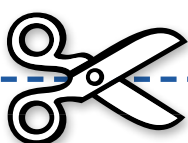




**RECORTES
QUE GENERAN
POBREZA Y
ENFERMEDAD**

DINERO HAY, LO QUE NO HAY ES VOLUNTAD DE RECAUDARLO



Cecilia Carballo de la Riva
Coordinadora de ONGD-España

(ARTÍCULO PUBLICADO EN EL DIARIO.ES)

Recientemente el subsecretario de Estado de Cooperación Internacional, Gonzalo Robles, afirmaba que “no se puede redistribuir riqueza cuando no la hay”. Así justificaba el nuevo recorte que ha sufrido la cooperación en el Proyecto de Ley de Presupuestos para 2013.

La afirmación del Sr. Robles parte de dos premisas que son erróneas por dos razones. Primera: **dinero hay, lo que no hay es voluntad política de recaudarlo.** El dinero que se mueve al año en transacciones financieras asciende a más de 70 veces el PIB mundial. La implantación en España de un impuesto que grave estas transacciones con un tipo de, por ejemplo, el 0,05%, podría suponer una recaudación de más de 5.000 millones de euros [1]. Por otra parte, el fraude fiscal se sitúa en torno al 20-25% del PIB español; una práctica que se extingue con medidas activas y no sólo preventivas.

Veamos algunas cifras. Si se redujera la economía sumergida se recaudarían 38.577 millones de euros; si se impusiera un tipo del 35% al impuesto de sociedades, las arcas públicas recibirían 13.950 m€. Este dinero, junto a los 5.000 millones de la tasa a las transacciones financieras y otro tipo de medidas supondrían en total casi 64.000 millones de euros. Un dinero que el Estado español **podría ingresar y no ingresa.**

Si profundizamos en el análisis, esa cifra de 64.000 millones coincide con el déficit en gasto social que tiene España con respecto a la media europea. Es decir, España deja de recaudar ese dinero que –tal como hacen sus socios europeos con economías similares- debería invertir en garantizar su Estado de bienestar: sanidad, educación, inmigración, cooperación para el desarrollo, dependencia, igualdad, etc.

Segunda premisa errónea del Sr. Robles. **La distribución sí se realiza, sólo que no de la manera más justa y equitativa.** Las cifras hablan por sí solas. Mientras la Agencia Española de Cooperación Internacional sufre desde 2011 **un recorte acumulado del 70%**, el programa del Ministerio de Defensa, destinado a la modernización del ejército –fundamentalmente compra de material militar- ha aumentado un 175% en los Presupuestos de 2013. Y éste es solo un ejemplo de la asimetría de los presupuestos del Estado para 2013.

No se trata por tanto de repetir como mantra que el país ha vivido por encima de sus posibilidades, sino de asumir y afrontar que este país recauda por debajo de sus responsabilidades.

AOD COMO PORCENTAJE

Además de todo esto, cabe recordar que los compromisos internacionales en materia de Ayuda Oficial al Desarrollo se vinculan a un porcentaje de la Renta Nacional Bruta, no a un porcentaje del Presupuesto General del Estado. Eso significa que el feroz recorte sufrido no está en ningún caso justificado.

Dice el gobierno que se siente orgulloso de pertenecer al club de los principales donantes del mundo, el Comité de Ayuda al

Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y recuerda que de los 23 Estados que forman ese grupo, 16 han bajado sus aportaciones a cooperación. Lo que olvida es que la proporción del **recorte en España es absolutamente desmesurada** con respecto al resto de los países. De hecho, nos acercamos más a los Estados que entraron en la UE tras el año 2002 –como Polonia, Hungría o Eslovenia-, que a la Europa de los 15 a la que España pertenece junto a países como Italia, Gran Bretaña o Bélgica. En este contexto europeo merece la pena destacar el caso de Irlanda que, con una crisis económica que ha implicado entre otras cosas un rescate financiero en 2010, ha mantenido su compromiso con el desarrollo por encima de España.

El gobierno sitúa la AOD española en un 0,2%, muy lejos, por cierto, del compromiso histórico del 0,7%. Para entender ese volumen de ayuda en un contexto de recortes debemos analizar con detalle las partidas que incluye. Por un lado, encontramos las aportaciones obligatorias tanto a Organismos Internacionales como a la UE, aportaciones que España no puede eludir. Por otro, se incluyen partidas cuyo impacto en la lucha contra la pobreza es cuestionable, como el caso del Fonprode Reembolsable que no es otra cosa que préstamos, créditos y líneas de financiación que los países que lo reciben deben devolver. Este fondo cuenta con 385 millones de euros, lo que supone el 18,8% del total de la ayuda, un porcentaje que va en contra de la ley que regula este mecanismo que establece como su tope máximo el 5%.

A todo ello hay que añadir los desembolsos que no generan nuevos recursos para





los países que lo reciben, como es el caso de los 245 millones de euros destinados a cancelación de deuda. En resumen, sin las operaciones de cancelación de deuda y si el Fonprode se ciñera a lo establecido en la ley, la AOD caería a niveles de los finales de los 80, justo cuando España dejaba de ser país receptor de ayuda.

LA PROTECCIÓN DE LO PÚBLICO

Por último, las autoridades del gobierno insisten en contextualizar el recorte en cooperación en el actual contexto de crisis económica y financiera. Ante estas afirmaciones quisiera destacar algunos puntos que deben ser tenidos en cuenta.

1. La política de cooperación se inserta en el conjunto de las políticas sociales que igualmente han experimentado un recorte sustantivo poniendo en peligro el sistema público de protección social e impactando en el ejercicio de derechos tan básicos como la sanidad o la educación.

2. España ha asumido distintos compromisos internacionales de derechos humanos, entre ellos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que le obliga a:

- Prestar asistencia y cooperación internacional, en especial económica y técnica, que permita a los países en desarrollo cumplir sus obligaciones básicas.

- Abstenerse de cualquier medida que interfiera directa o indirectamente en el disfrute de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, lo que necesariamente implica un mayor compromiso con la coherencia de políticas para el desarrollo, es decir con el fomento de políticas económicas, comerciales,

migratorias... que contribuyan al desarrollo.

3. España ha asumido voluntariamente distintos compromisos internacionales en materia de lucha contra la Pobreza que establecen como meta destinar el 0.7% de la Renta Nacional Bruta a Ayuda Oficial para el Desarrollo. Un compromiso que también recoge el Pacto de Estado contra la Pobreza, suscrito por el partido en el gobierno. La cooperación para el desarrollo **no es solo una cuestión de solidaridad**, enmarcada en el ámbito privado; es una cuestión de justicia que se sitúa en la esfera pública y se construye con la participación de la ciudadanía.

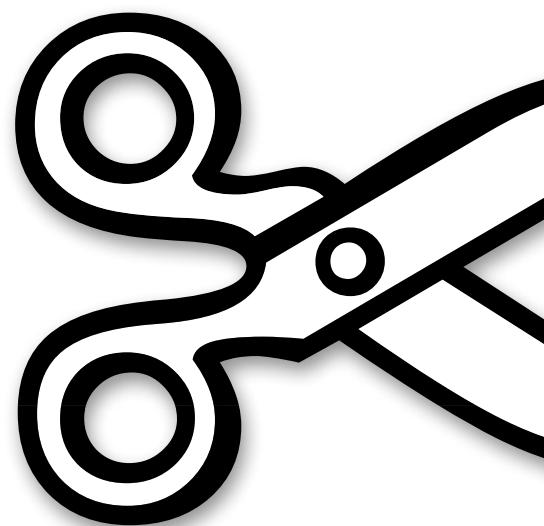
4. Una política pública no puede entender la cooperación como una política vinculada prioritariamente a los intereses españoles (geoestratégicos y sobre todo geoeconómicos del sector privado empresarial). No puede ser una política instrumental y mucho menos ligada.

En conclusión, con este panorama, sí, hablamos de desmantelamiento de la política de cooperación porque no sólo hablamos como organizaciones de la sociedad civil, sino como parte de un sistema del que formamos parte y que observamos que se desmantela al debilitar tanto a sus principales protagonistas como sus mecanismos de articulación y participación.

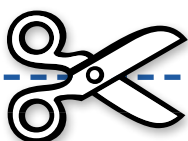
Aunque nuestras discrepancias con los responsables de la política de cooperación y de la cartera de exteriores son sustanciales y numerosas, hay algo en lo que estamos de acuerdo. **Dicen creer en la cooperación** y nos alegramos por ello porque nosotros también. Por eso seguiremos defendiendo por encima de todo la necesidad de la cooperación como política pública.

[1]

España ya ha manifestado su respaldo, junto con otros países europeos, a la implantación de una tasa que gravaría la compraventa de acciones y bonos, entre otros productos financieros. Aunque la decisión aún está pendiente de debate en el siguiente ECOFIN, debería de aprobarse lo antes posible y asegurarse que el dinero obtenido sirva para financiar políticas sociales y bienes públicos globales como la lucha contra la pobreza y contra el cambio climático.



30 AÑOS DE PROGRESO SOCIAL REVOCADOS POR DECRETO



Stefan Meyer
coordinador de
Incidencia Política en
Médicos del Mundo

El Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación insiste últimamente mucho en la “marca España”. Resulta extraño verse reducido como país al marketing internacional, a términos borrosos y vacíos de contenido. Pero esperen, tengo una propuesta de liderazgo internacional: España brilla por encima de otros países por nuestro sistema de sanidad. Es un sistema impagable, y a la vez es barato: España se gasta el 6.2% del PIB en sanidad pública, considerablemente menos que en Francia (8,5%) o Alemania (7,9%). Y este sistema contribuye a que en España tengamos unas tasas de mortalidad y morbilidad más bajas del mundo.

Gran parte de este éxito se debe al hecho de que el sistema español es público, universal y gratuito. Eso significa que se financia vía impuestos directos o indirectos (sorpresa: ¡no por cotización a la seguridad social!) de una manera progresiva. Es la Constitución del 78 la que hace explícita esta forma de solidaridad social del sistema que hace que quienes pueden aportar más paguen más y quienes necesitan más tengan asegurada su atención. Además, es universal, es decir, que toda persona que vive en España está cubierta por él. Y es gratuito, en el sentido de que sus costes los pagamos entre todas las personas antes de caer enfermas, para que no haya un gravamen adicional en el caso de enfermedad.

1 DE SEPTIEMBRE DE 2012: EL FIN DE LA SANIDAD UNIVERSAL EN ESPAÑA

Todo esto se acabó en abril de este año con el Real Decreto Ley 16/2012, denominado de “medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones” (nombre orwelliano donde los haya). **Este cambio legislativo supone pasar de una lógica de “universalidad” en la atención sanitaria a una lógica de “aseguramiento”, que significa ni más ni menos que la exclusión de la atención sanitaria –con la excepción de atenciones pediátricas, obstétricas y de urgencia– de las personas en situación administrativa irregular (denominados sin papeles), cuyo número en España se estima entre 120.000 y 900.000.** Médicos del Mundo lleva años facilitando a las personas inmigrantes el trámite de la tarjeta sanitaria y ayudándolas a superar las barreras culturales a través de nuestros programas de inclusión social. Ahora vemos que las puertas del hospital, simplemente, se cierran.

Es importante resaltar que, **aparte de ser injusta, la reforma tampoco tiene sentido en términos económicos –el ahorro propuesto, si se diera, sería marginal y cortoplacista– y en términos de salud pública es, directamente, peligrosa:** no atender a un porcentaje de la población, que además tiene riesgo de vivir en situación precaria, hace que las enfermedades transmisibles sean mucho más difíciles de controlar, teniendo en cuenta además que las personas inmigrantes no solo quedan al margen de la atención normalizada, sino que también quedan fuera de las medidas preventivas de promoción de la salud (vacunaciones, consejos de vida saludable...).

El cambio legal del sistema es también peligroso porque atender solo por la vía de urgencias hace que las enfermedades se agraven, con lo que el pronóstico empeora y la atención resulta mucho más cara que si se canalizara a través de los centros de salud. Además, Médicos del Mundo teme que fomentar la creencia de que las personas migrantes suponen un coste elevado para el sistema sanitario público pueda alentar sentimientos racistas y xenófobos.

CAMBIO DE MODELO: DEL UNIVERSALISMO AL ASEGURAMIENTO

Pero además de estas razones humanas y económicas, el verdadero calado de esta reforma es que representa todo un cambio de modelo. Desde los años cuarenta, la sanidad española ha logrado incluir cada vez a más personas bajo su cobertura. Lo que antes eran sistemas paralelos –sanidad privada para quienes se lo pudieran permitir, por un lado, y beneficencia pública para las personas empobrecidas, por otro–, se integró en las últimas décadas en un único sistema de financiación y prestación de servicios. La historia de la sanidad española cuenta la construcción de una sanidad que, justamente por esto –un pacto entre clases medias y trabajadoras– llegó a desarrollar un sistema de atención muy valioso.

La reforma sanitaria rompe radicalmente con esta trayectoria de sucesiva inclusión social, en cuanto propone la exclusión de una parte de la población, la imposición de una cartera única y el copago (o repago). Ya se barajó, y publicó, la exclusión de otras poblaciones –personas mayores de 26 años sin cotización– pero en esto el Ministerio rectificó ante las fuertes protestas. El cierre de las puertas de los hospitales a las personas migrantes es la primera pieza de un puzzle que se está desmontando, y en le que seguirán



SEGÚN LA MINISTRA DE SANIDAD, LA REFORMA SANITARIA –Y LA EXCLUSIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA DE LAS PERSONAS SIN PAPELES– COMBATE EL “TURISMO SANITARIO”

MERKEL EN PATERA: UN DELIRIO NACIONAL

cayendo piezas que afectarán a colectivos mucho más amplios. Igualmente, limitar los servicios del Sistema Nacional de Salud utilizando para ello solo criterios económicos e ignorando los criterios científicos abre la puerta para una sucesiva incorporación de aseguradores privados que cubran, previo pago, el hueco dejado.

Por último, la introducción del copago en la asistencia, una especie de impuesto sobre la enfermedad, elimina la protección social que se había logrado por el mecanismo de financiación basado en el aporte común.

¿Para qué sirve todo esto? ¿Por qué apuesta el gobierno por un retroceso en derechos sociales, económicamente inviable y hasta peligroso en términos de salud pública? En Médicos del Mundo creemos que el objetivo final de la reforma sanitaria podría ser devaluar los servicios públicos y desprestigiar la motivación genuina de las profesiones sanitarias para, finalmente, abrir a la mercantilización uno de los pocos espacios que hasta ahora ha quedado libre de la lógica de la maximización de beneficios: la sanidad pública. No nos engañemos: **si volvemos a dividir el sistema de salud en tres -uno privado, el bueno; otro público, de mínimos para los asalariados y, por último, un sistema de beneficencia de tercera clase para los pobres-, perderemos todos**, y retrocederemos más de 60 años en la historia. La literatura científica revela que la sanidad privada es cara e ineficiente, es decir, que incluso las clases medias que se lo puedan permitir recibirán una atención de peor calidad. Con la defensa de las personas migrantes nos jugamos mucho más que la inclusión de unos pocos. **Está en juego la existencia de un modelo exitoso y eficaz, un modelo que forma parte del pacto social en España, de la verdadera “marca España”.**

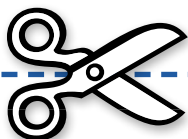
Lo que hace la ministra es, ni más ni menos, generar confusión entre dos tipos bien distintos de “migración”. Una parte, principalmente procedente de la Unión Europea, a quienes les resulta más fácil, más rápido o más económico acudir al sistema sanitario español. Por otra parte están las personas inmigrantes en situación administrativa irregular. Con los primeros, el problema para el sistema de salud español es, simplemente, “pasar la factura”. Con el segundo grupo, se trata de la obligación de proveer servicios a todas las personas que habitan en el territorio español. Para “pasar la factura” existen mecanismos de compensación entre países europeos, y España debería trabajar para que estos fueran más eficaces y eficientes.

Imaginen conmigo: ciudadano español tumbado en su toalla en la playa valenciana. A su lado observa, en otra toalla, a un “turista sanitario”, digamos alemán. Éste ha llegado en su Mercedes no sin antes parar en un par de bodegas francesas y degustar un par de quesos, para pasar unos meses en las playas de Valencia, donde de paso se arreglará unas molestas varices. Este “arreglo”, eficientemente realizado en un hospital público, la administración sanitaria española no logra co-

brarlo a la seguridad social alemana. Entra en la soleada escena un inmigrante africano, con un puñado de gafas de sol, de esas que te acaban quemando la retina. Llegado en patera, es uno de los más sanos que salen de su pueblo empobrecido, desertificado por el comercio mundial y la herencia colonial. Él no ha venido para ir al hospital, no le interesa, sino para trabajar. Trabajar para enviar dinero a casa, trabajar sin remedio de forma ilegal, en los invernaderos plastificados para que podamos exportar “fruta española” o recorriendo las playas vendiendo gafas de sol. Siguiendo las palabras de la ministra, bajo el sol radiante, en la mente de nuestro protagonista español se mezcla el uno con el otro en un sueño de verano, delirio de insolación, en una imagen difusa de amenaza. Así, el rojo del alemán, quemado por el sol, y la piel oscura del vendedor, se dibujan en su imaginación como un solo cuerpo, extraño, amenazador. ¿Merkel en patera? “Me invaden desde arriba y desde abajo a la vez, del Norte y del Sur, ¡socorro, vienen de fuera para expoliar! ¡sálvenme! ¡cerremos las puertas!” Fin de la escena: llega una ambulancia, insolación grave, y se lleva a nuestro protagonista al hospital. A uno de los sistemas sanitarios más eficaces del mundo. Un sistema para todas las personas. ¡Defendámoslo!



7 MITOS (Y MENTIRAS) SOBRE INMIGRACIÓN Y SANIDAD



El Congreso de los Diputados aprobó el pasado 17 de mayo con los únicos votos del Partido Popular y de UPN la convalidación del Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril llamado de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Entre las muchas y controvertidas medidas que incluía la reforma hay una que ha convalidado un rechazo generalizado, la exclusión de las personas inmigrantes en situación administrativa irregular de la atención sanitaria (excepto urgencias y atención a mujeres embarazadas y menores de 18 años).

Colectivos médicos, ONG y Comunidades Autónomas rechazan una reforma vía decreto, la consideran injusta, aseguran que no va a suponer un ahorro de costes al incrementar el uso de los servicios de urgencias y es contraria a una política de salud pública.

Para justificar la exclusión de un colectivo altamente vulnerable se han difundido durante años mitos y falsas leyendas entorno a la población inmigrante y el sistema sanitario. Aquí van alguna de estos lugares comunes (y erróneos):

1. Las personas inmigrantes colapsan los servicios de atención primaria. Es falso que las personas inmigrantes saturan el sistema sanitario público; de hecho usan menos el sistema de atención primaria que la población autóctona. Así lo demuestran varios informes como el realizado por la **Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)** en 2008. El informe mostraba que las personas inmigrantes, representando más del 10% de la población residente en España, pero sólo suponían el 5% de los pacientes de atención primaria, muy lejos de su presencia en la sociedad. Sobre el uso de los servicios de Atención Primaria por parte de inmigrantes en España, el 57,7% de la población española había acudido al menos una vez en el periodo de un año frente al 12,7% de la población inmigrante. Uno de los estudios más exhaustivos fue el elaborado por médicos de Atención Primaria de Zaragoza. En él se analizaron más de 5 millones de visitas de una población de 473.523 personas (el 11,17% inmigrantes). Según este análisis, los inmigrantes adultos fueron 4,2 veces a la consulta médica por las 6,7 de los españoles.

2. Los inmigrantes = turistas sanitarios. Las personas inmigrantes no vienen a España para servirse de los sistemas de cobertura socio-sanitaria y mucho menos son turistas. Según una encuesta elaborada por Médicos del Mundo entre

inmigrantes sin permiso de residencia en 2009, sólo el 4% de las personas encuestadas citó razones de salud cuando se les preguntó por los motivos que les habían llevado a emigrar a nuestro país. En todo caso, el debate sobre la existencia del “turismo sanitario” está referido a otro perfil de población extranjera procedente de la propia Unión Europea. La vinculación entre ambas circunstancias no es equiparable, tampoco en términos de renta (normalmente altas en aquellos que provienen en su mayoría de Europa y usuarios del llamado “turismo sanitario” y habitualmente bajas en el caso de los inmigrantes).

3. El sistema sanitario se financia con las cuotas de la Seguridad Social. Esta reforma ha vuelto a poner de manifiesto la confusión y desconocimiento entre políticos, medios de comunicación y ciudadanía de la forma en la que se financia el sistema nacional de salud. El **Barómetro Sanitario de 2009**, un estudio de opinión que realiza cada año el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas, el 46,2% de los de las personas que respondieron a esta pregunta creían que la sanidad pública en España se financiaba con las cuotas a la Seguridad Social que satisfacen las personas que trabajan. Tan sólo el 27,2% manifestaron que se financia mediante los impuestos que pagan toda que paga toda la ciudadanía. Un 15,8% contestaron que se fi-





© Alessandro Grassani



© Alessandro Grassani

nanciaba por ambas vías, por los impuestos y por las cuotas a la Seguridad Social y el 10,3% no sabía cómo se hacía.

Desde el 1 de enero de 1999, el Estado asumió totalmente la financiación de la asistencia sanitaria, suprimiéndose la aportación de cotizaciones sociales y produciéndose la “desvinculación total de la Sanidad y la Seguridad Social”.

Es, a partir de dicha fecha que culmina la separación entre atención sanitaria y Seguridad Social, cesando el aporte de cuotas directas desde ésta y pasando a financiarse aquella íntegramente con impuestos generales que salen del bolsillo de toda de la ciudadanía en las más variadas e indistintas formas impositivas con que el Estado se nutre de los fondos precisos para atender todos los servicios que ha de prestar (IVA, IRPF, Impuestos Especiales, etc.).

4. Las personas inmigrantes irregulares no contribuyen al sostenimiento de la Sanidad. Relacionado con el punto anterior, es obvio que las personas inmigrantes (también las que no tienen permiso de residencia) contribuyen a la financiación del sistema sanitario. Excepto en el caso del IRPF (impuesto que no pueden pagar porque carecen de permiso de trabajo) las personas inmigrantes pagan todos los impuestos que gravan la compra de bienes o los impuestos sobre el alcohol, el tabaco y la gasolina.

5. Deben pagar por la atención a través de la vía de los convenios-seguros. El Gobierno central planea crear, bajo el nombre de convenios especiales para que puedan volver a ser atendidas en el sistema público. El método elegido es que puedan suscribir algo parecido a pólizas con pagos que se asemejan a los de los seguros sanitarios privados. La orden que se ha transmitido a las comunidades autónomas es que las personas menores de 65 pagarían 710,4 euros al año —59,20 mensuales— y de 65 años en adelante, el coste ascendería a 1.864,80 euros anuales (155,40 al mes). Distinguir entre grupos de edad y adjudicándoles el supuesto precio medio de atención sanitaria sigue una lógica de aseguramiento privado que reparte el riesgo dentro de un grupo particular de la población, sin considerar la solidaridad intergeneracional. Además, como hemos explicado, es injusto sugerir que las personas en situación administrativa irregular no contribuyen ya que están pagando los impuestos indirectos. Con estas pólizas, las personas sin permiso de residencia estarían pagando por la atención por dos vías, pagar dos veces.

6. La exclusión se hace para “converger” con Europa. No es cierto que, como argumenta el Ministerio de Sanidad, la exclusión de las personas inmigrantes en situación administrativa irregular en España nos acerque al contexto europeo. Con el decreto, España se sitúa al nivel de Eslovenia, Chipre y Polonia, países donde

las personas extranjeras no regularizadas, salvo menores, sólo pueden ser atendidas en las urgencias. Con esta reforma, España pasa de estar en la vanguardia entre los países europeos que garantizaba la universalidad en la atención sanitaria a la cola en la Unión Europea. En países de nuestro entorno como Francia, Bélgica, Italia y Portugal las personas extranjeras sin permiso de residencia tienen derecho a cobertura sanitaria.

7. El tratamiento sanitario puede recaer en las ONG. Los responsables del Ministerio de Sanidad han manifestado que está previsto firmar convenios con organizaciones que atienden a inmigrantes de manera irregular para que también se les pueda atender en atención primaria. Sin embargo, las ONG no deben ni van a sustituir al Estado. Médicos del Mundo atendió a más de 19.000 personas inmigrantes el año pasado pero ni la propia Organización ni otras ONG pueden hacerse cargo de analíticas, especialistas, pruebas, derivaciones y prescripción de medicamentos que proporciona el sistema sanitario público y, mucho menos, sustituir y suplir las obligaciones y deberes del Estado. La respuesta para la atención de los inmigrantes en situación irregular no es la beneficencia o la generación de estructuras paralelas. Un sistema paralelo o un acceso a través de una “puerta trasera” conculcarían el derecho a la salud reconocido en nuestra carta magna además de no ser viable técnica ni sanitariamente.

tribuna

ELLOS Y NOSOTROS



Juan Diego Botto
actor

Desaparecerá la cobertura sanitaria universal. Los inmigrantes no tendrán atención sanitaria primaria, los enfermos crónicos tendrán problemas para ser atendidos. Muchos simplemente morirán.

Y algunos pensarán: "Ellos no soy yo, ellos, no han nacido aquí, si hay que recortar, que se lo quiten, que tienen demasiado".

Muchos ensordecen por el inmenso ruido mediático que repite una y otra vez: "Hemos vivido por encima de nuestras posibilidades" "Ya no podemos permitirnos ciertos lujos".

Y así, cliché tras cliché, mentira tras mentira, el ruido mediático irá construyendo el cubilete del trilerio y, al destapar la cajita, lo verás a él, recién llegado de Senegal y condenado a trabajar todas las horas del reloj para mandar dinero a su familia, y te dirán que él se está llevando la guardería de tu hijo y el médico que te corresponde.

Y otra vuelta de cubiletes y "¿dónde está la bolita, dónde está la bolita?" y cuando vuelvas a mirar la verás a ella, que cuida de un anciano y trabaja seis días y medio a la semana, y si tiene que ir al médico un día le descuentan la tarde de descanso y hace tres años que no ve a su hijo que se quedó allá, en La Paz, Bolivia.

“la dignidad nunca estará por encima de nuestras posibilidades”

Y quizá tú seas de los que piensan: "Mirame a mí, llevo treinta años cotizando para verme ahora en medio de un ERE (Expediente de Regulación de Empleo), mis hijos en el paro, mi hija sin guardería pública y mi casa más del banco que mía. No me lo merezco; ellos, los del barrilete se están llevando lo mío."

Y el ruido mediático hará que la cosa gire y gire y nunca veas la bolita. Porque si la ves, si un día de repente la ves, te darás cuenta de que "ellos" no son los otros.

Ellos también son nosotros y los que te quitan la sanidad y el trabajo y la educación seguramente son tan de aquí como

tú. Quizá, si un día ves la bolita, veas que nunca hemos tenido un gasto público ni por encima de nuestras posibilidades, ni tan siquiera cercano a la media europea; que dinero hay, pero no en manos de gente que trabaja por un salario; que el dinero de los médicos que irán al paro, el dinero de las pruebas que no te harán en la sanidad pública porque son demasiado caras, el dinero de las guarderías públicas que nunca se construirán, de los maestros y profesores de apoyo que irán a la calle, el dinero de las becas de comedor, el dinero para la universidad, el dinero para conceder créditos a las pymes, el dinero que no llega a ese pequeño empresario que despedirá a tu hijo, ese dinero, quizá se lo esté llevando la gran banca, quizá se esté usando para pagar a sus acreedores, quizá sirva para que las grandes fortunas sigan evadiendo alrededor de 60.000 millones de euros al año.

Y si ese día ves la bolita, quizá veas que, de hacer alguna división entre el yo y los otros, esa división no tenga que ver con el lugar de nacimiento, sino con quien abusa y con quien es abusado, con quien lo tiene todo a costa de la miseria ajena, con algo más vertical que horizontal, con los de arriba y los de abajo.

Y quizá pienses que la sanidad no es un lujo, que la educación no es un lujo, que tener un trabajo digno es un derecho, y que la dignidad nunca estará por encima de nuestras posibilidades sino que debería estar por encima de sus privilegios.

respiración artificial



cartas a la asociación

Los textos deben enviarse a informacion@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.

CÉSAR LLAGUNO

sumario

- 02** ESPECIAL **RECORTES QUE GENERAN POBREZA Y ENFERMEDAD**
- 08** OPINIÓN **ELLOS Y NOSOTROS**
- 10** DESDE MI VENTANA... **EN TINDUF**
- 12** NUESTRO TRABAJO ALLÍ **EMERGENCIA POR CÓLERA EN SIERRA LEONA**
- 14** NUESTRO TRABAJO AQUÍ **EL TRABAJO DE MÉDICOS DEL MUNDO EN INMIGRACIÓN**
- 16** MOVILIZACIÓN SOCIAL **ACTIVISMO Y VOLUNTARIADO FRENTE A LOS RECORTES**
- 18** AGRADECIMIENTOS **INÉS ENTRECANALES**
- 19** REDES SOCIALES **EN LA RED**
- 20** ENTREVISTA **ARMANDO DE NEGRI FILHO, MÉDICO EPIDEMIÓLOGO**

34 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
 informacion@medicosdelmundo.org
 www.medicosdelmundo.org

Presidente **Álvaro González**
 Directora de Comunicación **Raquel González**
 Editora **Celia Zafra**
 Redactora **Rosario Estébanez**
 Diseño **Cósmica®**
 Imprime **Afanias Industrias Gráficas**

D.L. M-34447-1997



Esta revista está impresa
 en papel reciclado.



EL REAL DECRETO 16/2012

“ EN MÉDICOS DEL MUNDO DEFENDEMOS UN SISTEMA SANITARIO DE COBERTURA UNIVERSAL, ACCESIBLE, ACEPTABLE Y DE CALIDAD, CENTRADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA”

Médicos del Mundo entiende que la protección de la salud es un derecho humano universal, según el cual las personas dejan de ser usuarias o beneficiarias de servicios para convertirse en titulares de derechos, y aleja la relación con los servicios de salud de cualquier intercambio comercial. Los Estados se convierten en titulares de obligaciones, que deben garantizar, promover, proteger y respetar el derecho de sus ciudadanos y ciudadanas a gozar del máximo estándar de salud posible. La sociedad civil y las ONG somos titulares de responsabilidades, tenemos el deber de fiscalizar a los gobiernos y de apoyar a la función pública.

El derecho a la protección de la salud es un fin en sí mismo y es universal. Todas las personas deberíamos estar en la misma situación frente a este derecho. Sin embargo, existen grandes inequidades en su disfrute entre países y dentro del mismo país. Las desigualdades tienen un primer origen en la injusticia social que obliga a algunas personas a vivir en condiciones socioeconómicas que ponen en peligro la salud. Y continúa con las limitaciones en el acceso a la atención sanitaria de algunos grupos, limitaciones que radican en las debilidades de la protección social.

La asistencia sanitaria es un aspecto importante en el que se concreta gran parte de este derecho y el acceso a esta asistencia es fundamental para garantizarlo. Sin embargo, en España recientemente ha entrado en vigor el Real Decreto 16/2012, que excluye de la asistencia sanitaria a las personas inmigrantes en situación irregular.

Desde Médicos del Mundo hemos manifestado públicamente nuestro rechazo a esta legislación que pone límites imposibles al derecho a la protección de la salud, supone

una dejación de las obligaciones del Estado y abre las puertas a un cambio radical de modelo sanitario, pasando de la asistencia universal por ciudadanía al aseguramiento.

La situación de grave crisis económica que atraviesa nuestro país está creando muchos grupos de población vulnerable. En España ya contamos con diez millones de personas empobrecidas como consecuencia de esta crisis, lo que hace más necesario que nunca contar con un sistema sólido de protección social, que incluya el acceso a asistencia sanitaria. Lo contrario supone atentar contra la salud de las personas, incrementar las desigualdades y aumentar el riesgo de fractura social.

En Médicos del Mundo defendemos un sistema sanitario de cobertura universal, accesible (incluyendo no discriminación, accesibilidad física y económica), aceptable (culturalmente apropiado y sensible a los condicionantes de género) y de calidad, centrado en la atención primaria. Un sistema sanitario público para el que es necesario buscar fórmulas de financiación basadas en la equidad, la justicia y la solidaridad.

En ello creemos y por ello seguiremos trabajando.

Sagrario Martín

Sagrario Martín

vicepresidenta 2ª y vocal de Operaciones
 Internacionales de Médicos del Mundo

CAMPAMENTOS DE REFUGIADOS SAHARAUIS

TINDUF



Chiara Domenichini
enfermera

Suena el despertador. Debe de estar llegando el invierno, porque todavía está oscuro. Enciendo la luz del salón y Cosme, nuestra perrita, abre un ojo y bostezo. Juntas nos desperezamos y, listas para emprender un nuevo día, salimos de casa: ella escopetada, corriendo a buscar otra casa donde pasar las horas hasta mediodía; yo algo dormida todavía, me dirijo al coche y pongo rumbo a Ausserd, una de las cinco wilayas (provincias) de los Campamentos de Refugiados Saharaui (CRS).

Para ir a Ausserd tomamos la autopista. Es uno de los caminos fáciles: tierra más o menos batida y un pequeño montículo a cada lado que lo delimita. Si no fuera por esto, estaría completamente perdida. Después de nueve meses me sigue asombrando la capacidad que tienen aquí para orientarse en medio de un paisaje tan homogéneo: una

planicie de arena y piedras negras que se repite hasta el infinito. Yo sólo sé decir si Ausserd está por aquí o por allá mientras hago un gesto vago con la mano indicando la distancia. Ellos, en cambio, se guían como si leyeran señales invisibles a nuestros ojos.

Llegados a Ausserd, lo primero que hacemos es pasar a recoger a Warda, que sale de su jaima envuelta en su melfa morada, la bufanda, los guantes, las gafas... Ahora no extraña tanto porque empieza a hacer más fresquito, pero en verano ¡va igual! Y es que aquí a las chicas no les gusta ponerse morenas, quieren tener la piel lo más blanca posible. Warda por lo menos usa el método natural, pero hay muchas que se embadurnan con cremas con corticoides, una moda nada saludable que puede desembocar en un cáncer de piel.

BÁSCULAS Y TALLÍMETROS

Juntas, Warda y yo recorremos todos los dispensarios de los CRS supervisando el *Programa Integral de Salud Infantil Saharaui*. Hoy vamos a Tichla, donde nos espera Baraketu, la encargada del programa en este dispensario. "Salam Alekum" digo al entrar, y luego intento farfullar lo que sigue del saludo, acompañado de una pequeña sonrisa de las chicas que viene a indicar que el hassania (el árabe que hablan aquí) definitivamente no es lo mío.

“ La falta de proteínas y de diversidad en la dieta (...) hacen que la anemia en las embarazadas y la desnutrición en los niños sean el pan de cada día de las consultas”

Algunas madres ya han llegado y esperan con sus niños en brazos, bultos animados debajo de las melfas que miran a través de la tela inobservados por los demás. Siempre me pregunto si se agobiarán o si en cambio se sienten seguros en su escondite de colores.

Báscula, tallímetro, pesa romana, MUAC (medida del perímetro braquial Middle-Upper Arm Circumference), termómetro, fichas, lavadero para las manos... todo en orden. La consulta puede empezar. Pasa la primera mamá y Warda y yo nos quedamos en un lado, observando, para luego comentar las debilidades, reforzar conocimientos y potenciar sus fortalezas. Formar en servicio al personal, compartiendo con ellos las dificultades del día a día nos permite que nos vean como un apoyo y un referente, nos acerca a ellos. La relación es distendida, hay risas y bromas (aunque a veces se quejen de que la "nasarania PISIS", es decir, yo, las visite a su parecer demasiadas veces).

Baraketu revisa la ficha del niño y controla las vacunas que tiene puestas mientras que una de las jefas de barrio (una especie de auxiliar de enfermería) empieza a pesar al niño. Es matemático, en cuanto se le deja colgando en la báscula romana rompe en llantos y la consulta se empieza a animar, y este llanto continuo no nos abandona hasta que se termina el trabajo.

"¿Qué come? ¿Cuánto come? ¿Sigues dándole el pecho?", la entrevista nutricional ha empezado. Es una de las partes más importantes de la consulta y el aspecto en el que hay que incidir más en una población que hace malabares con los alimentos que le son asignados en la canasta básica. Y es que tras 37 años, los saharauis siguen siendo una población refugiada que sobrevive casi exclusivamente de la ayuda externa que diversas ONG, agencias de Naciones Unidas y diversas asociaciones brindan en los campamentos.

Lentejas, arroz, aceite, azúcar, patatas, zanahorias, cebollas y soja son la base de la alimentación. La falta de proteínas y de diversidad en la dieta, junto con los hábitos alimenticios de aquí, hacen que la anemia en las embarazadas y la desnutrición en los niños sean el pan de cada día de las consultas.

A medida que pasan los niños me voy abstraendo, no es nada fácil mantenerse implicado en una conversación en *hassania* durante toda la consulta (menos mal que tengo a Warda que me va traduciendo). Paso la mano por la mesa y mi mano se llena de arena, una arena fina que lo impregna todo: el suelo, las camillas, el pelo, la ropa. Está en todas partes, se filtra por los huecos de las ventanas, circula entre las jaimas y nos recuerda que seguimos en medio del desierto, en medio de

la nada, en una tierra hostil que ofrece poco futuro a quien la habita. Y pienso qué será de este niño que me mira con unos enormes ojos marrones, qué le deparará la vida, si podrá tener un futuro digno o pasará a engrosar la fila de jóvenes que se pasean sin nada que hacer más que ver su vida pasar.

"¡Rojo!", exclama Baraketu. Me inclino con Warda sobre la gráfica de crecimiento. Efectivamente, el punto que nos indica la compañera está en plena franja roja, y eso significa que tendremos que añadir los enormes ojos marrones a nuestra lista de niños con malnutrición aguda severa. Si no hay complicaciones y la madre respeta las pautas del tratamiento, en un par de meses podrá pasar al protocolo de malnutrición aguda moderada y en dos meses más estará sano. Y cruzaremos los dedos para que sea la primera y última vez que su nombre aparezca en la lista.

Ya es hora de volver. Bajo la ventanilla del coche para recibir el aire fresco del atardecer, mientras el sol empieza su recorrido para terminar escondiéndose detrás de la línea del horizonte. Es la mejor luz, todo parece más cálido, más acogedor, el desierto se envuelve de misterio y elegancia.

En casa, Cosme espera dando saltos y moviendo la cola.



[1] Wilaya de Ausserd. [2] Chiara en la consulta. [3] Midiendo el perímetro braquial con el MUAC.



EMERGENCIA POR CÓLERA EN SIERRA LEONA



[1] Escuela de enfermería en Freetown. [2] Centro de tratamiento del cólera (CTC).



Nicolás Dotta
coordinador de país
en Sierra Leona

Como en muchos países de África, la economía de Sierra Leona está creciendo. Según datos del Banco Mundial, lo hace a un ritmo de entre el 5 y el 6 % anual los últimos cinco años, gracias al rendimiento del sector de la minería.

Solo con observar el desarrollo del comercio en Freetown, donde proliferan restaurantes de moda, hoteles, tiendas de marcas de alta gama, edificios en construcción y donde los coches de lujo circulan por sus calles, se puede tener la idea de un país que crece, que levanta cabeza y que acaba de convocar las segundas elecciones democráticas desde el fin de la guerra.

Pero el pulso de las grandes ciudades y los buenos indicadores macroeconómicos muestran una falsa realidad: la de un país en el que la mayor parte de la sociedad está excluida, y la vida de sus gentes transcurre al margen de los beneficios de los que gozan unos pocos. Cuando la injusticia social es tan evidente como aquí, el sistema colapsa. Esta vez no ha sido la guerra. Esta vez ha sido **el cólera**. No podía ser otra enfermedad más representativa que el cólera, la enfermedad de la pobreza, de los que no tienen agua, de los que no tienen siquiera una letrina, de los que viven hacinados a orillas de los ríos.

A partir de la declaración de la epidemia y de la emergencia nacional el pasado mes de agosto, Médicos del Mundo activó un equipo de emergencia que puso en marcha un Centro de Tratamiento del Cólera, formó al personal sanitario, instaló una potabilizadora, suministró medicamentos, reforzó la vigilancia epidemiológica y activó una campaña de educación para la salud. Hoy que ya la epidemia está controlada y en su fase final, estamos trabajando en la elaboración de un Plan de Contingencia, para aprender de la experiencia y dejar capacidades adquiridas en una zona donde la enfermedad es endémica.

La epidemia ha afectado a 25.000 personas y se ha llevado por delante 300 vidas. El 80% de los afectados se localiza en los alrededores de Freetown, a la sombra del brillo de la capital; y en el ámbito rural, donde se encuentran las mayores cuencas mineras. Es decir, donde se producen los mayores beneficios económicos del país.

El tratamiento de cólera es sencillo y relativamente económico. Pero prevenirla implica inversiones en agua, saneamiento, salud, educación y mejora de las condiciones de vida. A esa mejora a largo plazo quiere contribuir Médicos del Mundo a través de los proyectos de desarrollo, en primer lugar, y de la asistencia directa cuando sea necesaria.

SIERRA LEONA, UNA HISTORIA MARCADA POR LA TRAGEDIA

Sierra Leona y sus habitantes tienen una historia marcada por la tragedia, como uno de los pueblos más afectados por los mercados de esclavos. Sierra Leona no nació como país hasta 1791, cuando -al igual que su país veci-



[1]



[2]

no, Liberia- fue fundada por el establecimiento de esclavos liberados, mayoritariamente provenientes de los campos de algodón del sur de los EEUU, que crearon la ciudad de Freetown, actual capital del país.

Después de la esclavitud, llegaría el colonialismo, en este caso británico. En esos momentos del siglo XXI Europa vivía uno de sus momentos de mayor desarrollo económico y África era la reserva de materias primas a costos mínimos que la industrialización requería, lo que se convirtió en una nueva forma de opresión para el país.

En 1961, Sierra Leona declara su independencia. Las dos décadas siguientes estuvieron marcadas por la inestabilidad política y social, y las marcadas diferencias entre los criollos, los habitantes de Freetown –llamada entonces la Atenas del África– educados y más beneficiados por la cultura anglosajona, y las dos principales etnias del antiguo protectorado, los mendes del sur y los temnes del norte, que lejos de los progresos de la ciudad capital, sólo conocieron el sometimiento como mano de obra barata para la explotación de las inagotables riquezas de estos suelos.

En los años 90 se desata la denominada por Hollywood “guerra de los diamantes de sangre”. En una sociedad dividida como consecuencia de siglos de colonialismo y esclavitud, la ambición de empresas occidentales por hacerse con el control y explotación de las ricas canteras mineras de oro, diamantes, hierro, aluminio y titanio desestabilizó el país. Corrupción y estado fallido. Rebeldes, guerrilleros, milicianos, mercenarios y golpes de Estado. **La guerra civil.**

Sierra Leona sufrió durante diez años una de

las guerras más atroces que la historia reciente conozca. Se produjeron las más terribles violaciones de los derechos humanos. Entre 10.000 y 15.000 civiles perdieron la vida asesinados por diferentes ejércitos, dos millones de desplazados (la mitad del país) y el 15% de las mujeres violadas. En una década, **Sierra Leona se convirtió en el país más pobre del mundo**, con el 66% de su población viviendo por debajo de la línea de la pobreza.

MÉDICOS DEL MUNDO EN SIERRA LEONA, UNA DÉCADA JUNTOS

Hoy, la esperanza de vida al nacer en Sierra Leona es de 47 años. La mortalidad infantil alcanza el 114 por mil –174 por mil en menores de 5 años–. La mortalidad materna es de 874 por 100.000 nacidos vivos y la prevalencia de tuberculosis de 847 por 100.000. En el ámbito rural, sólo 30 de cada 100 personas tienen acceso a letrinas o a saneamiento básico. El 60% de las muertes se deben a infecciones respiratorias, diarreas, malaria y complicaciones perinatales. Según datos de Unicef 2010.

Médicos del Mundo está presente en Sierra Leona desde el año 2002. Desde entonces ejecutamos intervenciones de emergencia y proyectos de desarrollo y fortalecimiento institucional, especialmente orientados a mejorar la atención primaria de salud, la salud sexual y reproductiva y los sistemas de agua y saneamiento en las comunidades del Distrito de Port Loko, al suroeste del país. Más recientemente emprendimos proyectos similares en el Distrito de Koinadugu, el más extenso, menos desarrollado y más aislado del norte del país, en la frontera con Guinea Conakry.

En este distrito estamos desarrollando en estos momentos un proyecto para fortalecer

los servicios de salud sexual y reproductiva, financiado por la Unión Europea y la Diputación Foral de Bizkaia.

En contraparte con el Ministerio de Salud de Sierra Leona y la Dirección Distrital de Salud, trabajamos también en la construcción, rehabilitación y equipamiento de centros de salud, en la formación continuada de su personal y prestamos apoyo técnico en departamentos claves como la vigilancia epidemiológica, y el seguimiento y evaluación de los Programas.

Promovemos la conexión entre las comunidades y los servicios de salud, mediante la creación de una red de **800 voluntarios promotores de salud**, comités de salud comunitarios y comités de muertes maternas. Lo que pretende esta red comunitaria es promover la salud, como un elemento propio de las personas y sus comunidades, desde un enfoque intercultural.

Complementariamente, en la Comarca de Neini, estamos ejecutando un programa financiado por el Principado de Asturias y los ayuntamientos de Oviedo, Avilés, Langreo y Siero. Los objetivos de este proyecto son similares al anterior, pero focalizándonos en una única comarca e incorporando el acceso al agua y saneamiento básico en las comunidades. Al mismo tiempo, intentamos promover los hábitos básicos de higiene desde la edad escolar con un proyecto es acompañado en la misma comarca financiado por el Ayuntamiento de Carreño.

Y por último, especial atención nos demanda la inaceptable situación de violencia contra la mujer y la niñez, para lo cual nos proponemos la creación de una red socio-sanitaria para apoyo a víctimas de la violencia de género.

EL TRABAJO DE MÉDICOS DEL MUNDO EN INMIGRACIÓN





Oihana Merino

vocal de Operaciones Locales y Educación para el Desarrollo de la Junta Directiva de Médicos del Mundo

El colectivo de personas inmigrantes es uno de los prioritarios en la acción de Médicos del Mundo en España. En 2011, atendimos a más de 6.500 personas en doce comunidades autónomas.

Nuestra prioridad es la integración de las personas migrantes en el circuito sociosanitario normalizado. Informamos, asesoramos y orientamos sobre la utilización de los recursos públicos, les acompañamos en los trámites que necesiten y ejercemos mediación intercultural cuando es necesario.

A los lugares donde trabajamos con personas inmigrantes los llamamos **Centros de Atención Social y Sanitaria para Personas Inmigrantes (CASSIN)**, de los que existen siete repartidos por todo el país. Los CASSIN abrieron sus puertas en los años 90, en un momento en el que en España no estaba reconocido el acceso al sistema público de salud de las personas en situación administrativa irregular. A partir del año 2000, la Ley Orgánica de Extranjería, reconocía el derecho a la atención sanitaria a este colectivo –con el trámite previo del empadronamiento– en las mismas condiciones que las y los españoles. Así que nuestro trabajo a partir de entonces se centra en informar, asesorar, derivar y acompañar a las personas inmigrantes para su integración en el Sistema Público de Salud.

No obstante, siempre han existido situaciones en que las personas inmigrantes encuentran obstáculos para acceder a la red pública sociosanitaria. Es ahí donde Médicos del Mundo ofrece todo su apoyo. Desde las **unidades móviles** nuestros equipos también se desplazan a zonas aisladas con amplia presencia de población inmigrante con necesidades básicas de salud.

A partir del año 2000, la atención médica de atención primaria que prestábamos en estos centros fue poco a poco disminuyendo, quedando de forma residual solamente para aquellos casos en los que no era posible la inclusión de las personas en el Sistema Público de Salud. Los principales obstáculos para obtener la tarjeta sanitaria individual eran fundamentalmente dificultades administrativas motivadas casi siempre por la imposibilidad de aportar certificado de empadronamiento o documento identificativo en vigor. También han estado muy presentes otros obstáculos como las barreras lingüísticas, culturales, el miedo al rechazo y a la discriminación entre otros.

La salud no sólo consiste en un bienestar físico, sino que es un estado de la persona en

el que inciden otro tipo de condicionantes, los llamados determinantes sociales de la salud. Por eso, desde Médicos del Mundo prestamos atención social y psicológica a las personas que lo necesitan y trabajamos en áreas como la mediación intercultural, la prevención de la mutilación genital femenina, la prevención de la violencia de género, etc. Paralelamente también buscamos fortalecer las capacidades y habilidades de las personas dando especial importancia a la formación de agentes de salud, formación de pares (personas que pasaron por su misma situación) y talleres formativos sobre temáticas muy diversas.

En Médicos del Mundo atendemos, pero también denunciemos, porque aspiramos al cambio social. Así que también hacemos actividades de movilización social e incidencia política, de sensibilización y denuncia, desarrollando proyectos de educación para el desarrollo; participando en plataformas y redes para un trabajo coordinado que maximice los resultados de las acciones, tanto a nivel local como autonómico y nacional; campañas sobre aspectos como los Centros de Internamiento de Extranjeros (CIE), entre otras.

“ En Médicos del Mundo atendemos, pero también denunciemos, porque aspiramos al cambio social ”

Público de Salud a toda persona en situación administrativa irregular, con la salvedad de acudir a urgencias –aunque no queda garantizada la gratuidad de los servicios médicos– y la atención a mujeres embarazadas y menores de edad. Una medida que no sólo viola la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ratificado por España, sino que además va en contra de la misma Constitución Española.

Con este cambio, los CASSIN vuelven a recibir casos extremadamente graves de personas enfermas que están viendo denegados sus tratamientos y sus diagnósticos. Además, el número de peticiones de atención aumenta considerablemente. Nos encontramos con casos que hace un año eran inimaginables: enfermedades crónicas sin tratamiento (VIH, diabetes, salud mental, etc), cáncer sin tratamiento, operaciones programadas canceladas, personas incapacitadas sin la atención necesaria, ausencia de recursos para la medicación, personas ingresadas por urgencias tras previa firma de factura, y sí, también hablamos de **xenofobia**.



© Alessandro Grassani

A medida que la crisis económica que afecta a nuestro país fue dando sus primeros tirones, también los perfiles y las necesidades de las personas titulares derechos que acudían a nuestros CASSIN fueron cambiando considerablemente. Empezábamos a recibir personas extranjeras “con papeles” e incluso personas con nacionalidad española que tenían dificultades para acceder a los servicios públicos de salud y que habían perdido su cobertura sanitaria por motivos de desempleo o que llevaban meses esperando la tarjeta sanitaria. También personas que aunque disponían de tarjeta sanitaria solicitaban apoyo porque ya no podían costearse los medicamentos recetados. Comenzaba en este momento a hablarse de Emergencia Social, la exclusión social alcanza a una población cada vez más amplia y más diversa, mientras las subvenciones públicas que sostenían nuestros proyectos iban disminuyendo.

Para empeorar la situación, el nuevo gobierno del Partido Popular publicó el Real Decreto 16/2012 que restringe el acceso al Sistema

Hablamos de xenofobia porque este decreto también ha sembrado esta semilla, que se ha visibilizado en menores y mujeres embarazadas no atendidas, en personas extranjeras rechazadas en sus centros de salud aun cuando su acceso estaba contemplado en el decreto, en personas extranjeras que ni se atreven a acercarse a sus centros de salud y hospitales por miedo a ser denunciados. Un sentimiento al que contribuye también una información poco clara, tanto de las personas afectadas por este decreto como del personal administrativo y sanitario que trabaja en el Sistema Público de Salud.

Ahora todos nuestros esfuerzos, y el trabajo desde los CASSIN, los enfocaremos en una doble vertiente: buscando un cambio legislativo y social a través de la sensibilización de las personas y de la presión política y a la vez continuando con la intervención sociosanitaria que prestamos. Dos ejes que se dan la mano, que se alimentan mutuamente y que esperamos nos lleven a avanzar en igualdad de derechos y oportunidades en este país.

ACTIVISMO Y VOLUNTARIADO



Felipe Noya

vicepresidente 1º
y vocal de Desarrollo
Asociativo y Voluntariado
de Médicos del Mundo

Médicos del Mundo entiende y promueve la acción voluntaria, entre otras cosas, como un ejercicio de activismo ciudadano con el que provocar la transformación social necesaria que nos lleve a un mundo más equitativo y justo. En una palabra, lo entiende como un derecho. Y como tal debe ser resaltado especialmente en esta nueva celebración del Día Internacional del Voluntariado que celebramos cada 5 de diciembre. Especialmente este año.

En los talleres que he compartido con el voluntariado de Médicos del Mundo con el fin de facilitarles información sobre la asociación llevamos a cabo siempre un pequeño ejercicio de introspección. Muy simple. Se trata de recordar qué motivaciones llevaron a cada participante a querer hacerse voluntario. No sólo qué le llevó a vincularse a Médicos del Mundo, que también, claro, sino de dónde partió

su interés por formar parte de una ONG, o de una asociación. Por ayudar, en definitiva.

Las respuestas son muy diversas. Muchas veces es “una amiga que era voluntaria y que me habló de lo que hacíais.”. U “os vi en una manifestación defendiendo los derechos de las personas inmigrantes”. Otras muchas es la casualidad: “quería hacer algo y pasé por vuestra puerta”. Cada vez encontramos más casos de personas que antes participaban en nuestros programas como personas en situación de riesgo de exclusión y que, una vez mejorada su situación, consideran que un buen sitio para ayudar a los y las demás es la organización que una vez les apoyó.

Pero en todos, en todos los casos, siempre hay un interés moral. Un querer hacer algo para cambiar una realidad que no nos gusta y que sabemos injusta. Siempre. Luego esa colaboración se concreta dentro de Médicos del Mundo conforme a los intereses de la persona, las necesidades de la organización y, en muchos casos, deviene después en una mayor implicación, pudiéndose llegar a formar parte de una junta directiva, autonómica o estatal.

EL VOLUNTARIADO ES UN DERECHO

Lo que no aparece generalmente es la conciencia de que esa participación como volun-

tario o voluntaria en una organización es el ejercicio de un derecho articulado en el marco del derecho a la participación. En definitiva, que es una posibilidad más de participar en nuestra sociedad democrática. De dar una mayor dimensión activista a nuestra noción -¿debería ser nueva noción?- de ciudadanía.

Evidentemente, este último punto está implícito en ese querer cambiar la realidad que sabemos injusta. Sí, pero quizás esa falta de verbalización de lo que nos lleva a ser más activistas implica que no lo vivimos como un derecho, sino que lo vemos como algo “concedido”, dado por otros.

Sin embargo, en este momento de ataques y recortes presupuestarios generalizados contra los sistemas públicos de salud, educación y de cobertura social quizás convenga ampliar nuestra mirada. Porque esos recortes esconden, cada vez de forma menos taimada, propuestas ideológicas que limitan o pueden llegar a limitar derechos fundamentales. Y no sólo en los planos expuestos: aunque de momento nos parezcan solo amenazas más o menos veladas, ya se están haciendo propuestas en el ámbito de los derechos civiles, “propuestas” que pretenden incorporar limitaciones también al derecho a la libertad de expresión, al derecho de manifestación...



Kjerstin Sanden y Alicia López, voluntarias de Médicos del Mundo.

O FRENTE A LOS RECORTES

LOS RECORTES TAMBIÉN AFECTAN AL VOLUNTARIADO

El ámbito del voluntariado, o por expresarlo mejor: el ámbito de la participación ciudadana a través de la colaboración voluntaria en organizaciones, no se queda fuera de esta desoladora inercia. Hay señales que parecen manifestar cierto interés de la Administración por modificar la legislación sobre voluntariado para ampliar su ámbito de aplicación y así posibilitar la actuación altruista -pero también interesada desde la perspectiva de los poderes públicos- en ámbitos de intervención social que deberían mantenerse en la esfera de las obligaciones que los Estados, en tanto que tales, tienen y que les debemos exigir que sigan teniendo. Además, la regresiva supresión de apoyos públicos hace que las organizaciones, y especialmente las asociaciones, tengan menos recursos y posibilidades para llevar a cabo su misión en el plano de la intervención social, pero también, y no es menos importante, en el plano de la interlocución y la incidencia política. Creemos, creo, que es especialmente relevante recordar en estos momentos como la propia ley de voluntariado estatal, que data de 1996, contiene en su exposición de motivos las siguientes y reveladoras palabras:

La acción voluntaria se ha convertido hoy en día en uno de los instrumentos básicos de

actuación de la sociedad civil en el ámbito social y, como consecuencia de ello, reclama un papel más activo que se traduce en la exigencia de mayor participación en el diseño y ejecución de las políticas públicas sociales. Esta participación, por otro lado, es la que reconoce expresamente nuestra Constitución a los ciudadanos y a los grupos en que estos se integran, en el artículo 9.2., y la que, en razón del mismo artículo, están obligados a promover, impulsar y proteger los poderes públicos.

La situación económica y social presente hace que la misión de nuestra asociación sea aún más pertinente que nunca. Como organización democrática y participativa, Médicos del Mundo es titular de responsabilidades, y está orientada a presionar para que el Estado, como titular de obligaciones, haga valer los derechos de los titulares de derechos, sí, pero no sólo en el plano de la exclusión social y la vulnerabilidad, sino también en el plano de las libertades cívicas. Y no sólo en África o en América del Sur. Como estamos viendo y viviendo, esa presión siempre ha sido necesaria en nuestro "Norte", pero es ahora más pertinente que nunca.

Médicos del Mundo entiende y promueve la acción voluntaria como un ejercicio de ac-

ción ciudadana con el que provocar la transformación social necesaria que nos lleve a un mundo más equitativo y justo. Lo hemos señalado en nuestra entrada. Nuestro voluntariado es un voluntariado concienciado, activista y movilizador. Un voluntariado que en ningún caso se ofrece para sustituir los deberes propios del Estado, sino que, al contrario, le recuerda sus compromisos y sus obligaciones hacia la ciudadanía de la que formamos parte necesaria. Cada vez más necesaria.

La celebración de un día internacional debe ser siempre una llamada de atención para resaltar ante la sociedad la pertinencia del motivo resaltado. Este año, el Día Internacional del Voluntariado debe ser desde luego un momento de agradecimiento hacia el voluntariado en general y especialmente a las 1.100 personas voluntarias, asociadas muchas de ellas, que hacen Médicos del Mundo. También es momento de repensar nuestras asociaciones para que sean más participativas y flexibles e incorporen propuestas de los nuevos movimientos sociales que han llenado nuestras calles y de las que tenemos tanto que aprender, especialmente en el plano del activismo social. Pero es un momento para mirar adelante con intensidad, casi con furia, para que no haya desistimiento ni retrocesos.



© Alessandro Grassani



El voluntariado es una posibilidad más de participar en nuestra sociedad democrática, de dar una mayor dimensión activista a nuestra noción de ciudadanía”

FUNDACIÓN JUAN ENTRECANALES DE AZCÁRATE

**Entrevista a INÉS ENTRECANALES,
Directora de la Fundación Juan
Entrecanales de Azcárate**

¿Cuál es la política de acción social de la Fundación Juan Entrecanales Azcárate? Nuestro compromiso social es apoyar económicamente a entidades no lucrativas que desarrollan programas transformadores de la sociedad y que permitan el progreso de las comunidades en las que actúan. Apoyamos a entidades que desarrollen proyectos con personas especialmente vulnerables. Nos interesa que dichos proyectos estén liderados por entidades con un arraigado carácter local que conozcan de primera mano las necesidades de cada zona y dediquen plenamente sus recursos a la puesta en marcha de esas iniciativas. Elegimos entidades que desarrollen proyectos cuyo impacto sea cuantificable y sea ejecutado de manera eficiente y transparente.

También tenemos muy en cuenta si la organización tiene una visión transformadora. Queremos colaborar con otros para transformar la sociedad y no sólo para asistir.

¿Qué os motivó a colaborar con Médicos del Mundo? Somos conscientes de que cada vez que elegimos colaborar con una ONG dejamos de apoyar otras magníficas causas. En nuestro compromiso social intentamos establecer criterios de actuación coherentes con nuestra forma de pensar y nuestra capacidad. Nuestra misión es ayudar a los que ayudan y el proyecto que nos presentó Médicos del Mundo encajaba a la perfección con nuestras aspiraciones. De

hecho, nos presentaron varios proyectos y decidimos apoyar el que se desarrollaba en España.

Queríamos dar atención a un colectivo muy vulnerable, y las personas usuarias de drogas y las personas sin hogar lo son. Además están muy alejadas de los recursos sociosanitarios. Nuestra ayuda sirvió para mejorar los espacios de intervención, es decir, sufrágamos obras de acondicionamiento en los lugares donde Médicos del Mundo atiende a este colectivo en Bilbao, Valencia y Vigo.

Fue esencial el hecho de que Médicos del Mundo llevara trabajando en este tema desde 1983 y que como organización tuviera la experiencia y legitimidad para realizar un trabajo tan difícil. También el hecho de ser una entidad analizada por Fundación Lealtad contribuyó a nuestro apoyo. Nos parece muy importante que las organizaciones del tercer sector sean conscientes de la importancia de la transparencia y la rendición de cuentas.

¿Qué mensaje darías a otras empresas para que colaborasen con las ONG? Hoy he leído una frase de Winston Churchill que me ha hecho recapacitar. Decía “un optimista ve una oportunidad en todo problema; un pesimista ve un problema en toda oportunidad”.

Me gustaría que el tercer sector se viera como una gran oportunidad para todos esos optimistas que pensamos que las cosas se pueden transformar a mejor. Las ONG son una herramienta muy valiosa que tiene nuestra sociedad para combatir la pobreza, la exclusión, la marginación. Las empresas

tienen que encontrar su hueco en la acción social a través de las ONG. Es importante informarse y establecer alianzas a medio y largo plazo.

Las empresas y las ONG son un gran tándem para combatir la pobreza; las primeras tienen mucho que enseñar a estas organizaciones, que ya son como empresas pero sin ánimo de lucro y les falta a veces orientación a resultados. Las ONG también tienen mucho que enseñar a las empresas: su espíritu y su visión son motores fundamentales de la sociedad y son muy inspiradores.



GRACIAS

CAMPAÑA “CONTÁGIATE POR EL VIRUS DE LA SALUD”
Equimedia, por su colaboración en la negociación de espacios publicitarios gratuitos. **JC Decaux**, por la colocación gratuita de *muppies* (marquesinas) y carteles en varias ciudades. **Publimedia SP** y **Metro Madrid** por la colocación gratuita de carteles en soportes publicitarios del metro de Madrid. A los diarios **ABC**, **El Mundo**, **La Gaceta** y **La Razón** y a las televisiones **Intereconomía** y **La Sexta**, por la difusión gratuita del anuncio.

CAMPAÑA “DERECHO A CURAR”
Amnistía Internacional, **Col-legi d’advocats de Les Illes Balears**, **Col-legi Oficial d’Infermeria de les Illes Balears**, **Plataforma por la Convivencia de Ibi-**

za, **Prosocial**, **Red Acoge**, **Societat Balear de Medicina Familiar i Comunitaria**, **The European Anti Poverty Network Illes Balears** y **Zerca y Lejos**.

CAMPAÑA “MES DE L@S DEPORTISTAS SOLIDARI@S”
Audiovisuales Canarias, **Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria**, **Ayuntamiento de Mogán**, **Cabildo de Gran Canaria Deportes**, **Cadena SER**, **Canarias Radio La Autónoma**, **Caja Rural de Canarias**, **Obra Social La Caja de Canarias**, **La Caixa**, **CEDAGA**, **Club Natación Metrópole Gran Canaria**, **Real Club Náutico de Gran Canaria**, **Federación Canaria de Gimnasia** y **Federación Canaria de Surf**.

BASEBA (Balear de señalizaciones), por su colaboración con **Metges del Món Illes Balears**. **Centro Joaquín Roncal de Zaragoza**, por su colaboración en el Ciclo de Cine *Trata con fines de explotación sexual*. **Dirección General de Migraciones**, **Secretaría Ge-**

neral de Inmigración y Emigración del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, y **Fondo Europeo para la Integración de la Unión Europea**, por el apoyo a los proyectos que desarrollamos en España con personas inmigrantes en riesgo o situación de exclusión social. **Durex**, por la donación de preservativos. **Instituto de la Mujer**, por la subvención del programa *Sensibilización sobre trata*. **Laboratorio Peróxidos Farmacéuticos**, por su apoyo en la realización de los talleres sociosanitarios dirigidos a mujeres en situación de exclusión social en Navarra. **Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria**, por la cesión de un espacio para instalar una mesa informativa de Médicos del Mundo Andalucía en el 22º Congreso celebrado en Sevilla. **Texto Meta**, por la traducción y corrección de textos de la colección on-line *Aprendiendo de Nuestra Práctica*. **Xicarandana**, por su colaboración en el montaje de la exposición *Ciudad de tod@s, hogar de algun@s*.

EN LA RED

La página web de Médicos del Mundo (www.medicosdelmundo.org) acaba de estrenar la sección Trabaja con Nosotros/as, <http://trabaja.medicosdelmundo.org>, que nos permite mantenernos informados e informadas sobre los puestos de trabajo que la organización precisa cubrir, además de recibir directamente el currículum vitae de las personas que estéis interesadas en formar parte de nuestra asociación.

Además, en los últimos meses, hemos aumentado nuestra presencia en las redes sociales, con nuevos perfiles en Twitter y con la página en Facebook del equipo de Médicos del Mundo en Senegal <http://www.facebook.com/MedicosDelMundoSenegal>

Si tenéis un perfil en Twitter, os invitamos a estar en contacto a través de esta red social con @MedicosdelMundo (<http://www.twitter.es/MedicosdelMundo>) y a formar parte de una comunidad que cuenta con más de 6.400 seguidores y seguidoras y de la que también forman parte nuestras sedes de Andalucía (@MdMAndalucía), Galicia –a través de su Grupo de Movilización de Drogas de Vigo- (@MdMGMDV), Canarias (@MdMLanzarote y @MdMGranCanaria) y de la Comunidad Valenciana (@Mdm_VLC).

Para quienes prefiráis estar en contacto con la organización a través de Facebook, podréis hacerlo a través de la página de Médicos del Mundo España <http://www.facebook.com/medicosdelmundo.es-pana>, y de las de nuestras sedes autonómicas de Aragón, Asturias, Canarias, Euzkadi, Galicia, Illes Balears, Comunidad de Madrid y Navarra.

En nuestro canal de Youtube: <http://www.youtube.com/medicosdelmundo> podréis encontrar, entre otros, el vídeo “Juramento” de la campaña “Derecho a Curar” en defensa de la sanidad universal y en apoyo de los y las profesionales sociosanitarios que ejercen la objeción de conciencia frente a la reforma que ha excluido del Sistema Nacional de Salud a las personas inmigrantes en situación administrativa irregular <http://www.derechoacurar.org>

En este canal también está a vuestra disposición el vídeo de la campaña “Contágate por el Virus de la Salud”. A través de la web <http://www.elvirusdelasalud.org> podréis colaborar con nuestros proyectos de salud materna haciendo una donación a través del mapa del contagio o ayudándonos a difundir el virus de la salud entre vuestros contactos.

Para tener acceso a una información más detallada del trabajo que llevamos a cabo en nuestras sedes autonómicas, podréis consultar sus blogs en nuestra Blogosfera, a la que se acaban de incorporar las bitácoras de Médicos del Mundo desde Senegal, Nicaragua y Sierra Leona, y las de nuestras sedes en Illes Balears, Comunidad de Madrid, así como el blog de Castilla-La Mancha con un nuevo diseño.

Finalmente, os recomendamos seguir las novedades de los Premios Virgilio Palacio y del Premio Internacional de Fotografía Humanitaria Luis Valtueña, que este año alcanza su XVI edición, a través de sus páginas web: <http://www.premiosvirgilio-palacio.es/> y <http://www.premiuluis-valtueña.org>





ARMANDO DE NEGRI FILHO MÉDICO EPIDEMIÓLOGO

Armando De Negri Filho, médico epidemiólogo, Brasil. Asesor de gobiernos locales y nacionales en Suramérica y de movimientos sociales en el campo de políticas aplicadas en salud y seguridad social. Actualmente es Coordinador del Comité Ejecutivo del Foro Social Mundial de la Salud y la Seguridad Social.

En 1978, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, los líderes mundiales se comprometieron a lograr “salud para todos”. Más tarde, en el 2000, prometieron alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud en 2015. ¿Qué avances reales ha habido hasta ahora? Pocos avances, puesto que las buenas intenciones de los discursos de Alma Ata y de la Declaración del Milenio fueron esterilizadas por la hegemonía neoliberal que se instala desde fines de los 70 y sigue hasta hoy. Esto ha supuesto la creación de sistemas sanitarios que responden a necesidades más básicas e inmediatas de las poblaciones, dirigidas a personas empobrecidas, lo que ha generado en muchos países no una sanidad universal, sino un sistema sanitario “para pobres” sin discutir la matriz generadora de las desigualdades. El mayor daño ha sido la captura de las agendas políticas a partir de falsas promesas de avances, despolitizando el debate global y tecnificándolo.

Aparte de lo que compete a las y los responsables políticos, ¿qué puede hacer la ciudadanía para alcanzar esta meta? ¿Cómo podemos influir para que la atención sanitaria universal esté en la agenda de los gobiernos? Nosotros somos los gobiernos y los políticos, al menos en todos los países que pasan por procesos electorales donde cada ciudadano vale un voto podemos hacer de este voto el arma letal a la negligencia y a la falta de respuesta de los gobiernos. Para conseguirlo, la tarea principal debe ser repolitizar la política, y también la sanidad. En América Latina se han producido importantes movimientos electorales que, si bien no han resuelto todos los problemas históricos de nuestras sociedades, han empezado procesos que apuntan a la radicalización de la democracia política y la justicia social.

Dedicarnos a procesos de educación donde la gente retome el gusto y el sentido de la política me parece el camino adecuado, de ahí nuestro empeño mediante el Fórum Social Mundial de la Salud y la Seguridad Social en crear una red de conocimientos para la construcción de políticas públicas universalistas y el desarrollo de capacidades que hagan incidencia en los procesos de decisión de parlamentos, partidos y gobiernos y de paso repoliticen los movimientos sociales hacia la transformación de las sociedades y de los estados. Necesitamos reconquistar los estados para el dominio del interés público, desprivatizando sus políticas.

Más de cien millones de personas caen en la pobreza cada año a causa de los gastos en los que incurren para recibir atención sanitaria. ¿Cree que para lograr objetivos tangibles en la lucha global contra la pobreza habría que combatir con más firmeza este gasto sanitario de las familias? Para salir de este círculo vicioso hay que enfrentar las causas de la pobreza, las cuales están en los patrones de acumulación que llevan a la riqueza. O sea, el debate tiene que ser cómo combatimos la existencia de una

super acumulación de la riqueza mediante una producción distributiva y sistemas de protecciones sociales redistributivos de la riqueza. Así sería posible concebir y adoptar sistemas universales de salud como factores fundamentales de redistribución.

En el Informe sobre la Salud en el Mundo 2010 acerca de la financiación de la salud, Margaret Chan, directora general de la OMS, apuntaba que “la permanente dependencia de los pagos directos, incluidas las tasas en el punto de uso, es con diferencia el mayor obstáculo para el progreso hacia la cobertura universal”. ¿Hay ejemplos de cómo la introducción de estas tasas aleja a las personas de la atención sanitaria? Por supuesto. El pago por servicios, independiente del monto, es un factor de exclusión de las masas empobrecidas y dependiendo de la cantidad demandada incluso excluyen a las capas medias en muchos países. En Paraguay en 2007, el PNUD hizo una investigación que demostraba que el 49% de las personas enfermas o que sufrían traumatismos no acudían al servicio de salud, porque no podían pagar los aranceles. La universalización de los servicios de salud en el país hizo saltar la demanda en más del 30% desde 2010. Ahora, después del golpe de estado parlamentario de junio del 2012, la reposición de barreras económicas va excluyendo la gente otra vez. Este es un ejemplo de cómo se excluye por barreras de pago directo.

Ahora bien, si observamos el debate hegemónico hoy instalado, no cobrar mediante microcréditos o mediante paquetes de atención, no es igual a no cobrar por un principio universalista y mediante financiamiento por tributos generales basados en justicia tributaria y donde todas las clases sociales tienen igual beneficio según necesidad.

Y es justamente este debate el que está siendo propuesto mediante el subterfugio de la llamada cobertura universal en salud, la cual no está promoviendo sistemas universales de salud sino sistemas de aseguramiento universal, incluyendo a todos pero no garantizando iguales beneficios y al tiempo ampliando mercados mediante microseguros y provisión privada de los paquetes básicos.

Por último, en un contexto mundial de crisis económica, ¿cómo están afectando las políticas de austeridad y recortes, incluidos los que están menguando la Ayuda Oficial al Desarrollo, a los sistemas de salud? Los sistemas de salud en Europa ya reflejan el impacto de las políticas de recortes presupuestarios y la reducción de la ayuda externa afecta los sistemas altamente dependientes, caso de los países donde más de 30% del presupuesto de salud depende del exterior. Para los países de mediano ingreso, el gasto nacional es muchísimo mayor que la ayuda externa. Este grupo de países debe buscar la justicia en los intercambios comerciales, pues la ayuda siempre ha sido parte integrante de la política externa de los donantes y herramienta de dominación política, técnica y económica de los poderosos. Para los países más pobres quizás sea el momento de buscar una vía hacia la constitución de sus sistemas tributarios con justicia social y exigir otro tipo de ayuda estructurante hacia la emancipación, en especial de los países más ricos del Sur, en la famosa cooperación sur/sur.