde prevalece la cultura maya, y en el oriente del país (Chiquimula), donde prevalece la cultura ladina (occidental, mestiza).

Durante 2008 y 2009 el programa consolidó su propuesta metodológica y se amplió hasta 10 centros regionales del país (entre 50.000 a 60.000 alumnas y alumnos más).

También se inició el proceso de traspaso del programa por parte de Médicos del Mundo. Para ello, la División de Bienestar Estudiantil Universitario ha seleccionado y contratado, con el apoyo económico de Médicos del Mundo, a cuatro personas como responsables de su ejecución. En junio de 2009, la universidad reconoció el proyecto como un programa propio y nombró una comisión de seis personas para darle apoyo y seguimiento.

UN PROYECTO DE REFERENCIA

Finalmente, el 28 de enero de 2010, el Consejo Superior Universitario autorizó el presupuesto necesario para la contratación de cuatro plazas (para dos psicólogas, una trabajadora social y

una comunicadora), lo que garantiza la continuidad del programa y supone el reconocimiento por parte de la universidad de su importancia.

Entre los logros conseguidos destaca la introducción del tema de la prevención del VIH tanto en los ámbitos formales (cursos, diplomados), como en las actividades informales (ferias, festivales, celebraciones) de la universidad.

El proyecto se ha convertido en un programa de referencia nacional y se está empezando a replicar en universidades privadas. También se ha incluido a realización gratuita de pruebas rápidas de detección del VIH en la cartera de servicios de la Unidad de Salud universitaria.

Además del personal dedicado específicamente al programa, se cuenta con el apoyo de orientadoras vocacionales en cada centro regional, que dedican parte de su tiempo a actividades del programa. En cada centro se han tejido alianzas para mantener el apoyo de organizaciones de la región y del propio Ministerio de Salud.

Y, por supuesto, lo que le da vida al proyecto es el voluntariado. Contamos con grupos organizados en cada uno de los centros que desarrollan actividades dentro y fuera de la universidad (en barrios marginales, comunidades rurales). Estos se han constituido en referencia para el Programa Nacional de Sida como un apoyo fundamental en sus actividades públicas, como las del 1 de diciembre, Día Mundial del Sida.

Bolivia

INTERCULTURALIDAD Y SALUD

Susy Vargas, coordinadora de Convenio, y Susana Catunta, responsable de Género en Bolivia.



Participante en un taller sobre género y derecho a la igualdad.



Un médico y una partera tradicional atienden un parto en Patacamaya.

Médicos del Mundo apoya a la salud pública boliviana en el proceso de armonizar la medicina tradicional, ejercida por distintos pueblos indígenas, con la occidental.

Bolivia, país multiétnico y pluricultural que aúna a más de 40 grupos étnicos diferentes, recorre un camino que busca procesos interculturales de desarrollo que tomen en cuenta la existencia de estos diferentes colectivos, cada uno con sus propias características culturales, políticas y económicas.

En ese marco, el sistema de salud boliviano encara una política que cuenta con un enfoque intercultural que se basa en la aceptación, reconocimiento y valoración de los conocimientos, sentires y prácticas de las personas prestadoras de la medicina tradicional (aymaras, quechuas, chiquitanos y chiquitanas y otros).

En el ámbito territorial, se destaca la demanda de atención de la población hacia dos modelos médicos: la biomedicina y la medicina indígena ó tradicional, cada una de ellas con sus propias prácticas de prevención, atención y rehabilitación. El Ministerio de Salud propone desarrollar procesos de articulación y complementariedad entre estos modelos, promoviendo que sus prestadores reconozcan sus limitaciones, aprendan unos

de otros y encuentren puntos en los cuales puedan interactuar positivamente.

Médicos del Mundo tiene diversas maneras de actuar según las condiciones de los países y de los proyectos: o bien ejecuta directamente las acciones, o bien lo hace a través de socios locales (en unos casos, la sociedad civil, en otros, el ámbito institucional). En Bolivia, consideramos que es fundamental apoyar lo institucional a través de las distintas instancias del Ministerio de Salud, ya que el Estado boliviano, a través de su Gobierno y expresamente del Ministerio de Salud, está haciendo esfuerzos importantes para fortalecer el Sistema Público con una visión integradora y de equidad.

Desarrollamos proyectos tanto en la zona andina, en el sur del departamento de La Paz, como en el oriente del país, en la región de la Chiquitanía, departamento de Santa Cruz. La medicina tradicional y la interculturalidad en salud están muy centradas en la zona andina, habiendo pocas iniciativas en la parte oriental. Consideramos que una de las fortalezas de Médicos del Mundo es precisamente esta visión integral del país que proporciona los intercambios entre la actuación de Santa Cruz y la realidad andina

Las dos actuaciones tienen como objetivo fortalecer el Sistema Público de Salud, alinea-

das a las políticas públicas nacionales, y proponen fortalecer la interculturalidad, y dar valor y trascendencia al sistema tradicional de salud.

DECIDIR EN EL PARTO

Como modelo de este proceso, destaca el trabajo que se desarrolla en la atención de los partos, donde es importante respetar y valorar la cosmovisión local y la libre toma de decisiones de la mujer indígena y su familia sobre cómo quiere ser atendida.

En ese sentido, trabajamos, además de en la sensibilización y formación del personal de salud, en la adecuación de espacios físicos en los establecimientos sanitarios para responder a los requerimientos y demandas de las mujeres y sus familias. Con los mismos objetivos, elaboramos, junto al Ministerio de Salud, una serie de investigaciones y guías de actuación para el personal sanitario.

En nuestras actuaciones se ha considerado imprescindible introducir el enfoque de género, incidiendo tanto dentro del sistema de salud como a través de las distintas instancias que velan por este componente. Todas las anteriores líneas de actuación están contempladas en el marco del nuevo modelo Salud familiar comunitaria intercultural, que el Ministerio de Salud de Bolivia está implementando como estrategia fundamental.

Namibia

UNA PROFUNDA EXPERIENCIA

Elena Moreno, voluntaria.



Elena con Florida, Ivi, Sharnese y Son, en Spitzkops.



Dando a conocer el Centro de Información Terapéutica y Farmacovigilancia.

Elena, voluntaria de Médicos del Mundo, nos relata su viaje a Namibia para trabajar en el Centro de Información Terapéutica y Farmacovigilancia de la capital, en un país que no cuenta con estudios universitarios propios en Medicina o Farmacia, que aún muestra las cicatrices del apartheid y del colonialismo, pero en el que la alegría de las niñas y los niños recuerda qué es importante en la vida.

Empecé a colaborar como voluntaria de Médicos del Mundo desde España, en uno de los proyectos que la organización desarrollaba en Namibia. Varios meses después, se me ofreció la posibilidad de participar en el proyecto, directamente en terreno, y, sin dudar y con mucha ilusión, preparé las maletas.

Llegué a Windhoek, capital del país, el 15 de febrero de 2009. Era domingo, estaba anocheciendo y mi primera sensación fue la de una ciudad con muchas zonas residenciales, muy limpia, aunque un poco desolada, y con algunos detalles que revelaban que el país fue colonia alemana.

Más tarde, descubriría Katutura, el barrio a donde era trasladada la población negra durante la época del apartheid. En la actualidad, es una zona llena de vida y movimiento,

pero bastante más desfavorecida que otros barrios de la ciudad.

Desarrollé mi trabajo en el Centro de Información Terapéutica y Farmacovigilancia, integrado en el Ministerio de Salud y Servicios Sociales y ubicado en el Hospital Central de Windhoek, uno de los hospitales de referencia del país y que durante la época del apartheid fue el hospital para la población blanca.

El centro está en línea con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud que establece que todo país debe tener un centro de referencia para atender las dudas del personal sanitario en relación al uso de medicamentos: dosis, intoxicaciones, interacciones... así como para recopilar, evaluar y prevenir las reacciones adversas a los fármacos.

El estudio y la prevención de las reacciones adversas tienen un importante impacto positivo tanto en el gasto sanitario del sistema de salud como en el bienestar y la seguridad de las personas pacientes.

Otra de las funciones que desarrollé fue la de dar a conocer el centro a los diferentes hospitales del país. Con estas visitas, se logra que los centros sanitarios más aislados, donde no hay suficiente personal médico ni bibliografía científica, se conozcan los servicios que presta el Centro de Información Terapéutica y

Farmacovigilancia. Gracias a esto, tuve la ventaja de viajar por el país y conocer su riqueza multicultural. Namibia alberga 10 grupos étnicos y varias lenguas. El 6% de la población es blanca y, 20 años después de la independencia, todavía se siguen percibiendo secuelas del apartheid.

SIN ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

Un aspecto del país que me llamó la atención, es que, prácticamente la mayoría de mis compañeras y compañeros sanitarios eran de otras nacionalidades, principalmente de Cuba, Kenia, y Zimbabue. A nivel personal, resultó interesante, ¡qué riqueza de conversaciones y puntos de vista!

Pero detrás de esta multiculturalidad se esconde una dura realidad: el país aún no tiene facultades de Medicina ni de Farmacia. Sólo las personas que tuvieron la oportunidad de estudiar fuera, por ejemplo en Sudáfrica o en Cuba, han tenido acceso a esas carreras. Afortunadamente se planea abrir una universidad de Medicina y de Farmacia en el 2011.

Para terminar, no puedo dejar de mencionar el cariño que siento hacia un grupo de niños y niñas que juegan diariamente alrededor del hospital y que tanta alegría me dieron. Con ellas y ellos, recuperas el valor de las cosas pequeñas.

Erradicada en el mundo desarrollado desde hace más de un siglo, esta patología provocada por la falta de atención adecuada durante el parto deriva no sólo en problemas de salud, también en aislamiento y abandono por parte de sus maridos y comunidades y depresión de la mujer afectada.

Fístula obstétrica

Diana Sojo, ginecóloga voluntaria de Médicos del Mundo y presidenta de RedActivas (antiguo Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva).

Una fístula es una comunicación o continuidad anormal entre dos cavidades del cuerpo que en condiciones normales están separadas por una barrera de tejido. La fístula obstétrica es consecuencia de un parto obstruido o estacionado durante un periodo muy largo de tiempo, y se produce por la presión mantenida de la cabeza del feto sobre las estructuras del canal de parto.

La falta de circulación en la zona de presión lleva a la necrosis de los tejidos comprimidos (cuello del útero, vagina y o vejiga), que posteriormente se desprenden. Como consecuencia se produce la fístula, la comunicación, entre la vejiga y la vagina (fístula vesico-vaginal) o, más infrecuentemente, entre el recto y la vagina (recto- vaginal).

Se estima que la situación de parto estacionado se produce en el 5% de los partos. Si la mujer no recibe asistencia cualificada en centros dotados para resolver emergencias obstétricas, el riesgo de lesiones en el canal del parto es muy alto. La falta de asistencia sanitaria adecuada en estos casos también puede producir la muerte del bebé.

La fístula obstétrica fue erradicada en el mundo desarrollado a finales del siglo XIX, debido a la generalización de la asistencia obstétrica y al espaciamiento de los partos. Sin embargo, en los países empobrecidos se dan entre 50.0000 y 1000.000 nuevos casos cada año. Los factores que aumentan el riesgo de sufrirla son la malnutrición, el matrimonio precoz, los embarazos tempranos, la violencia sexual y la mutilación genital.

CONSECUENCIAS SOCIALES

Al estar conectadas de forma permanente la vagina y la vejiga, la orina (y en contadas ocasiones, las heces) sale espontáneamente de forma constante, lo que aumenta significativamente el riesgo de sufrir infecciones urinarias. Las mujeres que sufren este tipo de fístulas también pueden sufrir un trauma psicológico profundo: la pérdida constante de orina y el mal olor asociado llevan al aislamiento, la depresión y al abandono por parte de sus maridos y comunidades.

Este mal se puede prevenir garantizando el acceso a una atención obstétrica de emergencia que incluya la práctica de cesáreas por personal entrenado.

El tratamiento consiste en la corrección o reparación quirúrgica. Requiere de equipos con experiencia en esta patología y un control y seguimiento post-operatorio prolongado. La cirugía, cuyo coste oscila entre los 300 y los 450 dólares estadounidenses, consigue la curación el 90 % de los casos.

Actualmente, sólo existe capacidad de ofrecer tratamiento a 6.500 mujeres por año.



Mopti Hospital, donde Médicos del Mundo realiza las intervenciones médicas. FOTOS: Isabelle Esraghi.



Atención médica integral, en Malí

Médicos del Mundo, a través de su sección francesa, trabaja en Malí con mujeres que sufren de fístula obstétrica desde 1996. En la actualidad, son especialistas en cirugía locales, que recibieron formación en el marco de nuestro proyecto, quienes atienden a estas mujeres.

Isabelle Bruand, responsable para el norte de África y Sahel de Médecins du Monde Francia.

Mediante anuncios informativos en la radio y representaciones de obras de teatro en las aldeas, Médicos del Mundo sensibiliza a las poblaciones de Mopti (en el centro de Mili) de que la fístula obstétrica se puede tratar y lucha por prevenirla desde 2002 alentando a las mujeres a dar a luz en centros de salud.

Desde finales de 2008, una persona experta recorre la región a fin de informar sobre la enfermedad y sobre la atención que presta nuestra organización. Si una mujer sufre de incontinencia, debe ir a su centro de salud comunitario. Si se confirma el diagnóstico, se la deriva al hospital de Mopti. Hoy, Médicos del Mundo se ocupa del transporte de la paciente y de una persona acompañante, de los costes quirúrgicos y le asigna una suma global para las comidas de 40 días, duración media de la estancia en el centro de acogida con el que trabajamos.

También ofrecemos apoyo psicológico a las pacientes, desde hace dos años. "Recibo a las mujeres tres o cuatro veces, tanto antes como después de la operación. Quieren saber si van a curarse", nos cuenta Oumou Bella Bore, responsable del componente psicológico del programa.

Pero antes de la intervención es imposible dar respuesta a esta pregunta. "Cuando las fístulas son simples, en un 90% de los casos podemos cerrarlas en una sola intervención", relata el Dr. Keita, cirujano. "No obstante, no es infrecuente tener que realizar una segunda o tercera operación. Un cirujano viene de Francia para los casos más complejos", prosigue el Dr. Keita, formado por Médicos del Mundo. Así funciona ahora la formación continua. Hoy es él el que se encarga de transmitir sus conocimientos a sus compañeros y compañeras de trabajo; dentro de dos años, el programa deberá funcionar de manera completamente independiente.

FÍSTULA OBSTÉTRICA	Causa	Trabajo de parto estacionado u obstruido prolongado en mujeres que no reciben asistencia obstétrica.
	Factores de riesgo	Desnutrición, matrimonio precoz, embarazos en la adolescencia, falta de acceso a atención obstétrica de emergencia, mutilación genital.
	Trastornos resultantes	Pérdida de orina constante, infección urinaria, depresión, aislamiento y abandono.
	Incidencia/prevalencia	Se estima que entre 50.000 y 100.000 mujeres desarrollan fístulas obstétricas cada año.
	Síntomas iniciales	Pérdida de orina involuntaria (incontinencia).
	Diagnóstico	Exploración ginecológica
	Tratamiento	Corrección quirúrgica por equipos especializados.
	Coste	300-450 dólares
	Pronóstico	Se consigue la curación del 90% de los casos no complicados tras la primera cirugía.
	Medidas preventivas	Disponibilidad y acceso a atención obstétrica por equipos capacitados y dotados de recursos para la asistencia de emergencias, acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, espaciamiento de los partos.

Prevención de la Mutilación Genital Femenina

La mutilación genital femenina (MGF) es una antigua práctica extendida entre diferentes pueblos de África y Asia. Consiste en la amputación total o parcial de los órganos genitales femeninos externos, lo que implica una violación de los Derechos Humanos de las mujeres y niñas y supone un grave peligro para su salud.

Ramón Esteso, responsable de la Unidad de Inclusión Social.

Sin justificación cultural "Es inaceptable que la comunidad internacional permanezca impasible en nombre de una visión distorsionada del concepto de pluralidad cultural. Los comportamientos humanos y valores culturales, independientemente de los sensibles o destructivos que puedan parecer desde el punto de vista personal y cultural de terceros, tienen un sentido y cumplen una función para quienes los practican. Sin embargo, la cultura no es estática, sino que fluye continuamente, se adapta y reforma. La población cambiará sus comportamientos cuando comprenda los riesgos y la indignidad de prácticas perniciosas, y cuando se dé cuenta de que es posible abandonarlas sin renunciar a aspectos significativos de su cultura"

Declaración conjunta de la OMS, UNICEF, y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1996.



Serie fotográfica titulada *El precio de la novia*, de Giovanni Marrozzini, seleccionada en el X Premio Internacional de Fotografía Humanitaria Luis Valtueña.

Aunque en muchos de los países donde se realiza está prohibida, algunas comunidades siguen practicando la MGF basándose en creencias erróneas relacionadas con la higiene, la estética, la fidelidad de las mujeres o la reproducción.

En algunas sociedades se cree que si la cabeza del bebé toca el clítoris de la madre durante el parto, ésta puede morir. También es una forma de controlar la sexualidad femenina, refleja una desigualdad entre sexos muy arraigada.

En contra de lo que se suele pensar, la MGF no es una práctica religiosa: en el Corán no existe una sola línea que lo mencione, es anterior al surgimiento del Islam y numerosas autoridades islámicas se han pronunciado en su contra. Además, también se practica en pueblos cristianos, animistas y no creyentes. La mayoría de las jóvenes y mujeres que han sufrido la MGF viven

en 28 países de África y en algunas partes de Oriente Medio.

La Organización Mundial de la Salud calcula que cada año 2 millones de niñas corren el riesgo de sufrirla.

Con frecuencia, se esgrime la causa de la tradición ("siempre se ha hecho") y se considera signo de pertenencia a la comunidad ("si no te lo has hecho, estás aislada, fuera del grupo"). La convención social que rodea a esta es tan fuerte que, aún cuando individualmente una mujer o una familia estén en contra de realizársela a sus hijas, es muy posible que continúen haciéndolo para protegerlas y salvaguardar su estatus en la comunidad. Al mismo tiempo, en los casos en que se realiza como parte de una ceremonia comunitaria, confiere a las niñas un sentimiento de pertenencia a la comunidad, de paso

a la edad adulta y de orgullo. El no realizarla, de forma individual, puede conducir a la mujer no mutilada a la marginación social y al aislamiento.

Por ello, es muy importante conocer los motivos que conducen a la práctica de la MGF en cada comunidad para trabajar sobre ellos, y lograr así su abandono por un número significativo de familias, de forma que ninguna niña sea perjudicada. La misma presión social que conduce a su realización puede ser la clave para su abandono.

La aceptación de la pluralidad no implica asumir prácticas sobre las cuáles no existe justificación desde el punto de vista de los Derechos Humanos.

La llegada de mujeres inmigrantes a España trae a nuestras orillas el problema de la MGF. Está

penada por la ley (Artículo 149 del Código Penal), incluso cuando se realiza fuera de nuestras fronteras (Ley Orgánica 3/2005).

SENSIBILIZACIÓN, MÁS QUE PROHIBICIÓN

Pero la solución a la MGF no pasa sólo por su prohibición legal. Son necesarios cambios sociales y culturales, y hace falta un trabajo serio de información, formación y sensibilización tanto en las comunidades directamente afectadas como en los colectivos profesionales que trabajan con la población migrante: sanitario, educativo y social.

El peso de la tradición, el sentimiento de lealtad a sus orígenes y el deseo de que sus hijas formen parte de su comunidad de pertenencia, especialmente cuando no tienen una situación estable en España, hace que muchas mujeres

africanas, ellas mismas mutiladas, se enfrenten a la difícil decisión de mantener la tradición en sus hijas.

Médicos del Mundo, teniendo en cuenta la ética de la responsabilidad y los valores de la medicina humanitaria, ha identificado la lucha contra esta práctica como una línea de trabajo fundamental en los proyectos de salud sexual de Médicos del Mundo tanto en España como en Senegal, Sierra Leona, Malí y Tanzania.

En España, desarrollamos un programa para disminuir el riesgo de la práctica de la MGF entre la población subsahariana.

Más información sobre qué hace Médicos del Mundo para combatir la MGF, en las páginas 20 y 21 de esta revista.

TIPOS Y CONSECUENCIAS

La OMS distingue cuatro tipos de mutilación genital femenina:

CLITORIDECTOMÍA remoción del prepucio del clítoris, con o sin la extirpación de la totalidad o parte del mismo.

ABLACIÓN extirpación del prepucio, del clítoris y de la totalidad o parte de los labios menores.

INFIBULACIÓN extirpación de la totalidad o parte de los órganos genitales externos cosiendo a continuación la apertura vaginal de forma que sólo quede un pequeño orificio para expulsar la orina y flujo menstrual.

OTROS MÉTODOS punzamiento, perforación, cauterización, raspadura, corte o utilización de sustancias para remover la totalidad o parte de los órganos genitales externos.

Las consecuencias inmediatas son: dolor agudo, shock, hemorragias, infecciones, retención de orina, úlceras en la zona genital, daños en los tejidos... A largo plazo, quistes y abscesos, formación de queloides, daños en la uretra, que deriva en incontinencia, sufrimiento durante la relación sexual, y complicaciones en el parto.



Journey una exposición contra la trata de personas

La actividad, celebrada el pasado mes de diciembre, contó con la colaboración de la actriz Emma Thompson.

Un convoy formado por siete vagones-contenedores dispuestos en línea reproduce las etapas del siniestro viaje físico y emocional que sufren las víctimas de la trata de personas con fines de explotación sexual y permite a las personas visitantes escuchar, ver y sentir la sórdida y brutal experiencia de la esclavitud sexual. Se trata de la exposición interactiva *Journey*, que en el mes de diciembre estuvo instalada en el Paseo de Coches de El Retiro (Madrid) para denunciar este comercio ilegal que transforma a las mujeres en mera mercancía.

Médicos del Mundo, junto con otras organizaciones de la Red Española contra la Trata de

Personas (Accem, APRAMP, Proyecto Esperanza y la Organización Internacional para las Migraciones), apoyaron y promovieron esta instalación, que llegó a España de la mano del Ministerio de Igualdad y contó con la colaboración del Ayuntamiento de Madrid y la Comunidad de Madrid. La actriz británica Emma Thompson, en la imagen superior, visitó nuestro país para apoyar y promocionar la muestra, además de representar el papel de una víctima de la trata en uno de los videos de la instalación.

La trata de personas con fines de explotación constituye la esclavitud del siglo XXI. Millones de personas, el 80% mujeres y niñas, son víctimas del tercer negocio clandestino tras el tráfico de armas y drogas.

En el caso de la trata con fines de explotación sexual, este fenómeno aparece vinculado en España a la inmigración. Así, el 90% de las personas en situación de prostitución son personas inmigrantes.

CICLO DE CINE DOCUMENTAL SOBRE TRATA DE MUJERES CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL

Con el objetivo de sensibilizar a la sociedad española sobre la trata de personas con fines de explotación sexual, Médicos del Mundo puso en marcha un ciclo de cine en el que se exhibieron películas y documentales que ponen rostro a los dramas que hay detrás de cada caso de trata.



En Barcelona, Bilbao, Madrid, Toledo y Torrijos (Toledo), se proyectaron, de forma gratuita, las películas *Voces (contra la trata de personas)*, *Sex Slaves, Niñas de hojalata*, *Les filières africaines de la prostitution (Las redes de prostitución africanas)* y *Trading Women*.



Es necesario incrementar los fondos destinados a la salud

Médicos del Mundo, Medicus Mundi y Prosalus publican el estudio *La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria, Informe 2009*, en el que solicitan que al menos el 15% de la Ayuda Oficial al Desarrollo se destine al sector salud para progresar en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud.

En 2008, la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) alcanzó la cifra record de 119.759 millones de dólares estadounidenses. Estos fondos representan el 0,3% del PIB del conjunto de los países donantes (que integran el Comité de Ayuda al Desarrollo), porcentaje que, sin embargo, está muy por debajo del compromiso del 0,7% adquirido por los Estados en 1981 en la 34 sesión de la Asamblea General de Naciones Unidas.

La Unión Europea es uno de los principales donantes de la cooperación. Sin embargo, las ayudas destinadas específicamente a salud por todos los países miembro y la Comisión Europea representan sólo el 7% del conjunto de la AOD, menos de la mitad de lo que se calcula que sería lo adecuado.

Los países donantes apuestan actualmente por la lucha enfermedad por enfermedad, lo que se traduce en estrategias verticales que atomizan la ayuda y que no refuerzan el sistema de atención primaria. Esta estrategia, además, crea un multilateralismo paralelo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) que es quien debe liderar los principios de la salud mundial.

Las ONG que han elaborado este estudio apuestan por que la ayuda en salud se oriente hacia el fortalecimiento de los sistemas públicos y hacia la atención primaria.

LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

La AOD destinada a salud en 2008 por la Cooperación Española superó los 495 millones de euros, lo que supone un incremento de más del 185 millones de euros respecto a 2007. El peso relativo del sector salud dentro del total de la AOD española pasó de menos del 8 % en 2007 a más del 10 % en 2008.

Como aspecto negativo, destaca el incremento de la ayuda de carácter reembolsable, que alcanza los 30 millones de euros y se sitúa en el 11,4 % de la AOD bilateral destinada a la salud. Durante años se viene llamando la atención sobre lo inadecuado de utilizar ayuda reembolsable en este sector; conlleva el endeudamiento de los países y suele responder más a intereses comerciales que a motivaciones de cooperación.

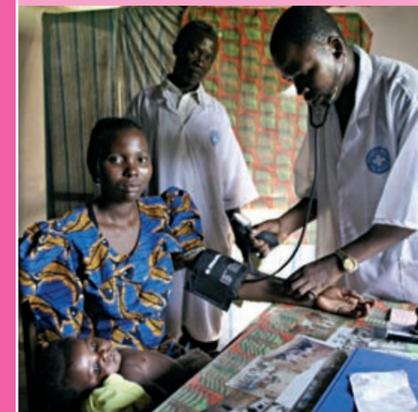
La cooperación de las Comunidades Autónomas superó en 2008 los 464 millones de euros, lo que supone un incremento de casi 75 millones de euros con respecto a 2007. La salud también creció en cifras absolutas, pero disminuyó su peso relativo. Las tres Comunidades Autónomas que más presupuesto destinan al sector de la salud son la Comunitat Valenciana (20,07% de la AOD a salud), Catalunya (17,72%) y Andalucía (10,93%); las tres suman casi la mitad de toda la ayuda destinada a salud.

La gripe A

El estudio, por otro lado, critica la estrategia errónea llevada por la OMS en el caso de la gripe H1N1, que se puede resumir en la desproporción de los recursos utilizados ante esta enfermedad frente a los empleados con otros problemas de salud más graves.

Podemos intuir que la lucha contra esta enfermedad haya sido financiada, en países en desarrollo, con partidas previamente destinadas a otros problemas sanitarios con un impacto mayor.

Esta lucha contra la enfermedades potenciales, y no contra enfermedades reales, nos impulsa a solicitar una auditoría social independiente sobre la actuación en este caso de la OMS para recuperar la confianza perdida como líder mundial en salud.



Los países donantes deben priorizar el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud de los países receptores de ayuda.

FOTO: Bruno Fert.

FOTO: Jacky Naegelen / Reuters.



¡ALERTA!

[1] [2]

Con 90€ formamos a un o una agente de salud que genera un efecto multiplicador en su comunidad

[1] Firma de un compromiso de no practicar la MGF. [2] Un taller para trabajar la prevención de la MGF. [3] Entrega de diplomas a mujeres asistentes a la formación.

Mutilación Genital Femenina Amputación vital

LA LLEGADA A ESPAÑA DE FAMILIAS AFRICANAS PROCEDENTES DE DIVERSAS CULTURAS DONDE SE PRACTICA LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF), NOS LLEVA A IMPULSAR PROYECTOS PARA DISMINUIR Y FINALMENTE ELIMINAR ESTA PRÁCTICA

Más información sobre qué es la MGF, en las páginas 16 y 17 de esta revista.

En colaboración con entidades africanas, trabajamos por el cambio social y cultural a través de la información, formación y sensibilización con las comunidades provenientes de culturas que ejercen esta práctica así como con colectivos profesionales que trabajan con la población migrante.

En los talleres que impartimos sobre salud sexual y reproductiva se ha ido introduciendo aspectos de género e interculturalidad con un eje central sobre la MGF. Se trabaja el empoderamiento de las mujeres subsaharianas, con el objetivo a largo plazo de conseguir la igualdad de género.

Se ha visto la necesidad de promover el conocimiento de sus derechos y deberes de ciudadanía, así como potenciar su formación para poder integrarse en la sociedad española y poder tener mejores perspectivas de futuro tanto individuales como colectivas.

Durante 2009, se ha trabajado con un total de 1.330 mujeres y niñas provenientes de Gambia, Senegal, Malí, Camerún, Nigeria y Ghana, principalmente, y que residen en las comarcas del Vallés, Maresme y Girona (Catalunya), en Zaragoza y Huesca (Aragón) y en Navarra. Estudiamos ampliar el proyecto a otras zonas del país.

TAMBIÉN LOS HOMBRES

Se ha identificado que el colectivo masculino tiene también el poder de decisión en la familia sobre esta práctica y por tanto es importante sensibilizar a los hombres junto a las mujeres para promover cambios en los comportamientos, actitudes y prácticas. Concretamente se contacta con líderes comunitarios porque pueden ser facilitadores para promover un cambio real en este colectivo.

“Cuando empezamos el proyecto, fue muy difícil ganarnos la confianza de las personas y hace ver que no las criminalizábamos, que se trata

de hablar de forma razonable sobre la cultura, la tradición, el derecho a la salud de las mujeres y niñas, y los peligros de la mutilación”, explica Fátima Djarra, mediadora de Médicos del Mundo Navarra. “En dos años, hemos organizado ya 52 talleres con 687 participantes, entre hombres y mujeres, y la experiencia es muy positiva”.

Por otro lado se continúa sensibilizando a colectivos profesionales del ámbito de la salud, de la educación, de la judicatura así como de los servicios sociales, sobre la importancia de un trabajo de prevención multidisciplinar e intercultural, con talleres, charlas y debates.

Se promueven los espacios lúdicos (salidas, intercambios, talleres y charlas sobre temas que les motiven) con el objetivo de fomentar la cohesión grupal y mejorar la autoestima como grupo, a la vez que se facilita la convivencia entre las mujeres y la sociedad de acogida.



[3]

Si también crees en el derecho a la integridad física y mental de niñas y mujeres, colabora con los proyectos de prevención de la Mutilación Genital Femenina en España.

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



Entrega de los VII Premios Virgilio Palacio en Oviedo

El jurado de los Premios Virgilio Palacio concedió el galardón a la *Traectoria profesional a la Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo Da Matta-Fuam*, de Brasil, por su labor en la ejecución de actividades de control de la lepra en el Estado de Amazonas. El Premio a la *Investigación científica* recayó en el trabajo *Emergencia del linfogranuloma venéreo en Europa. Cronología de un brote en Barcelona (2007-2009)*, del doctor Martí Vall, de la Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual del Centro de Atención Primaria Drassanes, del Instituto Catalán de la Salud.

En la foto: de izquierda a derecha: José Vega, director de la Obra Social y Cultural de Cajastur; doctor Martí Vall, premiado; Luiz Claudio Dias, *Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo Da Matta – Fuam*, institución premiada; Ramón Quirós, consejero de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias; Vania Maria Silva de Carvalho, *Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo Da Matta – Fuam*, institución premiada; Nieves Castaño, presidenta de Médicos del Mundo Asturias, y Vicente Herranz, director gerente del Hospital Monte Naranco.



Paisajes Humanos: La humanidad en el objetivo

El pasado mes de diciembre, Médicos del Mundo presentó *Paisajes humanos: la humanidad en el objetivo*, una exposición de fotografías donadas por 16 profesionales para su venta benéfica a favor de los proyectos de Inclusión Social. Esta muestra formó parte, junto a las propuestas de diversas ONG, de Alianza Solidaria 2009, una actividad organizada en Madrid por la Alianza Francesa.

Participaron los fotógrafos y fotógrafas Bernardo Aja, Patricia Bofill, Pasquale Caprile, Jesús Chamizo, Ximena Garrigues, Sara Janini, Xana Kahle, Fernando Manso, Giovanni Marrozzini, Sergio Moya, Manuel Muñoz, Rosa Muñoz, Luis Pereira, Julio Sacristán, Miguel Ángel Sintés y Valentín Vallhonrat. Desde

Médicos del Mundo agradecemos esta colaboración y también el apoyo de la Real Sociedad Fotográfica.

La muestra recorrerá distintas ciudades a través de las sedes autonómicas durante 2010.

Este año no te olvides de marcarla **0,7%**
Casilla Fines Sociales
Así podemos hacer más

entidades solidarias

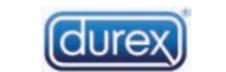


Obra Social de Caixa Sabadell

por la subvención del proyecto *Prevención de la mutilación genital femenina* en la provincia de Barcelona.



Servicios integrales para la imagen



Xunta de Galicia y Xacobeo 2010, patrocinadores, y **Manual Color, Paradores y La Casa Encendida**, colaboradores del XIII Premio Internacional de Fotografía Humanitaria Luis Valtueña.

Durex, por la donación de preservativos y lubricantes destinados a los proyectos de Inclusión Social.

CajAstur, por el patrocinio, y a las **Consejerías de Salud y Servicios Sanitarios**, y de **Bienestar Social y Vivienda** del Gobierno del Principado de Asturias por su colaboración en el VII Premio Virgilio Palacio.

gracias

gracias por Haití

Gracias a todas las personas socias, donantes, colaboradoras y voluntarias, a las entidades privadas y públicas y a los medios de comunicación que habéis colaborado para la atención sanitaria de emergencia en Haití y la futura reconstrucción del país.



El alumnado de 2º C de la E.S.O. del colegio Leonardo da Vinci de Moralzarzal (Madrid), aporta sus donaciones en la lucha para la campaña de Emergencia en Haití de Médicos del Mundo.

FOTO: Luis Miguel Zambrano.

ABB, rboco, Bell Corbe, Bollo Internacional Fruits, Ceip Valderrey, Círculo de Bellas Artes, Eurofragance, Gestoría Pujol, Ingeniería de Telecomunicaciones y Radio, British Council, Islas Producciones, Olipes, Serviempresa Suministradores de Oficina y Teznocuber Composites.

COLABORARON CON NUESTRAS SEDES:

ANDALUCÍA Ayuntamiento de Vélez Málaga; Centro Educativo Jorge Juan y Antonio de Ulloa, Sevilla; Colegio de Trabajadores y Trabajadoras Sociales y Asistentes Sociales de Málaga; Diario Sur de Málaga; Fundación Cajamar; Almería; y trabajadores y trabajadoras del Instituto Nacional de Seguridad Social de Málaga. **ARAGÓN** Aragón Televisión; Banda Musical Las Canteras; El Periódico de Aragón; Heraldo de Aragón; y SETEM-Aragón. **ASTURIAS** Cope Asturias; La Nueva España; Onda Cero Asturias; Punto Radio; Radio Asturias; y Ser Gijón. **CANTABRIA** Residencia de personas mayores de Laredo. **CASTILLA-LA MANCHA** Alcázar digital TDT, Asociación de Mujeres Alborada, Ayuntamiento de los Yébenes (Toledo), castillalmancha.es, Colegio San Isidro de Horcajo de los Montes (Ciudad Real), El Día, La Tribuna, Lanza, Manzanares TV, micidadreal.es, Nueva Alcarria, Obra Social Caja Castilla-La Mancha, Onda Cero, Onda Polígono, Radio La Roda, Radio Meseta, Revista Aquí y Ser. **COMUNIDAD DE**

MADRID Colegio Leonardo da Vinci, Moralzarzal; Colegio Público Julián Besteiro, Getafe; Consejo de Seguridad Nuclear; Embajada de Haití; Feria Internacional de Turismo; rondalla Los Tenaces (Casa de Castilla La-Mancha); rondalla del Centro de Mayores Gregorio Marañón; rondalla del Centro de Mayores Juan Muñoz; y Unidad Técnica de Mayores del Ayuntamiento de Leganés. **COMUNIDAD VALENCIANA** Ameafrica; Asociación Ahuimsol de Mislata; Asociación Amigos del Baile; Diversa Alacant; Farnasalud; Horta Noticias; Humania TV; Levante-EMV; Neolectum; Nou Torrentí; Radio 9 – RTVV; Radio Castellón – SER; Radio Lom, Picassent; Radio Mislata; RNE – Valencia; SER – Valencia; Sociedad Artístico Musical La Unio de Quart de Poblet; Universitat Politècnica; Valencia City; y Xarxa d'Emisores Municipals. **EUSKADI** Asociación Ahislama; Ayuntamientos de Arrigorriaga, Barakaldo, Derio, Otxandio, Sondika y Zestoia (Vizcaya); Banda Municipal de Música del Baracaldo; BBK; BOS (Bilbao Orkestra Sinfonikoa); Cadena Ser y Los 40 Principales; Cartera Orozco; CidFCA; Club de los Leones de Bilbao; Colegio de Abogados de Bizkaia; Coral de Bilbao; Coro Zigor; Diputación Foral de Biskaia; EULEN; Euskotren; Grupo Don Bosco; IMQ; Mutualia; ONDOAN; Orfeón Baracaldés Kantarte; Palacio Euskalduna; Punto Radio Bilbao; Schola Cantorum San Vicente; Tele 7; Tramame; UMADE; y Universidad del País Vasco. **GALICIA** Araceli Saavedra, por la organización del Haití Porniño Festival; Centro de Ensino Labor; colegio Pablo VI, Fátima (en especial a las alumnas Mariña Puentevedra y Lucí do Nascemento y al coro escolar); Concello de A Rúa; Pado de Dama (cantautor); y Talía Teatro. **ILLES BALEARS** Chelistas del maratón Violoncel·listes i Bach y al compositor Miquel Àngel Aguiló; Claustre de Sant Antoniet de Palma; Col·lectiu Cultural Amics d'en Gori de Selva; Colegio Público Palmanova; Diario de Mallorca; El Mundo; Escola de Música de Bunyola; IES Santa Margalida; Ona Mallorca; Radio Diario; Ser Mallorca; y Última Hora.

FONDO DE EMERGENCIAS

Gracias también a la **Obra Social de Caja Madrid** y a la **Obra Social de la Caja Castilla-La Mancha** por colaborar con nuestro Fondo de Emergencias. Frente a una catástrofe de origen natural o humano, el Fondo de Emergencias asegura que podamos acceder, de forma fluida, flexible y rápida, a los fondos necesarios para el despliegue de medios, equipo y personal sanitario.

Esta disponibilidad de recursos inmediatos facilita que podamos planificar intervenciones de una forma activa en emergencias menos mediáticas, que no tienen eco en los medios de comunicación. Su ámbito de actuación se extiende a todo el territorio mundial de una manera global.



Ha fotografiado las minas de carbón chinas, los niños y niñas de la calle en Bangladesh, las víctimas de las minas terrestres, la prostitución infantil en Camboya... ¿Cómo protegerse frente a tanto dolor? Fotografiar determinadas circunstancias implica superar barreras, ganar el acceso a las cosas, a las situaciones. Para que las imágenes sean interesantes, el enfoque tiene que ir más allá de un encuentro superficial con la realidad. Intento contar historias, y para ello tengo que entrar en sintonía con las personas que formarán parte de mis fotografías. Tengo que vivir los lugares y la gente. Pero pasar un tiempo con estas personas y conocerlas significa también abrirte a ellas. Es un juego de espejos, en el que debes bajar la guardia y desnudarte de prejuicios.

Ha recibido el premio Valtueña por su serie Afganistán. ¿Cómo es fotografiar la vida cotidiana en un país en guerra? No soy un fotógrafo de guerra, o al menos no me considero como tal por el mero hecho de haber estado en Afganistán o en otras zonas en conflicto. Seguramente siento atracción por las situaciones fuertes y a veces extremas. Es una actitud, una predisposición; creo que se fotografía también lo que uno es, la fotografía es también el espejo de uno mismo. Entrar en la vida de los demás, sin evitar enfrentarse al dolor; no impide ser un observador externo. La máquina funciona como un filtro, es un instrumento que permite focalizar una situación y observarla con mayor detalle, pero simultáneamente es una pantalla que protege de tanto sufrimiento.

Con esta premisa es fácil entender lo difícil y complejo que es trabajar en un país en conflicto, no sólo por los riesgos obvios, o los problemas logísticos, de transporte...

Usted se decanta en muchas de sus obras por el blanco y negro. Blanco y negro o color, no tiene importancia, depende de gustos personales. Es cierto que mis trabajos más importantes son

Francesco Cocco ganador del XIII Premio Internacional de Fotografía Humanitaria Luis Valtueña, por la serie fotográfica *Afganistán*.

Una foto no cambia el mundo pero puede despertar conciencias"

en blanco y negro. A mí me gusta, por su carácter de esencialidad y rapidez o prontitud, pero no lo utilizo para enfatizar el drama de los temas que capto. La fotografía es forma y contenido, y el color puede falsear estas reglas. Creo que la fotografía en color está todavía en continua experimentación, y hoy más que nunca, con la fotografía digital.

¿Tiene esperanza frente al futuro? Claro que tengo esperanza, a pesar de cómo es nuestro mundo. ¡Quiero tenerla! No podría hacer lo que hago si no tuviera esperanza. En el mundo llamado desarrollado, vivimos vidas relativamente cómodas, mientras que la mayor parte de la población mundial vive bajo la línea de la pobreza. Considero que el papel de la fotografía es muy importante. Puedo llamar la atención documentando los problemas, comunicando una historia con imágenes. Una foto o un proyecto no cambian el mundo, pero pueden despertar conciencias, incitar a acciones positivas, y entonces, puede producirse el cambio.

El poder de las imágenes es todavía muy fuerte. Los periodistas y los fotógrafos tienen el papel de comunicar lo que pasa en el mundo del modo más honesto posible, dejando una huella visual de manera que las futuras generaciones puedan aprender de los errores del pasado.

¿Cómo preparas tus viajes? Me documento, recojo información y, si es posible, contacto con ONG que trabajen en el sitio. Evito definir de manera demasiado precisa lo que fotografiaré. Muchas de mis fotografías se deben a encuentros y situaciones casuales.

¿Es fácil volver a casa? ¡No! Nunca es fácil. Cuando vuelvo siempre traigo conmigo una gran sensación de malestar. Después, la conciencia de la existencia de otros mundos me ayuda a regresar, pero continuamente me pregunto dónde está la realidad, si ahí donde estuve o aquí, en casa, donde he vuelto.

La exposición, de gira

La muestra del XIII Premio Internacional de Fotografía Humanitaria Luis Valtueña está formada por 29 instantáneas seleccionadas entre las 545 fotografías presentadas a concurso por 195 autores representantes de 30 países. Tras su inauguración oficial en Santiago de Compostela (imagen), el pasado mes de enero, la exposición estará de gira por España y el extranjero.

Próximas citas:

Huesca

14 de marzo a 5 de abril

Navarra

1 mayo a 30 de junio

Más información en

http://www.medicosdelmundo.org/luis_valtueña



En la foto: Julio Castro, director del Parador Reis Católicos de Santiago; Nieves Turienzo, presidenta de Médicos do Mundo Galicia; Pierluigi Giorgi, mención especial del jurado; Francesco Cocco, ganador de la XIII edición del Premio; Quico Cadaval, presentador del acto; e Ignacio Santos, gerente de Xacobeo 2010.

FOTO: Xosé Lois Gutiérrez.