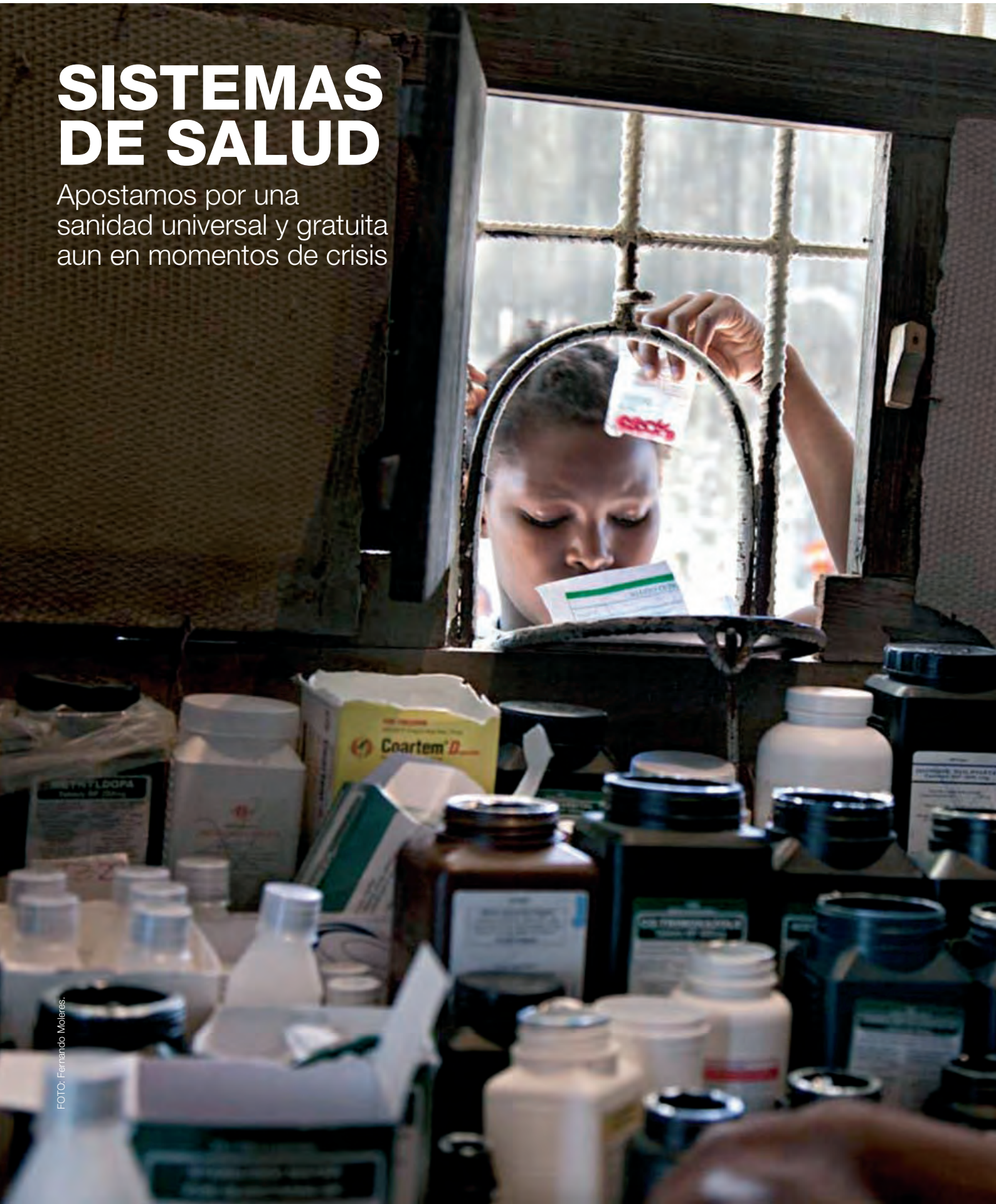




SISTEMAS DE SALUD

Apostamos por una sanidad universal y gratuita aun en momentos de crisis



SISTEMAS DE SALUD EN PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO



Prof. Pedro Arcos

Unidad de Investigación en Emergencia y Desastre, Departamento de Medicina, Universidad de Oviedo.

Todas las sociedades humanas, independientemente de sus características y nivel de desarrollo, cuentan con estructuras de cuidado de la salud de sus miembros. En las sociedades más tradicionales estas estructuras pueden ser más informales o menos estructuradas, mientras que en las sociedades desarrolladas constituyen sistemas altamente sofisticados en términos de recursos y organización de los cuidados.

Suele denominarse sistema de salud o sistema sanitario al conjunto de estructuras, recursos, programas y actividades sanitarias organizados de acuerdo a una política de salud y cuyo objetivo es contribuir a la mejora de la salud de la población. Los sistemas de salud son modelos de organización de la atención a la salud de una población que reflejan la ideología política dominante, el concepto de salud y la política sanitaria que existe en el país.

Un sistema de salud debería tener, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1999), cinco objetivos:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población;
2. Reducir las desigualdades en materia de salud;
3. Incrementar la eficiencia de la atención sanitaria;
4. Reducir el impacto del gasto en salud sobre la economía de las familias; y
5. Promover una financiación según las posibilidades económicas de los diferentes sectores sociales y lograr una mayor equidad en el reparto de la atención sanitaria.

Existen diferencias importantes en cuanto a las características y la evolución de los sistemas de salud según se trate de un país desarrollado o de uno en desarrollo. En los países desarrollados, los sistemas de salud se han clasificado tradicionalmente según el origen de su financiación en tres tipos:

1. Modelo público. Su financiación es fundamentalmente estatal a través de los impuestos, como ocurre en España, Grecia, Irlanda, Italia, los países escandinavos, Portugal y Reino Unido. También pueden incluirse en este sistema a muchos países de la antigua Europa Oriental.

2. Modelo mutualista. La financiación proviene de las cotizaciones de las y los trabajadores y empresarios (mutualistas). Este modelo procede del originario modelo bismarkiano y cubre sólo a las y los trabajadores y a sus familias. Fue el modelo existente en España hasta 1986 y en la actualidad es el modelo de Alemania, Bélgica, Francia, Holanda, Luxemburgo y Suiza. La cobertura de los grupos que no son mutualistas puede ser privada pura o tener un carácter más de beneficencia que de derecho formal y suele cubrirla el Estado.

3. Modelo liberal. No existe un derecho a recibir la asistencia sanitaria por ser ciudadana, ciudadano ni mutualista, partiendo de la libertad de cada individuo puede o no contratar un seguro de asistencia sanitaria con compañías proveedoras que compiten entre sí en la oferta, como en el caso de Estados Unidos.

En los países en desarrollo, en cambio, la aparición y organización de sistemas de salud con base científica es un fenómeno relativamente reciente, ocurrido en los últimos 50 años. Durante las primeras décadas de ese periodo, esos países se centraron en gran parte en poner en marcha sistemas sanitarios similares a los de los países desarrollados y con reducida o ninguna integración de la medicina tradicional y autóctona.

A partir de los años 70, este modelo importado de sistema de salud empezó a mostrar problemas relacionados con su alto coste, la reducción de presupuesto sanitario debida a las crisis económicas y la dificultad para atender adecuadamente a una población mayoritariamente rural. Por ello, en 1978 se introdujo como estrategia alternativa la denominada Atención Primaria de Salud (APS) con el objetivo de asegurar el acceso de toda la población a un conjunto básico de servicios.

La APS tuvo una gran aceptación y muchos países en vías de desarrollo intentaron reorientar su sistema de atención sanitaria hacia este modelo. Lamentablemente este

cambio fracasó en gran medida debido a la reducción de los fondos públicos destinados a salud por las crisis económicas y las limitaciones presupuestarias impuestas por los programas de ajuste estructural de la economía, así como por la escasa implicación de los diferentes sectores en esta estrategia y la excesiva burocracia y corrupción.

Como respuesta al problema de la financiación, en los años 90 se plantearon dos estrategias complementarias a la APS. La primera deriva de la Iniciativa de Bamako, de 1988, e introdujo la idea de autosostenibili-



Las fotos que ilustran estas páginas fueron tomadas por Fernando Molerés, ganador del XIV Premio Luis Valtueña de Fotografía Humanitaria, en la provincia de Cabo Delgado (Mozambique), para retratar los determinantes de la salud de las mujeres del África Subsahariana.



dad del sistema sanitario a nivel del distrito. Es una estrategia de recuperación de costes mediante la participación de la comunidad en la financiación de la atención sanitaria, de forma que se puedan asegurar las prestaciones sanitarias y mejorar su calidad. La segunda es más reciente y está orientada hacia una atención sanitaria que dirija los recursos disponibles hacia los problemas prioritarios según la morbi-mortalidad y la existencia de tratamiento efectivo aplicable.

En general, los sistemas de salud de los países de bajos ingresos son de cuatro tipos, respondiendo a los modelos ideológicos o políticos en los que se han formado:

1. Modelo empresarial. La mayoría de las prestaciones son privadas y los recursos nacionales de atención sanitaria son débiles y subutilizados. Este sistema existe en paí-

ses como Bangladesh, Ghana, Indonesia, Kenia y Pakistán.

2. Modelo socialista. El Gobierno tiene un gran control sobre la planificación y la provisión de la salud. Existe en Angola, Afganistán, China, Etiopía, Mozambique y Vietnam.

3. Modelo integral. Combina aspectos sanitarios con acciones preventivas como la educación, la alimentación y la provisión de agua potable. Está en Sri Lanka y Tanzania.

4. Modelo orientado al bienestar. Tiene un importante sector privado bajo control gubernamental con influencias socialistas y énfasis sobre la APS. India, Liberia, Myanmar y Zimbabwe cuentan con este sistema.

Independientemente del modelo existente, en la mayor parte de los países, la atención sanitaria está organizada en tres niveles:

1. El más periférico, también conocido como el nivel comunitario o el nivel primario de la atención o APS;
2. El nivel secundario o intermedio, de distrito, regional o provincial; y
3. El nivel terciario o central. Cada uno de ellos presenta características propias.

BIEN DE CONSUMO O DERECHO

Con carácter general, puede decirse que en los países en donde se considera la atención de salud como un bien de consumo se favorecen los sistemas de tipo empresarial privado, mientras que en aquellos en que se la considera como un derecho y un bien social están más implantados los sistemas públicos. Ambos sistemas tienen ciertas ventajas e inconvenientes. En la práctica subsisten sistemas mixtos con financiación y/o provisión públicas y privadas.

Los sistemas públicos tienen mayor dificultad en la introducción de nuevas técnicas terapéuticas y diagnósticas, normalmente establecen controles de gasto y surgen listas de espera y otras ineficiencias como la derivada de no tener en cuenta el coste de oportunidad. Por otro lado, suelen ser más equitativos y, en principio, todas las personas deberán tener cobertura y su calidad dependerá de la financiación, el diseño de incentivos (regulación) y la prioridad política.

Por su parte, en los sistemas privados la introducción de nuevas técnicas, siempre que haya competencia, es más inmediata y el gasto es controlado en principio directamente por las y los pacientes y/o las aseguradoras. Son sistemas menos equitativos y algunos ciudadanos y ciudadanas pueden no tener acceso a un seguro privado, como ocurre con las personas ancianas o enfer-

mas crónicas (altos riesgos) o jóvenes (bajos riesgos) por ser el seguro demasiado caro. También presentan cierto riesgo de demanda inducida por parte de los proveedores.

En casi todos los sistemas de salud existentes hoy, se da una tendencia a priorizar la eficiencia del sistema sobre la equidad, sin tomar en cuenta que en zonas rurales de países muy empobrecidos el acceso a los recursos sanitarios y a los medicamentos depende cada vez más de la posibilidad de pagarlos. Además, hay un proceso generalizado de cambio de asignación de la atención sanitaria hacia la economía de mercado acompañado de una visión de la planificación en salud como un proceso técnico que puede ser dejado en manos de personal experto en Epidemiología y Economía, ignorando otros factores.

Aunque actualmente se reconocen los límites de los Gobiernos como proveedores de servicios de salud, lo cierto es que éstos deben seguir con la planificación de las políticas de salud y su implementación, control y financiación, tal y como señala la OMS (1999). En cualquier caso, este planteamiento acepta también la diversidad y la competencia en cuanto a la provisión de servicios sanitarios por el sector privado, siempre que esté sujeta a las directrices del Gobierno.

Pero desafortunadamente muchos de los Ministerios de Salud carecen de la estructura y de la capacidad técnica para realizar las tareas de control y seguimiento, así como del peso político necesario para implementar medidas de cambio. Esto contribuye a que muchos países se apresuren a descentralizar sus servicios, esperando que los distritos tengan capacidad de mejorar la gestión, eficiencia, transparencia y la implicación comunitaria.

REFERENCIAS

OMS. *The World Health Report 1999*. Geneva: World Health Organization, 1999.

bit.ly/AD4Txr

Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial*. Washington: Banco Mundial, 1993.

bit.ly/z8wf3T

Caraël M. *Déterminants de la santé dans les pays en développement*. Bruxelles, Presses Universitaires de Bruxelles, 1997.

Eade D, Williams S. *The Oxfam Handbook of Development and Relief*. Vol. 2. Oxford, Oxfam Pub, 1995.

Roemer MI. *National Health Systems of the World*, vol. 1. Oxford (UK), Oxford University Press, 1991.

Watkins, P. *Cost-Recovery and Equity in the Health Sector: Issues for Developing Countries*. Oxford (UK), Oxfam Policy Department, 1997.



ATENCIÓN GRATUITA EN EL ÁFRICA SUBSAHARIANA

En los últimos cinco años, la idea de introducir mecanismos de protección social en salud ha ido ganando posiciones en países de ingresos bajos. Algunos de ellos han optado por aplicar políticas de atención sanitaria primaria gratuita para los grupos de población más vulnerables. Médicos del Mundo está apoyando estas iniciativas, que tratan de eliminar barreras financieras en países como Burkina Faso, Haití, Malí, Níger o Sierra Leona.

Cada año, más de 100 millones de personas caen en la pobreza a causa de los gastos que tienen que afrontar para recibir atención sanitaria; cientos de millones más renuncian a la búsqueda de tratamiento por falta de dinero. Las barreras financieras son los principales obstáculos para el acceso a servicios básicos de salud en los países empobrecidos. Cuando se eliminan estas barreras, aumenta el uso de los servicios sanitarios y se reduce la mortalidad materno-infantil.

El ejemplo de Níger, donde se implantó la atención médica gratuita para mujeres embarazadas y menores de cinco años en 2005, y de países como Sierra Leona, Mali y Burkina Faso, donde en los últimos tiempos se han tomado medidas similares, muestran el impacto que estas medidas tienen en las poblaciones sin recursos.

EL CASO DE NÍGER

Desde 2005, Níger, uno de los países más pobres del mundo, ha introducido medidas para eximir del pago por servicios sanitarios a mujeres embarazadas y a menores de 5 años. Esta política ha tenido efectos espectaculares en el nivel de uso de los servicios de salud. Así, el 85% de las mujeres embarazadas ya disfrutaban de un seguimiento del embarazo frente al 40% de 2005. El libre acceso de menores de 5 años también ha contribuido a aumentar el tratamiento precoz de las enfermedades que causan mayor mortalidad infantil. Por ejemplo, desde 2006, la detección de casos de diarrea se multiplicó por cuatro y la cobertura de inmunización contra el sarampión en niños y niñas de 12 a 23 meses aumentó de un 47% al 65,6%.

Antes de esta iniciativa el impacto de los costes tenía consecuencias dramáticas. "Para evacuar a un niño, sus padres tenían

que ir a por una oveja, venderla y pagar el traslado. Muchas veces, antes de que la familia hubiera conseguido el dinero, el niño había fallecido", explica Hamsatou Gobi, responsable de un centro de salud.

Las últimas estimaciones sobre mortalidad infantil presentadas por Unicef y la Organización Mundial de la Salud (OMS) destacan los avances de Níger al ser uno de los países donde descendieron las tasas de mortalidad en menores de cinco años (desde 311 por 1.000 nacimientos con vida en 1990 hasta un 143‰ en 2010).

La difícil sostenibilidad

La política de exención de pago en Níger no es un fenómeno aislado. Otros Estados del África Subsahariana han tomado conciencia en los últimos años de la necesidad de eliminar o reducir las barreras financieras que limitan el acceso de la población a los servicios de salud.

Sin embargo, estas iniciativas, a pesar de sus alentadores resultados, distan de tener asegurada su sostenibilidad. La falta de financiación y de apoyo internacional amenaza con debilitar los logros sociales alcanzados. Más del 42% de los gastos globales de salud de Níger son abonados por la propia

población usuaria, muy por encima de la recomendación de la OMS en relación a que los pagos directos no superen el 15-20%.

Así lo hizo saber la Red Internacional de Médicos del Mundo el pasado septiembre, durante la reunión de ministros y ministras de Trabajo del G-20 (grupo de los 20 países más desarrollados del planeta), mediante un llamado sobre la necesidad de adoptar y financiar políticas de acceso gratuito a los sistemas sanitarios para las personas más vulnerables en los países en vías de desarrollo y la presentación de un informe sobre el caso de Níger.

A tres años de que se cumpla el plazo para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, es esencial que todos los estados del G-20, y en especial los miembros de la Unión Europea, cumplan sus compromisos de apoyo a los países en desarrollo en lo que respecta al fortalecimiento de sus sistemas de salud para garantizar el acceso universal.

Descarga del informe *Gratuité des soins au Niger : une option payante à consolider* (en francés, PDF, 2,44 Mb): bit.ly/yoWFjQ

Atención sanitaria en el África Subsahariana.



RECORTES A LA SANIDAD ESPAÑOLA

La Sanidad, tradicionalmente el aspecto mejor valorado del sistema español, se ha convertido en la cuarta preocupación para la ciudadanía. La desaparición o deterioro de algunas de las prestaciones y la adopción de nuevas medidas recaudatorias pueden llegar a suponer barreras al acceso a la salud para toda la sociedad, pero en especial para colectivos vulnerables y/o excluidos.

En apenas dos años, la Sanidad española ha escalado ocho puestos en la lista de principales inquietudes de la ciudadanía, situándose sólo por detrás del desempleo, los problemas económicos y los partidos políticos, según el barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas de noviembre de 2011¹.

El miedo a que las medidas de ajuste económico impliquen un empeoramiento de las prestaciones amenaza la buena valoración de la que goza la red sanitaria pública española. Con el argumento de la crisis, las Comunidades Autónomas, que tienen transferidas las competencias relativas a Sanidad, han emprendido una serie de medidas que se presentan como mejoras de la gestión, aunque son criticadas por su carácter recaudatorio.

Galicia e Illes Balears han comenzado a cobrar 10 euros por la renovación de la tarjeta sanitaria y el Parlamento de Catalunya debate si instaurar un "tique moderador", el cobro de un euro por receta médica. La posibilidad del copago, abonar una cantidad por consulta médica, ya se ha instalado en el debate público. Queda por ver cómo estas medidas, que implican un doble pago dado que la Sanidad ya está financiada por la ciudadanía mediante impuestos, pueden pervivir tras la entrada en vigor con el nuevo año de la Ley General de Salud Pública, que garantiza el acceso universal y gratuito al servicio sanitario, hasta ahora limitado a cotizantes y sus beneficiarios.

MENOS PRESTACIONES

Otras medidas hacen hincapié en la reducción de los gastos; durante los dos últimos años, el gasto en salud *per cápita* se ha reducido en un 10%.

Así, por ejemplo Catalunya ha reducido horarios de consulta, quirófanos, camas hospitalarias, ambulancias, centros de salud... No existe actualmente ningún centro en la provincia de Tarragona que pueda atender un infarto en horario de tarde, lo que obliga a quien sufra una dolencia de este tipo a viajar más de 100 kilómetros para llegar al punto de atención más cercano.

El Servicio Canario de Salud no ha renovado el contrato laboral a más de 1.000 personas y Madrid ha aumentado la jornada laboral de todo su personal funcionario, incluido el sanitario.

Baleares, Galicia y Murcia han establecido medidas que bloquean la tarjeta sanitaria a personas desempleadas de larga duración que hayan agotado el subsidio, obligándolas a obtener una tarjeta de persona beneficiaria de otra titular, un trámite que puede durar meses, durante los cuales la persona queda sin asistencia.

Baleares también ha comenzado a exigir que las mujeres que se sometan a una interrupción voluntaria del trabajo asuman por adelantado los gastos de la intervención. Metges del Món ha verificado el peregrinar por distintas instancias de varias mujeres pertenecientes a grupos especialmente vulnerables, lo que puede suponer un daño psicológico añadido, ocasionar una demora en la intervención y es una grave violación de su derecho a la privacidad.

Son medidas que suponen barreras al acceso a la salud de toda la ciudadanía, aunque es la población de menos recursos, con menor formación o aquejada de enfermedades crónicas la que se verá más perjudicada.

Y no podemos olvidar a los colectivos excluidos de nuestra sociedad, como las personas inmigrantes (a quienes en algunas Comunidades también se les ha bloqueado la tarjeta sanitaria o se les exige más de seis meses de residencia para obtenerla, cuando la ley exige sólo el empadronamiento) o las personas usuarias de drogas de Madrid (se ha cerrado la narcosala de Barranquillas, la primera en el Estado español). Castilla-La Mancha ha eliminado su servicio de mediación cultural, desarrollado por Médicos del Mundo, que servía de enlace y traducción entre personas enfermas de origen extranjero y el personal sanitario para prevenir y resolver conflictos que pudieran surgir por diferencias culturales o idiomáticas y facilitar su acceso a la salud.

Médicos del Mundo expresa su rechazo a estos recortes, dado que empujan cada vez a más personas hacia los márgenes de la sociedad, excluyéndolas del Estado de Bienestar.

Mediadora intercultural de origen rumano, del proyecto de Castilla-La Mancha.



¹bit.ly/wsfy0A

GRATIS NO; UN LUJO TAMPOCO



Rafael Sotoca

presidente de la Junta Autónoma de Médicos del Mundo Comunidad Valenciana.

Nada es gratis. Y quien lo piense, que lo vaya despensando. Las cosas caras son más caras para quien menos tienen. Las cosas muy caras son conocidas como artículos de lujo.

Tras asumir estos principios que ni el mismo Perogrullo, vamos un paso más allá. ¿Cómo pagamos el sistema sanitario? ¿Es caro?

Nuestro sistema de salud lo pagamos con impuestos tanto directos como indirectos: el IVA, las tasas a carburantes, el impuesto de la renta o los que pagan las empresas... Todos

y todas pagamos impuestos, al comprar una tele o un kilo de naranjas. Lo de las contribuciones a la seguridad social como trabajadores y trabajadoras era antes, muy antes.

Los impuestos son progresivos, o deberían serlo. Así lo dice la última Constitución que aprobamos. Esto es muy importante y significa básicamente que si tienes más pagas más, o que la Sanidad la pagamos entre todos y todas, más quien más tiene y que sin embargo se usa en función de la necesidad de cada persona.

Hay otro modelo que proclama que cada quien se pague lo suyo y si usted no tiene, pues se siente. Alguno de los países más desarrollados del mundo hace gala de él.

La inversión en salud es una forma de redistribuir la riqueza y equilibrar las repercusiones sobre aquella que la epidemiología no tiene

en cuenta. ¿Qué significaría el copago en las poblaciones con la que Médicos del Mundo trabaja todos los días? Pues depende de cómo se ponga en marcha. Si se establece una forma de copago en el centro de salud u hospital a través del pago de una cierta cantidad de dinero por visita, esto tendrá como consecuencia que acudirá menos gente. ¿Quiénes? La gente a quien esa cantidad le suponga un problema.

¿Y si hubieran necesitado la consulta? La conveniencia de acudir se conoce después de haber ido y haber pagado, no antes. Un copago así, pagar por asistir a urgencias o a tu médico de cabecera, tendría como consecuencia que la gente con menos recursos, con pensiones no contributivas, en situación administrativa irregular podrían decidir no acudir a un centro de atención aun necesitando por no disponer de esa cantidad, lo que implicaría enfermar o peores consecuencias. Sólo porque decidimos que el modelo progresivo no era sostenible y que lo sostenible es que cada quien se pague lo suyo.

Cualquier reducción de la sanidad pública es profundamente injusta porque a las rentas altas siempre les queda la sanidad privada.

En conclusión, hay que financiar adecuadamente la Sanidad. Hacerlo a través de impuestos y gratis en el punto de atención, responde a una filosofía de redistribución de renta importante y consciente. Un copago en el punto de atención que disuadiera de acudir a quien lo necesita por motivos económicos nos acercaría a un modelo de "tanto tienes, esa es la salud que mereces" contra el que creemos que hay que trabajar clara y cotidianamente, haciendo mejor el sistema que tenemos.

respiración artificial



cartas a la asociación

Los textos deben enviarse a comunicacion@medicosdelmundo.org o, por correo postal, a A/A **Publicaciones** c/ Conde de Vilches 15 28028 Madrid

Médicos del Mundo se reserva el derecho de publicar los textos, resumirlos o extractarlos.

sumario

- 02** DOSSIER
SISTEMAS DE SALUD
- 08** DESDE MI VENTANA
EN KITENI, PERÚ
- 10** NUESTRO TRABAJO ALLÍ
SENEGAL
- 12** NUESTRO TRABAJO AQUÍ
**INMIGRACIÓN Y
VIOLENCIA DE GÉNERO**
- 14** MOVILIZACIÓN
**XV PREMIO
INTERNACIONAL
LUIS VALTUEÑA**
- 16** BREVES
**REDXLASALUD |
GRACIAS**
- 17** INFORMES
**HAITÍ: RETRATO
INACABADO |
INFORME AOD 2011**
- 18** CAMPAÑA POR
**HAMBRUNA EN EL
SAHEL**
- 20** ENTREVISTA
**JUAN CARLOS
GUTIÉRREZ,
COLABORADOR**

32 REVISTA CUATRIMESTRAL 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
comunicacion@medicosdelmundo.org
www.medicosdelmundo.org

Presidente **Álvaro González**
Directora de Comunicación **Raquel González**
Editor **Víctor Valbuena**
Redactora **Rosario Estébanez**
Diseño **Cósmica®**
Imprime **Afanias Industrias Gráficas**

D.L. M-34447-1997



Esta revista está impresa
en papel reciclado.



UN NUEVO Y COMPLEJO ESCENARIO

“ NO PODEMOS OLVIDARNOS DEL DERECHO
INNEGOCIABLE E IRRENUNCIABLE DE TODAS
LAS PERSONAS A ACCEDER A LA SALUD

A pocos días de asumir la Coordinación General de Médicos del Mundo España, permítzime en primer lugar agradecer y felicitar a Antonio González, mi antecesor en el cargo, por su trabajo y dedicación durante los últimos nueve años.

También quiero felicitar la importante labor de todas aquellas personas, voluntarias, trabajadoras, miembros de las Juntas Directivas, que han colaborado en la elaboración del Plan Estratégico 2012-2015, documento de referencia que marca las principales directrices de nuestro trabajo en estos próximos cuatro años y herramienta fundamental para enfocar nuestra intervención en un contexto que promete ser muy complejo y proporcionalmente interesante en términos de desafíos y oportunidades. El Plan Estratégico insta a nuestra organización en la optimización de sus acciones para que sean más eficaces y eficientes, generando impactos positivos y duraderos que mejoren sustancialmente la situación de las personas más vulnerables y disminuyan sus índices de riesgo.

Nos preocupa profundamente que, con el argumento de la crisis, el Gobierno Central, los Autonómicos y Locales estén reduciendo la Ayuda Oficial al Desarrollo, lo que dificultará la ardua e imprescindible labor de las organizaciones de Cooperación Internacional en su lucha contra las desigualdades y la ayuda directa a las poblaciones de los países más pobres, pero también en el apoyo cotidiano a personas altamente vulnerables que en España (y Europa) viven situaciones de exclusión y pobreza. En este sentido, tampoco podemos menos que mostrar nuestra solidaridad con aquellas entidades del sector que se han visto afectadas por estas medidas hasta el punto de verse obligadas a reducir su personal y en consecuencia disminuir las prestaciones sociales y de ayuda directa hacia sus poblaciones destinatarias.

Nos preocupan de manera particular los recortes en la Sanidad, las medidas recaudatorias como el copago o repago, la eliminación o deterioro de las prestaciones y la supresión de dispositivos de atención,

ya que suponen el aumento de las barreras que impiden, limitan y violentan el derecho fundamental del conjunto de la población en acceder a la salud, pero sobre todo, de aquellos colectivos de personas que se ven excluidas de nuestra sociedad por su precariedad económica, discapacidades físicas o psíquicas, situaciones de explotación sexual o trata o estatus migratorio. Y es lamentable observar que una vez más, quien menos tiene es quien más acusa este tipo de decisiones.

El nuevo escenario que se nos presenta nos lleva pues a la obligatoria necesidad de innovar en todos los niveles de nuestras acciones y organizaciones: en los métodos de captación de recursos y la vital necesidad de aumentar nuestra independencia financiera a través del aumento de recaudación de fondos privados; en el rediseño de las estrategias de intervención para que sean más eficaces y eficientes; en la necesidad individual y grupal de adaptarnos y aceptar cambios que nos permitan continuar implementando proyectos y programas y centrar aún más todos los esfuerzos en la búsqueda del mejor bienestar posible para los y las titulares de derechos, las personas destinatarias de nuestra acción.

Pero en épocas de obligatorios ahorros y solicitud de esfuerzos para toda la sociedad, hay un lujo que no nos podemos permitir: ¡No podemos olvidarnos del derecho, innegociable e irrenunciable, de cada persona a acceder a la salud!

La defensa de este derecho universal es la razón de ser de Médicos del Mundo y en ello continuaremos concentrando todos nuestros esfuerzos. Y para lograrlo sabemos que contamos con el apoyo de todos vosotros y todas vosotras.

John Orlando

coordinador general de Médicos del Mundo

EN KITENI, PERÚ



Sergio Mañero

voluntario de Médicos del Mundo en Perú.

Es muy pronto por la mañana y nos apretujamos en el *carro*, sin espacio pero con alegría. Dando botes, las ruedas van devorando la línea de tierra del camino que va paralelo al curso del impresionante río Urubamba. Miro abajo a través de la ventana. El agua se abre paso en un valle escarpado entre quebradas rebosantes de vida.

Tras unas horas de viaje llegamos a Ivochoche, una de las poblaciones dentro de la influencia de la Microrred de Salud de Kiteni, en Cusco, Perú. Este es el último reducto antes de llegar al Pongo de Mainique, puerta a la llanura amazónica y tierra mágica para la gente machiguenga, que ancestralmente habita este lugar.

Cuando llegamos a la escuela, descargamos el material y vamos rompiendo el hielo con los chicos y chicas. Hemos venido a grabar un programa de radio. Llevamos unos días grabando debates en colegios de la zona sobre temas de salud sexual y reproductiva, como el embarazo adolescente o la violencia de género. La radio es el medio de comunicación omnipresente en el lugar. Hasta en las comunidades más alejadas se encuentra un transistor.

AGUAS BRAVAS

Mucho tiempo ha pasado desde que esta tierra fuera horadada por la rueda del *progreso*. Antes era el hogar de culturas unidas a su medio, pero hoy es muy diferente. La zona se encuentra en un momento de crecimiento rápido y desordenado, cuyo factor catalizador fue el descubrimiento del gas de Camisea. Hace pocos, años un consorcio internacional de empresas se repartió la ex-



[1] Kiteni desde la ventana de la oficina de Médicos del Mundo. [2 y 3] Actividad de los programas de radio. [4] Camino de Kiteni por el río Urubamba.

plotación de este yacimiento, que hace que esta provincia, La Convención, sea una de las más ricas del país, contrastando con las desigualdades sociales que existen.

Se percibe una mezcla convulsa y un sentimiento de lugar en febril metamorfosis cuando llega a Kiteni, la base de operaciones del equipo. Unas mujeres, con sus bebés envueltos en una tela a la espalda, venden chicha morada o algo para comer en la plaza, en tenderetes de madera con banquetas. Cerca de ellas, niñas y niños acostumbrados a correr por la selva, a pescar en el río y a ver a sus padres trabajar la tierra, juegan a las canicas al lado de unos señores con el mono naranja de la *empresa* del Gas. Camiones con mercancías, motos, *combis* y buses que transportan gente no paran de fluir por la calle principal, como lo hacen las aguas del río a escasos metros. Los andamios y las casas en construcción surgen por doquier. Si le-

vantas la vista un poco, las montañas verdes que envuelven al pueblo te recuerdan que estás en mitad de la Naturaleza. Es como si este fuera un lugar de paso, creciendo, regado por todos los vehículos que pasan. La carretera hace que broten y crezcan las poblaciones en torno al río, como este lo hace con la apabullante vegetación.

En este remolino de aguas revueltas intentan convivir realidades muy distintas. Varias comunidades originarias marginadas que han aprendido a luchar y a reivindicar su cultura, junto a una mayoría de familias campesinas llegadas desde las altitudes andinas que colonizaron estas tierras para plantar principalmente café y cacao. A esto hay que incluir una nueva ola migratoria que llega para buscarse la vida al amparo de la nueva industria *gasífera*, provocando un choque no sólo por el dominio de la tierra y sus recursos, también cultural, al ser muy diferentes las concepciones de la vida.

COMPROMISO CON LA COMUNIDAD

A la sala de la Municipalidad de Kiteni comienzan a llegar las y los convocados a una reunión que pretende crear un espacio de discusión sobre salud. Me fijó especialmente en algunas personas que desde que llegaron esperan en silencio: piel cuarteada por el sol, sandalias y sombreros; gente humilde, de campo. Me dicen que son promotoras y promotores de salud, un enlace entre las poblaciones de la zona y el personal de los puestos sanitarios, que colaboran para hacer llegar el derecho a la salud a todo el mundo. Suelen venir desde muy lejos, caminando durante horas, sin remuneración alguna, tan sólo porque sienten un fuerte compromiso con su comunidad.

Aquí hay muchos problemas, como la inaceptable realidad de la mortalidad materna. Problemas culturales entre un personal de salud poco reconocido y que trabaja en precarias condiciones con gente que tiene otra concepción de la salud y de la vida, ejemplificado en la práctica del parto vertical por muchas mujeres de cultura andina y machiguenga. Sin embargo, aunque en ocasiones sea difícil trabajar con las autoridades, aquí hay personal de salud, organizaciones de base, ONG locales, organizaciones institucionales, agrupaciones de jóvenes o de ciudadanas y ciudadanos en general que están consiguiendo cambios y con los que Médicos del Mundo trabaja en red.

MEGANTONI

Para el pueblo machiguenga, Megantoni es un lugar mágico que da sentido a sus vidas. Es el nombre que le dieron a esta parte de la selva. Riqueza, multiculturalidad y una compleja realidad, provocan problemas que generan tragedias e injusticia social.

Sin embargo, este lugar rebosa vida en plena búsqueda de su propia nueva identidad. De la misma manera que las y los machiguengas le dieron sentido a Megantoni y el río Urubamba une y da forma a este sitio, su población tiene por delante la construcción de un hogar justo, de su lugar en la selva, y el reconocimiento de sus identidades particulares.

Y hay gente que trabaja duro para que eso salga adelante. En el tiempo que he estado con el equipo de Médicos del Mundo hemos hecho infinidad de actividades. Algunas mejores que otras, pero estoy contento porque al final, las cosas van saliendo.

“ En el tiempo que he estado con el equipo de Médicos del Mundo hemos hecho infinidad de actividades. Algunas fueron mejor que otras, pero estoy contento porque me doy cuenta de que al final, las cosas van saliendo”.



ADIÓS A LOUGA

SENEGAL



[1]



Cristina González

técnica de proyectos de Cooperación Internacional de Munduko Medikiak Euskadi.

La sede autonómica de Munduko Medikiak Euskadi deja la región senegalesa de Louga después de casi una década de trabajo con su población y las entidades locales. El gusto de la despedida es agrídulce: a la tristeza de decir adiós se une la satisfacción de haber colaborado a mejorar los índices de salud de esta comunidad rural.

De las y los migrantes senegaleses residentes en Euskadi surgió el llamamiento a intervenir en la región de Louga, al señalar la existencia de unos indicadores de salud preocupantes. En 2002, Munduko Medikiak comenzó su andadura en esta zona rural compuesta por múltiples pequeñas aldeas y aquejada por una ausencia casi total de infraestructuras económicas.

Con el apoyo del Gobierno Vasco se inició el proyecto de *Apoyo al Plan Nacional de Desarrollo Sanitario y Social en Nayobe*, que logró ver cumplidas todas sus pretensiones: codo a codo con la población y las autoridades locales se construyó una farmacia comunitaria y se la dotó de medicamentos esenciales; se equipó el Puesto de Salud y se facilitó una ambulancia que permite alcanzar a las poblaciones más alejadas y vulnerables; se formó a agentes comunitarios de salud; se sensibilizó

a la población para fomentar su participación; y se conformó un comité de Salud dirigido por dos mujeres y tres hombres que recibieron formación sobre gestión por parte de nuestra organización.

Pocos meses después, comenzamos a desarrollar un proyecto en Bandagne que buscaba garantizar la seguridad alimentaria y mejorar las condiciones de vida de la población rural a través de mejoras en la producción agrícola, el contexto económico y la situación higiénico-sanitaria. Se logró introducir sistemas productivos sostenibles que permiten abastecer a la población de alimentos durante todo el año, lo que redundó en una mejora de la dieta, y se pusieron en marcha dos granjas comunitarias piloto, que produjeron un incremento de los recursos económicos. Ambas medidas fortalecieron las capacidades locales para la gestión de su salud.

SALUD MATERNA E INFANTIL

La población de la comunidad rural de Leona propuso el desarrollo de un proyecto de mejora de la calidad de los servicios de salud materno-infantil. "Munduko Medikiak practica la democracia desde la base. Antes de comenzar sus intervenciones, ha tenido siempre el cuidado de contactar a las organizaciones de base a través los Comités Locales de Desarrollo y siempre está próxima a las poblaciones", afirma Abdou Aziz Mbacké Syll, supervisor de Cuidados de Atención Primaria del Distrito Sanitario de Louga.

Una exploración en el terreno permitió dar voz a las autoridades de salud, agentes comunitarios, personal sanitario y sociedad civil con



[1] Inauguración del Puesto de Salud de Ndieye, en marzo de 2006.
[2] Huertos del proyecto de seguridad alimentaria para la población de Bandegne. [3] Formación de matronas.

una fortísima representación de las madres. Se decidió conjuntamente hacer hincapié en brigadas móviles para la vacunación infantil y la atención a las mujeres embarazadas y puérperas. De nuevo el Gobierno Vasco brindó su apoyo. Autoridades y personal sanitario resaltan con orgullo los resultados obtenidos del trabajo desarrollado entre 2007 y 2009: todos los embarazos recibieron asistencia (un aumento del 70%); se alcanzó el 100% de tasa de vacunación y de seguimiento nutricional de menores de cinco años y se registró un aumento significativo del número de consultas generales. “Los resultados son muy satisfactorios”, valora Cor Diouf, enfermero jefe del centro de salud de Gandé. “Los partos en domicilio han disminuido mucho, porque las mujeres son cada vez más conscientes de los peligros que provocan”, aseguraba.

MALARIA Y BILHARZIOSIS

También trabajamos por construir conocimiento con la población para emprender la lucha contra la malaria y la bilharziosis. Con el apoyo del Gobierno Vasco desarrollamos un proyecto caracterizado por la participación de la sociedad civil a través de movilizaciones sociales en las que las mujeres adquirieron un gran protagonismo.

Pudimos constatar que el nivel de conocimientos sobre las causas del paludismo en las mujeres aumentó del 88 al 96%; que se incrementó notablemente el porcentaje de mujeres que acuden a los servicios médicos ante casos de fiebre; y, sobre todo, que la adopción de medidas de prevención contra la malaria aumentó del 69,7% al 89,9%. Respecto a la bilharziosis, la proporción de mujeres que co-

nocen los lugares de transmisión aumentó de un 48 al 91,2% y los conocimientos sobre los medios de prevenir la enfermedad aumentaron de un 39 al 91,2%.

Sin embargo, otros problemas de salud materno-infantil afloraban. El ayuntamiento de Bilbao y la Fundación Bancaja apoyaron un proyecto para fortalecer la atención materno-infantil en la comarca de Keur Momar Sarr, a través de la formación de matronas y la sensibilización en Derechos Humanos, salud sexual y reproductiva, planificación familiar y género con agentes de salud, comités de salud y personas con liderazgo comunitario.

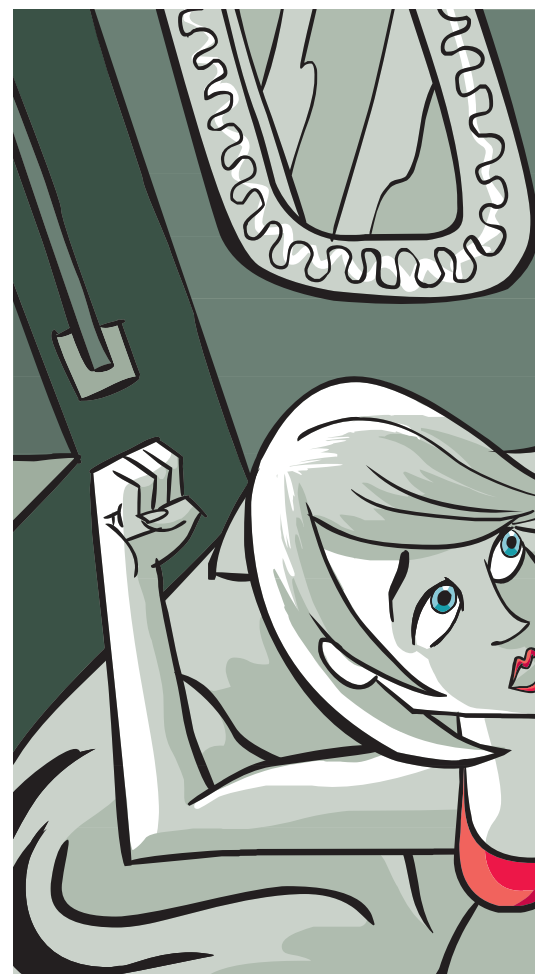
“Es la primera vez que recibimos una formación tan exhaustiva, que asocia la teoría y la práctica”, comentaba Badiane Mbaye, matrona de Keur Maniang asistente a las formaciones. “El hecho de aprender junto a matronas de diferentes localidades nos ha permitido conocernos e intercambiar experiencias. He reforzado la confianza en mí misma y sé que soy capaz de realizar las actividades que se esperan de mí”.

Con estas acciones se consiguió un aumento de las consultas prenatales y postnatales en un 41,02 % y 15,38%, respectivamente. De manera más modesta, se incrementó la atención a partos. Vimos casi duplicarse la utilización de los servicios de planificación familiar, pero sobre todo, se consiguieron suscitar reflexiones sobre la igualdad de género, que esperamos sean la semilla de una gran revolución que llegará con el transcurso del tiempo y la acción de unas poblaciones que poco a poco están haciendo más fuerte su voz.

El camino, sin embargo, no fue siempre recto y en una única dirección. Louga ha dejado su impronta en su paso por Munduko Medikiak, y no pocas lecciones aprendidas. Sabemos que tenemos que trabajar más en red y que todavía tendremos que esforzarnos en este sentido si queremos realmente mejorar la calidad de vida y producir cambios más amplios y globales.

“ Se consiguió suscitar reflexiones sobre la igualdad de género, que esperamos sean la semilla de una gran revolución que llegará con el transcurso del tiempo”.

Con bastante pesar y tras no pocas reflexiones, finalizamos nuestra trayectoria en la zona al comprobar que los esfuerzos conjuntos han conseguido sus frutos y que la región de Louga, no sólo por estas modestas acciones, pero sí por los esfuerzos y saber hacer de su población, ha mejorado sus indicadores de salud, convirtiéndose en una zona privilegiada de Senegal. Sabemos que hemos estado preparando el terreno para una despedida, para que la población de Louga continúe su viaje. ¡Qué difícil es decir adiós!



ILUSTRACIONES: Butler Ruiz.

INMIGRACIÓN Y VIOLENCIA



Isabel Macías

técnica de proyectos
Inclusión Social
de Médicos del Mundo.

La especial situación de las mujeres inmigrantes las hace más vulnerables frente a la violencia machista. La indefensión se hace más patente en las mujeres en situación de prostitución o víctimas de trata de personas.

Todas las mujeres, por derecho, debemos disponer de medidas y dispositivos de protección ante cualquier tipo de violencia machista. A lo largo de los últimos años han sido muchos los avances conseguidos en pro de la igualdad real entre mujeres y hombres. Diversas acciones, como la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, las campañas de sensibilización implementadas por diversas instituciones o el trabajo desarrollado por las entidades sociales, se configuran como elementos clave en el re-

chazo social de una de las formas de violencia más extendida: aquella que se ejerce contra millones de mujeres del mundo por su sexo, independientemente de nacionalidad, clase social o cultura, de forma cotidiana y con frecuencia impunemente.

A pesar de los importantes pasos que poco a poco vamos dando, no podemos ignorar que la lucha contra la violencia de género sigue siendo un reto actual y prioritario para conseguir una sociedad más justa e igualitaria. Dicho objetivo requiere poner un especial énfasis en la protección de quienes son más vulnerables a la violencia machista. Si bien es cierto que todas las mujeres somos potenciales víctimas de violencia de género, las mujeres inmigrantes están sobreexpuestas a este peligro.

Según datos de la Macroencuesta 2006 del Instituto de la Mujer, la incidencia de violencia de género entre las mujeres extranjeras doblaría a la incidencia entre las españolas. Este estudio cifra en un 7% los casos de maltrato declarado y en un 17,3% el maltrato no reconocido entre las encuestadas extranjeras, mientras que los porcentajes en el caso de las españolas se sitúan en un 3,6% y un 9,6%, respectivamente.

En 2010, la tasa de mujeres extranjeras víctimas de violencia de género en España fue de 10,54 por millón de mujeres, frente a la de 2,15 por millón en el caso de las autóctonas.

Las cifras de los últimos años muestran que las mujeres de otros países están dramáticamente sobreexpuestas a la violencia de género y reflejan una realidad que requiere implementar medidas que respondan a la necesidad específica de protección de las mujeres inmigrantes.

Diversas entidades, como Amnistía Internacional, identifican una serie de circunstancias que agravan la situación de vulnerabilidad de las mujeres extranjeras frente a la violencia de género, que se resumen principalmente en la dependencia de la mujer extranjera respecto de su pareja en el país de destino; el desarraigo y ausencia de redes sociales de apoyo familiar o de amistades, que dificultan la solicitud de auxilio; el desconocimiento del idioma, que obstaculiza la integración y el conocimiento de los recursos y posibilidades de ayuda ante la situación de maltrato; el desconocimiento de la legislación, de los derechos y de los mecanismos existentes frente a la violencia de género; dependencia económica con respecto

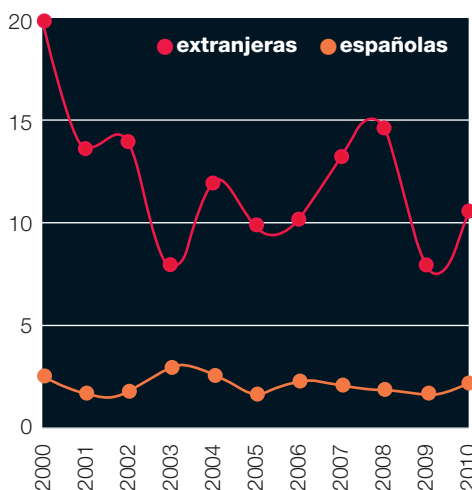


¡AYUDA!



TASAS DE VÍCTIMAS MORTALES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

(Casos por millón de mujeres)



Fuente: Instituto de la Mujer.

IA DE GÉNERO

al agresor, especialmente en los supuestos de reagrupación familiar (fomentado, en gran medida, por las propias disposiciones de la Ley de Extranjería); y la desconfianza en las instituciones públicas y cuerpos de seguridad, percibidos más como amenaza que como fuentes de protección.

FÓRMULAS DE SUBORDINACIÓN

A estas circunstancias hay que añadir otras barreras a la integración de muchas mujeres, especialmente las de origen de fuera de la Unión Europea, que surgen al llegar a nuestro país y verse relegadas a puestos de trabajo caracterizados por una baja cualificación, salarios reducidos y elevada temporalidad, circunstancias que agravan la dependencia económica respecto de sus parejas.

En este contexto, las mujeres extranjeras en situación administrativa irregular están en especial desventaja por su percepción de desprotección y por el miedo a ser expulsadas de nuestro país en el proceso de denuncia, a pesar de lo dispuesto en la LO 1/2004, que reconoce el derecho de todas las mujeres víctimas de violencia de género, sin discriminación alguna, a ser protegidas.

Los maltratadores aprovechan todas estas circunstancias para someter a las mujeres extranjeras y utilizan diversas estrategias como fórmulas de subordinación de las víctimas. La Federación de Mujeres Progresistas recoge como principales métodos el aislamiento de la víctima con respecto a sus redes afectivas, impedimentos para que las mujeres extranjeras aprendan nuestro idioma, amenazas con respecto al estado de su situación administrativa, intimidación y manipulación, abuso económico y emocional y el uso de las y los hijos como instrumentos para infundir miedo.

Pero además de la violencia por parte de parejas y ex parejas, existen otras manifestaciones de violencia de género que han sido tradicionalmente desatendidas. El acoso en el trabajo, los matrimonios forzados o la mutilación genital femenina, entre otras, constituyen vulneraciones extremas de los derechos fundamentales de las mujeres en todo el mundo. También existen otras actitudes violentas más cotidianas y normalizadas que no suponen necesariamente agresiones físicas, como vejaciones en público, empujones y otras muchas muestras de dominación de los hombres sobre las mujeres.

EL TRABAJO DE MÉDICOS DEL MUNDO

Desde Médicos del Mundo consideramos fundamental visibilizar todas estas formas de violencia, así como las que sufren las mujeres en situación de prostitución y víctimas de trata con fines de explotación sexual, especialmente las migrantes. Nuestro trabajo con personas en situación de prostitución durante más de 15 años nos ha convertido en un observatorio de los cambios y medidas acontecidas en los lugares abiertos y cerrados del ejercicio de esta actividad.

Algunas medidas emprendidas por políticas municipales dirigidas a la erradicación de la prostitución en las vías públicas (sanciones a quienes la ejercen, la instalación de cámaras de vigilancia o la mayor presión policial) han implicado una mayor movilidad y precariedad de las condiciones de ejercicio. En este sentido, cabe destacar el aumento de casos de violencia de género y agresiones, alguna de ellas mortales, contra personas en situación de prostitución, estigmatizadas a la hora de denunciarlas.

Para hacer frente a esta necesidad, gracias a la financiación del Fondo europeo de Integración (a través de la Dirección General de Integración de los Inmigrantes), Médicos del Mundo desarrollará durante este año un programa de prevención de la violencia de género en mujeres en riesgo o situación de exclusión social en todo el Estado español. Dicho programa se dirige especialmente a aquellas mujeres en situación de prostitución con el fin de minimizar los riesgos asociados a su actividad. A través de la incorporación de un módulo de violencia de género en nuestras Sedes Autonómicas, nos dirigiremos a aquellas mujeres inmigrantes más vulnerables, procurando su acercamiento a los recursos especializados de asistencia a víctimas, con especial atención a aquellos de carácter sanitario, social y psicológico.

La violencia de género, además de una forma de vulneración de derechos humanos es un problema de salud pública en el que las administraciones públicas, partidos políticos y la sociedad civil deben de poner todos los medios posibles a su alcance.

Los Estados, y en concreto España, deben combatir esta violencia en sus distintas manifestaciones mediante la adopción de medidas legislativas y de otro tipo dirigidas a proteger a las víctimas con recursos apropiados, prevenir tales abusos y procesar a sus autores aplicando sanciones de conformidad con la gravedad del delito.



XV PREMIO INTERNACIONAL LUIS VALTUEÑA FOTOGRAFÍA HUMANITARIA



Fotos de la serie *Esperando la ayuda humanitaria en Dadaab*, de Luca Catalano Gonzaga, accésit del XV Premio Internacional de Fotografía Humanitaria Luis Valtueña.



Fotos de la serie *Hellas Hell*, de Gabriel Pecot, accésit del XV Premio Internacional de Fotografía Humanitaria Luis Valtueña.

PÁGINA DERECHA: Fotos de la serie *Migrantes medioambientales: la última ilusión*. Ulan Bator, Mongolia, de Alessandro Grassani, ganador del XV Premio Internacional de Fotografía Humanitaria Luis Valtueña.



LA ÚLTIMA ILUSIÓN

La serie fotográfica *Migrantes medioambientales: la última ilusión*, del fotógrafo italiano Alessandro Grassani, se ha alzado con el XV Premio Internacional de Fotografía Humanitaria Luis Valtueña. Las instantáneas, tomadas en Mongolia, exploran el impacto generado en la sociedad de ese país por un cambio climático que ha golpeado su forma tradicional de vida.

Completan la lista de galardonados de esta decimoquinta edición, el fotógrafo argentino Gabriel Pecot, con sus instantáneas sobre la situación de falta de asistencia a la que se enfrentan personas refugiadas y solicitantes de asilo en Grecia y que tratan de salir del país ocultas en los camiones que se dirigen a Italia; y el italiano Luca Catalano Gonzaga, por su serie tomada en los campos de personas refugiadas somalíes de Dadaab (Kenia), el mayor del mundo, en la que retrata la llegada de quienes huyen de las armas y la hambruna que afectan a Somalia.

Médicos del Mundo convoca anualmente este certamen, instituido en recuerdo de Manuel Madrazo, Flors Sirera y Luis Valtueña, tres cooperantes de nuestra organización asesinados en Ruanda mientras realizaban trabajos humanitarios en enero de 1997, así como de Mercedes Navarro, también asesinada, en Bosnia en 1995 mientras trabajaba como lo-

gista. Luis Valtueña era fotógrafo de profesión y en España trabajaba como reportero para la Agencia Cover, motivo por el cual el premio fotográfico lleva su nombre.

Con este premio pretendemos fomentar los valores del humanitarismo y la solidaridad transmitidos a través de la fotografía y dar así continuidad a la labor de todas las personas que contribuyen a construir un mundo más justo y solidario.

El Jurado de esta edición estuvo compuesto por Marisa Flórez, editora jefe de fotografía del diario *El País*; Begoña Rivas, fotógrafa del diario *El Mundo*; Jon Barandita, editor de *Público*; Yara Sonseca Más, coordinadora de Exposiciones de La Casa Encendida; Paul White, editor de AP en Madrid; Susana Vera, fotógrafa de Reuters, y Álvaro González, presidente de Médicos del Mundo.

Junto a las imágenes premiadas, el jurado seleccionó otras instantáneas que integran la **exposición itinerante** que fue inaugurada en La Casa Encendida de Madrid, el pasado 24 de enero, y que visitará el Centro Joaquín Roncal de Zaragoza, del 7 al 30 de marzo, antes de viajar a otras ciudades españolas y extranjeras durante 2012.

Más información: premioluisvaltuena.org y www.facebook.com/premioluisvaltuena

Fundación Seur, La Casa Encendida de la Obra Social de Caja de Madrid y Manual Color han apoyado la exposición del XV Premio Internacional de Fotografía Humanitaria Luis Valtueña.



manual  color

Servicios integrales para la imagen





PRIMER PREMIO | 2011



LUGAR DE INTERES

XV PREMIO INTERNACIONAL LUIS VALTUENA FOTOGRAFIA HUMANITARIA



RedXlasalud



UNA COMUNIDAD VIRTUAL POR EL DERECHO A LA SALUD

RedXlasalud (www.redxlasalud.org/) es una comunidad virtual para entidades que comparten el mismo objetivo: fortalecer el trabajo en red en el ámbito del derecho universal a la salud con enfoque de Derechos Humanos y de equidad de género.

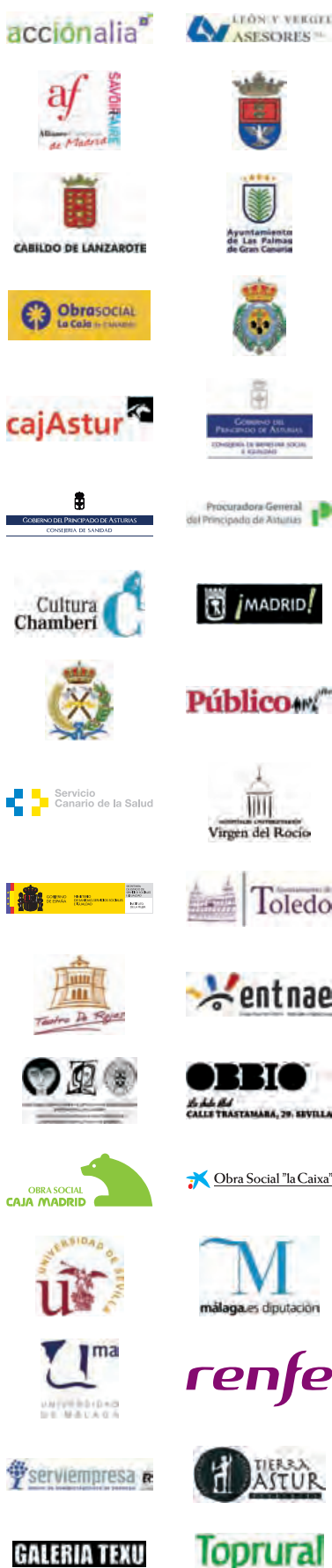
Esta red ha sido impulsada por Médicos del Mundo, gracias a la financiación del Plan Avanza Contenidos del Ministerio de Industria, pero es un proyecto colectivo en el que ya están participando y contribuyendo las principales organizaciones e instituciones del sector de la Salud. Tenemos el convencimiento del poder de transformación de la colaboración y de la cooperación y somos muchas las personas que, agrupadas o no, queremos contribuir a construir un mundo más justo y solidario.

RedXlasalud se lanzó oficialmente a mediados del pasado enero, junto a faceCoop.org (facecoop.org), la red social de Solidaridad Internacional sobre cooperación y desarrollo, que busca informar sobre género, medioambiente, participación ciudadana y la lucha contra la pobreza y el hambre y poner en contacto a personas, organizaciones, empresas e instituciones públicas interesadas en estos temas.

Para celebrar la presentación de estas iniciativas, se celebró un debate con personas expertas del sector con el objetivo de formular medidas concretas y propuestas de incorporación y de asimilación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación y de aprovechamiento de todo su potencial a partir de un análisis crítico de los errores y de las tendencias comunes que han retrasado hasta hoy este proceso.

Puede verse el video de la sesión, celebrada en el MediaLab Prado de Madrid, en este enlace: medialab-prado.es/article/seminario-del-cambio-tecnologico-al-cambio-social

gracias



Accionalia y **León y Vergel asesores**, por la cesión de la recaudación del Encuentro Almeriense de Directivos. **Alianza Francesa**, por su apoyo económico y la presentación de la exposición *Ciudad de tod@s, hogar de algun@s* en su sede de Madrid durante la Semana de la Solidaridad. **Ayuntamiento de Arrecife** y **Cabildo de Lanzarote**, por el apoyo al proyecto de *Acercamiento y atención socio-sanitaria a personas consumidoras de drogas y/o en situación de prostitución o riesgo de exclusión social en Lanzarote*. **Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria** y **Obra Social Caja de Canarias**, por su apoyo al proyecto de *Promoción de salud entre el colectivo de personas en situación de prostitución en Gran Canaria*. **Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife**, por el apoyo al *Centro de Atención Social y Sanitaria a personas inmigrantes indocumentadas en Tenerife*. **CajAstur**, por el patrocinio, las **Consejerías de Bienestar Social e Igualdad** y de **Sanidad del Principado de Asturias**, y la **Procuraduría General de Asturias**, por su colaboración en el IX Premio Virgilio Palacio. **Centro Cultural Galileo** (Cultura Chamberí del Ayuntamiento de Madrid), por su colaboración en el acto Salud y Desarrollo. **Comisión de Viaje de Fin de Carrera de estudiantes de la Escuela Técnica Superior de Ingenieros de Montes de Madrid**, por la donación a nuestra sede de Madrid de un euro por cada abeto de Navidad vendido. **Diario Público**, por su aportación económica y la producción y distribución de 400.000 ejemplares del Calendario 2012, elaborado con fotografías de nuestros proyectos. **Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias**, por su apoyo al proyecto de *Prevención de ITS y sida en la intervención con personas en situación de prostitución en Tenerife y Lanzarote*. **Hospital Virgen del Rocío de Sevilla**, por su colaboración con nuestros proyectos de Inclusión Social. **Instituto de la Mujer del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad**, por el apoyo en la obra de teatro *Capercitas, esclavas del Lobo* y **Ayuntamiento de Toledo, Teatro Rojas (Toledo), Escuela Navarra de Teatro, Instituto de Investigaciones Feministas de la Universidad Complutense de Madrid** y la **Sala Obbio** de Sevilla, por la cesión de sus espacios para representaciones de la obra. **Obra Social Caja Madrid**, por su colaboración con la nueva Unidad Móvil para seguir atendiendo a personas en situación de prostitución en Madrid. **Obra Social La Caixa**, por su apoyo al proyecto *Programa de promoción, participación y fidelización del voluntariado*. **Oficina de Cooperación de la Universidad de Sevilla, Centro Cívico de la Diputación de Málaga y Universidad de Málaga**, por su colaboración en la exposición *La larga noche saharauí*. **RENFE**, por la producción y distribución de 300.000 ejemplares del Calendario 2012. **Serviuempresa**, por su apoyo a la Sede Autonómica de la Comunidad Valenciana. Los artistas **Fernando Fueyo** y **Marcos Morilla**; el crítico de arte **Luis Feás**; **Abeto La Casa del Arte, Tierra Astur, Galería Texu, Marcos Trío** y **Obra Social y Cultural de Cajastur**, por su colaboración en la exposición *Artistas por Médicos del Mundo*. **Rotary Club de Alicante**, por la donación de material de oficina para nuestra representación en esta ciudad. **Toprural**, por su colaboración con el proyecto *Formación de agentes de salud en el colectivo de personas usuarias de drogas*.

HAITÍ: RETRATO INACABADO

Informe sobre dos años de trabajo en el país devastado por el terremoto

Dos años después del seísmo que devastó Haití, el 12 de enero de 2010, hacemos balance y continuamos nuestra intervención en un contexto marcado por la transición política y por la disminución de fondos para el país por parte de la comunidad internacional.

Los equipos de Médicos del Mundo que trabajan en Haití, formados en su mayoría por haitianas y haitianos (95% del total del personal), continúan su labor en Puerto Príncipe, Grand'Anse, Petit Goâve, Léogâne, y Nippes. Nuestra organización está presente en el país desde 1989.

Durante 2011, las delegaciones de Médicos del Mundo presentes en el país (Argentina, Bélgica, Canadá, España, Francia y Suiza) brindaron 250.000 consultas e intervenciones quirúrgicas.

Médicos del Mundo España trabajó durante estos dos años en la rehabilitación de la red sanitaria y el restablecimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva y de salud infantil en Petit Goâve, en las áreas de Pediatría y Maternidad del hospital, y en los seis dispensarios principales de la región.

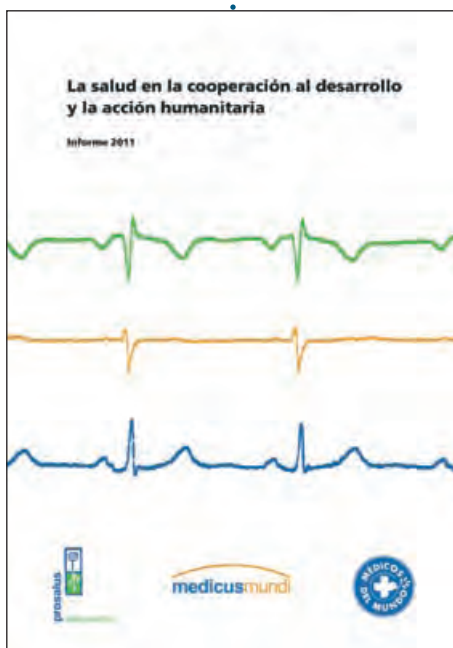
También nos hemos implicado en la respuesta a la epidemia del cólera. Desde la aparición de los brotes epidémicos, en octubre de 2010, integramos en nuestras actividades programas de prevención y de tratamiento de esta enfermedad.

En la actualidad, gestionamos 15 unidades y 3 centro de tratamiento de cólera y 28 puntos de rehidratación oral, en colaboración con las autoridades sanitarias nacionales y las asociaciones locales.

Estas son algunas de las acciones desarrolladas en Haití y relatadas en el informe *Haití 2 años después: Retrato inacabado*, elaborado en colaboración con el dibujante Rémi Courgeon. El informe se acompaña de una creación multimedia (en francés, inglés y castellano) realizada a partir de retratos de pacientes y del personal sanitario de los proyectos que mantenemos en Haití.

Creación multimedia:
www.medicinsdumonde.org/Haiti-2-ans-apres

Descarga del informe:
bit.ly/zuJUUpQ (PDF, 4 MB)



INFORME 2011 SOBRE LA AOD

El Informe 2011 'La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria' muestra la drástica reducción de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) por parte del Gobierno central y las Comunidades Autónomas.

Este documento, elaborado anualmente por las ONG de Desarrollo Médicos del Mundo, Prosalus y medicusmundi, tiene como objetivo mejorar la eficacia, la efectividad y el impacto de la cooperación sanitaria internacional y española.

En esta ocasión, el estudio destaca negativamente el descenso de 654 millones de dólares de la AOD española frente al comportamiento del resto de los países de su entorno: el conjunto de las naciones desarrolladas incrementaron la ayuda en un 7,5%, alcanzando un total de 128.720 millones de dólares (aproximadamente unos 98.000 millones de euros).

La reducción de la ayuda puede tener graves consecuencias y es necesario asumir que el gasto en cooperación no es una partida prescindible, sino prioritaria, sobre todo, si hablamos de servicios sociales básicos como salud o educación. El porcentaje de la Renta Nacional Bruta destinado a AOD quedaría en el 0,40%, lejos del 0,7% asumido para 2012 por el Gobierno y los partidos políticos con representación parlamentaria que lo habían apoyado a través del Pacto de Estado contra la Pobreza.

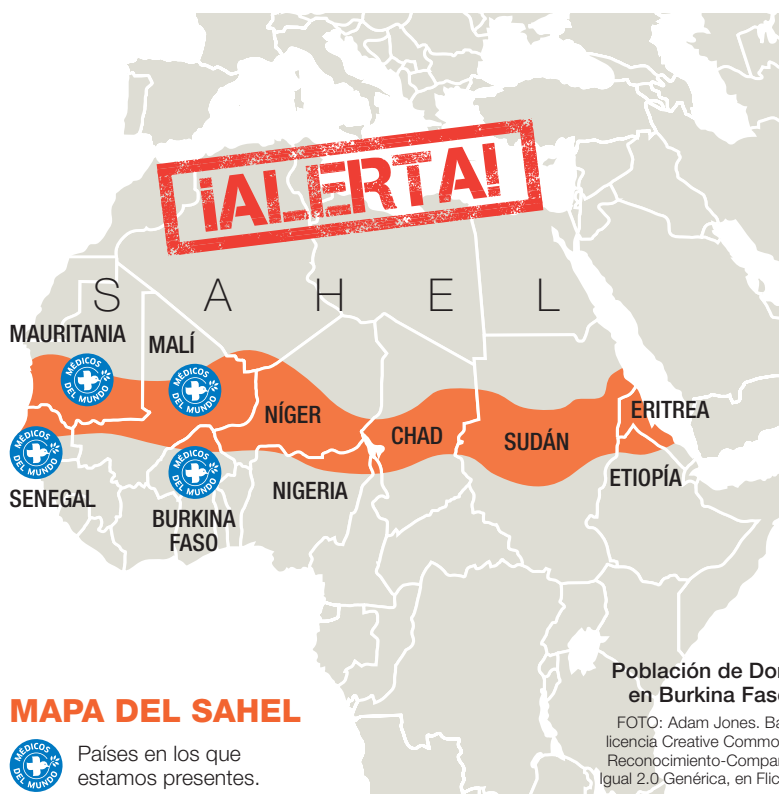
Esta perspectiva nos aleja de la recomendación de destinar el 15% de la AOD a la salud como sector prioritario. Este fuerte retroceso, que no es proporcional a la reducción global de la ayuda, supone que solo el 8,5% de la AOD se destinó al sector salud en 2010 (un descenso de casi el 25% respecto a 2009 y un 22,5% menos de lo que se había planificado). Si a este dato tan negativo le unimos la previsión de 2011 de destinar al sector salud poco más de 5% de toda la AOD, la ayuda en salud se situará al final de 2011 en valores absolutos inferiores a los de 2006 y en el porcentaje sobre la AOD total más bajo de los últimos 10 años.

Si la cooperación española quiere mantener su liderazgo entre los donantes y progresar en el cumplimiento y dotar de una financiación adecuada a los Objetivos del Milenio de salud, estos niveles no son aceptables. Solicitamos que el sector salud se convierta en prioridad estratégica para garantizar el cumplimiento de un derecho fundamental que, al mismo tiempo, es condición para el desarrollo.

Más información: blog Informe AOD Salud:
informeaodsalud.blogspot.com/

Descarga del informe:
bit.ly/zZIMXX (PDF, 3,45 MB)

Reforzamos nuestros proyectos en Burkina Faso, Mali, Mauritania y Senegal ante una **SALUD MATERNO-INFANTIL EN**



La escasez de lluvia, las malas cosechas, la falta de pastos, los precios de los alimentos y una disminución de las remesas que envían las personas emigrantes, son una serie de factores que los sistemas de alerta temprana de los países del Sahel han identificado y que parecen abocar inevitablemente a una nueva hambruna.

El Programa Mundial de Alimentos de Naciones Unidas advierte que ya hoy unas 650.000 personas necesitan asistencia alimentaria y que la degradación de la situación alimentaria y nutricional de las poblaciones vulnerables es un hecho a corto plazo.

“La pérdida masiva de la propiedad de los medios de subsistencia de los hogares pobres, provocada por las sucesivas crisis, ha destruido años de esfuerzo y trabajo de las familias más vulnerables”, explica Aziz Diallo, coordinador de Médicos del Mundo en Burkina Faso.

“Ya son visibles los inicios de una nueva crisis alimentaria, que tendrá un impacto muy negativo en la salud, especialmente

de **niños y niñas menores de cinco años y de las mujeres embarazadas y lactantes**, si no se toman pronto medidas de protección y asistencia”.

El Sahel es una región del continente africano que se extiende desde el Atlántico hasta el Mar Rojo, entre el Sáhara y las sabanas y selvas del golfo de Guinea y de África Central, recorriendo 12 países.

Médicos del Mundo refuerza sus proyectos en cuatro de estas naciones (Mauritania, Mali, Burkina y Senegal), donde desarrolla proyectos de Cooperación al Desarrollo, para dar respuesta a la crisis anunciada y evitar que miles de personas sufran los efectos de la crisis alimentaria.

Actuando ahora podemos evitar una emergencia nutricional muy grave.

“Tenemos que intervenir porque trabajamos en una zona aislada”, explica Mamadou Sow, responsable del proyecto de Médicos del Mundo en Kayes (Mali).

“Somos el único actor no gubernamental en la región y somos referencia en salud sexual y reproductiva. Las poblaciones

más afectadas por una hambruna serían mujeres, niñas y niños, grupos a los que se dirigen nuestros proyectos”.

DETECCIÓN DE CASOS DE MALNUTRICIÓN AGUDA

Preveemos formar equipos y desarrollar encuestas nutricionales en las áreas donde estamos presentes para definir la prevalencia, es decir, detectar los posibles casos, de malnutrición aguda y así desarrollar programas nutricionales con el objetivo de reducir la morbi-mortalidad materno-infantil.

“Las complicadas condiciones de seguridad limitan nuestro acceso a las poblaciones más vulnerables”, explica Arturo Silva, director de Operaciones Internacionales de Médicos del Mundo, “aunque nuestros equipos en el terreno están actuando a tiempo”.

La notificación temprana de la crisis está siendo esencial para evitar errores del pasado y tomar medidas de prevención.

Actuando a tiempo, los grupos más vulnerables pueden protegerse de los efectos más graves de una crisis nutricional.

hambruna anunciada

EL SAHEL



**ACTUAMOS EN
RESPUESTA A UNA
CRISIS NUTRICIONAL
EN EL SAHEL**

¿COLABORAS?

Puedes hacerlo:

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

Uno de los campos de personas
refugiadas de Dolo Ado.

Foto: Giro555. Bajo licencia Creative Commons
Reconocimiento-Compartir Igual 2.0 Genérica, en Flickr.



CUERNO DE ÁFRICA

Uno de los aprendizajes de la emergencia sanitaria provocada por la hambruna de Somalia, por la que han muerto entre 50.000 y 100.000 personas (más de la mitad, menores de 5 años) entre abril y agosto de 2011, es que los sistemas de alerta deben funcionar con mayor antelación para que los diferentes actores podamos intervenir a tiempo de prevenir situaciones casi irreversibles.

Aunque Naciones Unidas ha declarado el fin oficial de la hambruna, las necesidades básicas de la población siguen sin estar cubiertas.

Un equipo de Médicos del Mundo se dispone a trabajar en la vecina Etiopía, concretamente en la woreda (división administrativa) de Dolo Ado, cerca de la frontera con Somalia, donde se ubican cinco campos de personas refugiadas somalíes, y en el hospital de Filtu, centro de referencia para las personas pacientes provenientes de los campos de Bokolmayo y Melkidida.

Los principales objetivos de nuestro trabajo serán fortalecer las capacidades del mencionado hospital y atender a unas 150.000 personas refugiadas somalíes y a la población etíope de Filtu.

Las líneas de trabajo planeadas son brindar atención primaria y capacitar al personal de salud de los campamentos para identificar

patologías de referencia y en salud materno-infantil; suministrar equipos médicos y mosquiteras; rehabilitar las instalaciones del Hospital de Filtu y, en colaboración con ONG locales, suministrar agua y saneamiento e instalar paneles solares que produzcan energía para las salas de Cirugía, Pediatría e Internación; implementar dispositivos de gestión de residuos patogénicos; y elaborar materiales de información, comunicación y educación para el hospital y las comunidades.

Otra delegación de la Red Internacional de Médicos del Mundo, la francesa, también se encuentra trabajando en la zona, concretamente en Kenia, en la zona fronteriza que ha recibido a miles de personas que huyen de Somalia. La intervención resulta muy complicada. A la emergencia por el hambre se une los diversos choques armados que se registran en la zona y los ataques de la milicia islamista rebelde.

Para desarrollar estos proyectos, contamos con un presupuesto de 875.000 euros.

GRACIAS A TODAS LAS PERSONAS QUE HABÉIS COLABORADO CON LA EMERGENCIA EN EL CUERNO DE ÁFRICA. HABÉIS CONTRIBUIDO HASTA AHORA, CON 235.000 €, A FORTALECER EL SISTEMA DE SALUD EN DOLO ADO, ETIOPÍA.

JOSÉ CARLOS GUTIÉRREZ

publicitario, 52 años, colaborador de Médicos del Mundo. Ha viajado a Tanzania para conocer nuestros proyectos sobre VIH/Sida.

¿Cómo empezó tu relación con Médicos del Mundo? El área de las ONG siempre me ha interesado e inquietado. Mi relación con Médicos del Mundo empieza de una manera casual. A través de una compañera de trabajo, que es también colaboradora, conocí a una persona del equipo directivo. Hablamos y decidimos que podría conocer un proyecto en África y así comprometerme más en el futuro en un tema específico. Tengo un hijo adoptado de origen africano y es por eso por lo que me decanté por Tanzania.

¿Qué es lo que destacarías de tu viaje? Valoro muy positivamente la experiencia y más aún por el entorno social y económico que tenemos actualmente en Occidente: parece que el mundo se está hundiendo porque los mercados se caen, por la deuda. He encontrado mucha gente que vive con lo mínimo y que es feliz, personas que disfrutan, sonríen, y eso es lo maravilloso del ser humano. Pero también hemos estado junto a quienes no llegan ni a un mínimo de subsistencia.

Otra de las cosas más llamativas que vivimos fue el encuentro con las parteras y curanderas tradicionales, figuras prohibidas por ley en Tanzania, y que Médicos del Mundo quiere integrar y no marginar, enseñándoles a realizar mejor su trabajo. A ellas acuden las mujeres cuando van a parir.

Tras conocer el problema del VIH/sida en un país en desarrollo, ¿podrías darnos tus impresiones? Estoy contento porque he visto el trabajo que se realiza en todos los niveles para llevar a cabo una política no sólo de asistencia, también de prevención, que es lo más importante.

Hemos visitado hospitales, centros de salud y asistido a reuniones de la comunidad donde se hablaba de violencia de género o de salud sexual y reproductiva, sin distinguir a quien vive con el VIH de quien no.

Médicos del Mundo trabaja desde la base para crear algo sostenible y con futuro, respetando la cultura de cada país y a las personas, para hacer compatible un mejor desarrollo sin cambiar el entorno y las peculiaridades del país, colaborando con las autoridades locales y con las personas responsables de la comunidad, implicándolas desde el principio.

Visitamos el proyecto de Singida, con tres años de vida, y el de Karatu, con el equipo que lo puso en marcha hace más de ocho años. Lo que más llama la atención es la cohesión del equipo: entregado, unido, con iniciativas, fuerte, vital, trabajador, con ideas claras, ilusionado, cercano a la gente. El gobierno tanzano ha asumido el proyecto y lo está desarrollando con la misma dedicación y objetivos.

¿Qué diría a otras personas para que se animaran a colaborar? El mensaje que daría es que estamos en un pedazo muy pequeño del Universo,

el planeta Tierra, en el que vivimos muchos seres humanos. Algunos tenemos una situación privilegiada y otros no y desde nuestra posición nos tenemos que acordar de las demás personas y tratar de hacerles la vida algo mejor. Ayudemos, no perdamos la conciencia de que vivimos en una situación de privilegio a pesar de los problemas económicos, de las deudas e hipotecas. Hay otras personas que nos necesitan, apoyémoslas para que consigan un futuro mejor; podemos hacerlo aportando un poquito de todo lo que tenemos. Aquí, además de tener las necesidades básicas cubiertas, nos vemos rodeados de cosas superfluas y prescindibles de las que no te das cuenta hasta que te alejas. Podríamos vivir con mucho menos y valorar más la salud.

“Podríamos vivir con mucho menos y valorar más la salud”

