



Nº 36 - DICIEMBRE DE 2013

SALUD E INTERCULTURALIDAD



DIFERENTES EN CULTURAS, IGUALES EN DERECHOS


medicusmundi
navarra

REVISTA DE COOPERACIÓN EDITADA POR **medicusmundi** NAVARRA



SALUD,

RAIZ Y FRUTO DEL DESARROLLO

Salud para todos. Un derecho universalmente reconocido que las comunidades y pueblos se afanan por convertir en realidad en un mundo desigual.

La Cooperación al Desarrollo reconoce e impulsa, en términos de igualdad, el esfuerzo de los menos favorecidos para mejorar sus condiciones de vida y lograr el desarrollo humano integral. Es un camino de ida y vuelta en el que todos aprendemos y estrechamos lazos de auténtica fraternidad.

Un compromiso de solidaridad que asume, con toda la ciudadanía, el Gobierno de Navarra.



**Gobierno
de Navarra**

Navarra con la Comunidad Internacional

Actualidad

02 ÁFRICA IMPRESCINDIBLE

13 años descubriendo la riqueza cultural africana. *Entrevista al periodista José Naranjo*

Dossier: Salud e interculturalidad

06 EL DERECHO A LA DIFERENCIA.

"Interculturalidad en la Salud".
Txema Uribe (UPNA).

08 INTERCULTURALIDAD EN ESPAÑA.

"Inmigración. Cuidadores y cuidados"
Isabel Morales (Univ. Católica S. Antonio de Murcia) y Enrique Perdiguero (Universidad Miguel Hernández).

10 ÁFRICA. "Salud e Interculturalidad".

Eva del Río. (Educativa social y Antropóloga).

12 LATINOAMÉRICA. "La interculturalidad en la salud, una apuesta emergente"

Roberto Campos (Antropólogo de la Universidad Nacional Autónoma de México).

14 GUATEMALA. "Dificultades y avances en el acercamiento a los modelos comunitarios de salud"

Donato Camey (ISIS).

16 PLANTAS DEL MUNDO. Ederne Navarro.

18 PERÚ.

"Relatos interculturales. Un cuento con final feliz"
Villarmina Ponce y Claudia Lema (SSL).

20 BOLIVIA. "La inclusión efectiva de la interculturalidad, el reto de la Sanidad".

Adiva Eyzaguirre (CEDEC).

22 SALUD INTEGRAL E INCLUYENTE PARA LATINOAMÉRICA.

24 PROYECTO MULTIPAÍS. "Gira europea de los representantes de medicusmundi en América Latina".

Noticias de medicusmundi

26 50 ANIVERSARIO. "Junio: acto en Barcelona"

28 50 ANIVERSARIO. "Octubre: acto en Madrid"

30 IMÁGENES DE MEDIO SIGLO DE COOPERACIÓN EN SALUD

32 ORGANIZACIÓN.

"Hacia un nuevo medicus mundi navarra"

DIFERENTES EN CULTURAS, IGUALES EN DERECHOS

Habitamos un mundo poliédrico, mestizo, intercultural... La salud no puede ser ajena a esa realidad donde las personas y sus comunidades se conforman interactuando con el resto. La cultura, como bien escribe el antropólogo de la UPNA Txema Uribe, "sólo puede ser conjugada o declinada en plural". Hoy más que nunca hay que reivindicar el derecho a ser diferentes en visiones del mundo, creencias y vivencias pero iguales en derechos. Entre ellos el derecho a la salud. La cooperación hace tiempo que viene trabajando con el enfoque de interculturalidad en sus proyectos. Medicusmundi es en parte pionera en introducir esta visión en sus acciones de salud donde la medicina tradicional y la biomédica dialogan y suman. Una apuesta atrevida tanto en África y Latinoamérica que tiene ahora en el proyecto multipaís de "salud integral incluyente" una de sus expresiones más elaboradas e interesantes gracias a la suma de las experiencias de Guatemala, Perú y Bolivia. Pero África –que por otra parte tiene su espacio propio en este número de El Sur– también se debe analizar desde este prisma multicolor, válido también para mirarnos el ombligo. Y más porque, según indica el profesor Enrique Perdiguero, España –una sociedad ya plural de origen– se ha convertido en un espacio transnacional por el doble flujo de inmigración e inmigración que nos lleva a tomar en cuenta también la interculturalidad en el entorno más cercano. Un elenco de expertos y expertas de todo el mundo analizan en este número de "El Sur", el primero sin financiación pública, la relación entre salud e interculturalidad. Contamos contigo para seguir saliendo a la opinión pública al menos una vez al año. Muchas gracias.

Edita	medicusmundi navarra. C/ Ronda de las Ventas, 4 - 1º 31600 Burlada Tel.: 948 131 510 • E mail: navarra@medicusmundi.es
Dirección	Jesús Iribarren Corera.
Entrevistas y texto	Ederne Navarro y Jesús Iribarren.
Fotografías	Eva del Río, Iban Aguinaga, Javier Bergasa, Oskar Montero, EFE Internacional y Archivos de medicusmundi, Archivo de Diario de Noticias.
Colaboraciones	Txema Uribe, Isabel Morales, Enrique Perdiguero, Roberto Campos, Eva del Río, Donato Camey, Adiva Eyzaguirre, Claudia Lema y Villarmina Ponce.
Diseño	www.idagem.es
Ilustraciones	José Juan Rivas.
Impresión	Huarte Gráfica, S.A.L.

D. L. - NA: 20103-95

medicusmundi
navarra
www.revistaelsur.org



"EL SUR" no se identifica necesariamente con las opiniones reflejadas en los artículos de sus colaboradores. La reproducción total o parcial del contenido de "EL SUR" está autorizada, siempre que se cite su procedencia.

José Naranjo/periodista
freelance experto en África

“En cada rincón de África hay un motivo para la esperanza”

José Naranjo (Telde, 1971) se cansó un día de ver llegar la pateras a las costas de su Canarias natal y ver auténticos dramas humanos de inmigrantes africanos reducidos a cifras y tópicos. Y quiso saber de dónde venían las pateras. Más aún. Como buen periodista se preguntó “por qué” una generación de jóvenes africanos se jugaban la vida en las frágiles embarcaciones camino de un sueño tornado en muchas ocasiones en pesadilla. Pero la respuesta se encontraba al otro lado del mar. Por ello, provisto de su cuaderno, su cámara de fotos y sobre todo una mirada curiosa y limpia, recorrió el camino inverso rumbo a África. Y actualmente vive allí. En Mali, desde donde colabora como “freelance” con medios como “El País”, “Cadena SER”, “Mundo Negro” y “La Provincia”. Además, es coautor del blog “África no es un país” y uno de fundadores del portal de noticias sobre África, Guinguinbali. Medios tradicionales y redes sociales. Un viejo oficio –el periodismo– con nuevas formas. Dos continentes –que no países...– como África y Europa a vista de un canario sin fronteras. José Naranjo siempre ha navegado entre esos dos mundos con la brújula informativa puesta en el ser humano y sus vivencias en el horizonte. Su compromiso profesional y vital con África y con el periodismo le trajo recientemente a Pamplona en el marco de las 13ª edición de las jornadas “África Imprescindible” donde impartió una conferencia y atendió a sus compañeros/s de profesión.

“Que una generación de jóvenes africanos estén fascinados con venir a Europa y estén dispuestos a jugarse la vida es una gran historia periodística y un drama que había que contar. Pero había que contarlo entero. No nos podemos limitar a contar muertos en las playas, había que contar toda la historia. Ir más allá”.



“África es una realidad tan compleja, sorprendente y tan llena futuro y esperanza que nos daría muchas lecciones, sobre todo en un tiempo como éste”

"África: hacer visible lo invisible". Así ha titulado su charla. ¿Por dónde empezamos?

- Yo llegué a África siguiendo las rutas del fenómeno migratorio, de la inmigración clandestina. Había una cosa que me preocupaba mucho. Yo estaba en Canarias a finales de los años 90 y como periodista estaba cubriendo este fenómeno de la llegada de las pateras. Me di cuenta de que estábamos contando solo la parte visible de un enorme iceberg. Como sucede con esos bloques del hielo, debajo de mar está lo más grueso. En este caso, mejor dicho, al otro lado del mar. El hecho de que una generación de jóvenes africanos estén fascinados con venir a Europa y estén dispuestos a jugarse la vida y a morir es una gran historia periodística y un drama que había que contar. Pero había que contarlo entero. No nos podemos limitar a contar muertos en las playas, había que contar toda la historia. Ir más allá.

Y así cruzó el Atlántico...

- Bueno, aterricé en África con esa idea en la cabeza. Quería buscar los "porqués" y éstos son la parte más negativa de la realidad de África: la pobreza, la explotación, la desigualdad, el abismo entre primer y tercer mundo... Pero me di cuenta de que se ocultaba la parte más invisible de esta historia que es la responsabilidad directa que el primer mundo tiene sobre el fenómeno migratorio. Nos empeñamos en decir que África ha fracasado, que los gobiernos africanos no saben dar respuesta a las necesidades de sus ciudadanos... Además, cuando suceden cosas como lo de Lampedusa surge el discurso de que hay que combatir a las mafias, poner más controles..., pero se olvida la responsabilidad que Occidente tiene en esta historia tanto por mantener de alguna manera ese colonialismo e intereses económicos como por haber construido una serie de barreras para impedir que vengan. Para ellos sería mucho más sencillo coger un avión y venir aquí. Si no lo hacen no es por falta de dinero, sino porque no les dejamos.

Estas jornadas siempre han intentado difundir una imagen de África en positivo...

- Es que otra cuestión invisibilizada son las cosas buenas que suceden en África. Después de dos años viviendo en África puedo decir que la vida cotidiana en ese continente me ha cambiado la mirada en relación a cómo la veía cuando aterricé en los años 90. Me doy cuenta de que no le hago justicia si pongo el acento sólo en lo negativo. África es una realidad tan compleja, sorprendente y tan llena futuro y esperanza que nos daría muchas lecciones, sobre todo en un tiempo como éste.

¿Por ejemplo?

- Es difícil simplificar pero hay varios elementos muy interesantes. El primero es el potencial demográfico de África. Estamos hablando de mil millones de personas de los cuales más del 50% son jóvenes. Recuerdo que al final de los años 80 se habla en aquel libro de "cuando China despierte". Ya vemos que ha despertado... Ahora también se está hablando de África en un sentido muy parecido. Cuando todos estos jóvenes se incorporen a la vida social adulta, tendrán un potencial muy grande. Al mismo tiempo África es un mercado enorme. Esto ya lo saben los países emergentes como China, India o Brasil que están ganando la carrera a las antiguas potencias coloniales como Francia, Gran Bretaña, EEUU... Se están quedando con el mercado. No hay más que ver el boom de las motos Yakarta (de bajo precio y fabricación china) en Bamako o cómo se han hecho con el mercado de móviles baratos. Existe un partenariado Sur-Sur que le está ganando totalmente el terreno a las potencias tradicionales. África es un inmenso mercado y

"Estoy muy empeñado en que se haga cooperación en materia de comunicación y de periodismo. Sería algo muy importante. Una sociedad sin información libre, veraz y de calidad seguirá arrastrando grandes problemas de participación, de democracia..."

hay una clase media emergente. Gran parte de la sociedad africana es urbana, hay que olvidarse de esa imagen de la aldea con un niño hambriento. Por tanto, un potencial demográfico, un mercado impresionante y, además, hay que sumarle el hecho de que es un laboratorio de desarrollo.

¿En qué consiste eso?

- Así como América Latina ha tardado 200 años en generar distintos procesos que son muy interesantes como el de Bolivia, Venezuela, Ecuador o Uruguay con líderes progresistas que están inventando un nuevo modo de hacer las cosas distinto al capitalismo, en África esto puede pasar de manera mucho más rápida. Por ejemplo ahí están los casos de África Austral (Sudáfrica, etc.) después de haber superado el grave problema del apartheid...; en África del Este está también Kenia y, aún con su situación especial, Ruanda...; en África occidental encontramos el ejemplo de Senegal... Y no olvidemos nunca que los africanos se sientan sobre una inmensa riqueza: oro, cobre, petróleo, estaño, madera... El día que consigan librarse de los injustos acuerdos comerciales con el primer mundo y de la falta de ética de la mayoría de las multinacionales y tengan líderes capaces de conducir esto, África tendrá mucho que decir.

A esa "mapa de la esperanza" se le podría superponer otro de "puntos calientes". Aunque sea a golpe de titulares o de tuits, hagamos un viaje rápido por el continente... ¿Qué está pasando en Mali por ejemplo?

- En Mali se han juntado varios problemas al mismo tiempo. Por un lado está la rebelión de los tuareg con un grupo armado. Es un problema que hunde sus raíces en un problema histórico de división de fronteras, temas étnicos etc.. y sería complejo explicarlo. Y a esto se ha sumado la presencia en el Sahel de grupo terroristas que trafican con drogas, con armas..., que secuestran a occidentales... Una presencia que data desde hace más de 20 años que ha ido tejiendo relaciones aunque la población musulmana de Mali siempre ha vivido el islam que han traído esto grupos como algo ajeno. Estos dos problemas y grupos se unen y son los que generan la situación reciente en la que se ha dado también una pelea entre diferentes grupos por el control del narcotráfico. Sin embargo acaban de darse unas elecciones con una alta tasa de participación según sus parámetros y hay un presidente elegido de manera democrática que está tratando de buscar soluciones, entre ellas dotar de una amplia autonomía para los tuareg.

Habla de una generación de futuros líderes y de otra que emigra a Europa buscando un sueño pero, en este contexto, ¿existe el riesgo de que otro sector creciente de jóvenes acabe optando por coger un kalashnikov y meterse en Al Qaeda en lugar de en una patera?...

- Esto es una consecuencia de la pobreza. El Norte de Mali es un ejemplo claro. Cuando el Estado es débil y las estructuras de protección social que se debería dar como la sanidad, la educación... no llegan, estos grupos terroristas se aprovechan moviendo el dinero (gracias al narcotráfico también) y generan estos recursos. Estos grupos han acabado penetrando en el tejido social aprovechando esta situación... Es claro que existe ese riesgo. Pero allá y aquí. Hay que combatir la pobreza.

“No he profundizado demasiado sobre la cooperación en África pero a nivel de ciudadano y desde mi experiencia sí que he llegado a alguna conclusión como que los proyectos pequeños funcionan mejor que los grandes”.

Nigeria es otro ejemplo....

- Nigeria vive una situación muy complicada con un grupo terrorista muy activo cuyo nombre traducido significa “La educación occidental es pecado” y que son muy sanguinarios. Hay una guerra silenciosa en el norte del país que ha provocado más de 2.000 muertos en tres años. Mucho más sangrienta que la de Mali de la que se ha hablado tanto. Es un grupo radical que también está afectando a Camerún.

¿Y nuestro cercano Sahara?

- El tema del Sahara Occidental es muy conocido en España. No hay mucho que explicar pero está claro que la situación está estancada por la constante negativa del Reino de Marruecos a avanzar y también por un problema de renovación de los cuadros del Frente Polisario. Y quien sufre es la población civil.

¿Cómo ve el Norte de África?

- Me parecen muy preocupantes las situaciones de Túnez y el sur de Libia donde han encontrado refugio grupos islamistas de corte radical. Esto puede ser un problema. Ya lo está siendo. Respecto a Túnez, se prevé un cambio de gobierno al que hay que estar atentos.

¿Y qué sucederá en Egipto?

- Una entidad tan potente como los Hermanos Musulmanes que gobernaba el país hasta el otro día ha pasado a la clandestinidad. Esto da muchos problemas. El régimen militar egipcio está ya recortando libertades en las plazas. Y bueno, luego tenemos el gran problema de El Chad y Sudán-Sudán del Sur donde hay matanzas con periodicidad.

En Somalia tampoco están mejor las cosas...

- Sí. Hay terrorismo islamista además de ser un estado fallido dividido en reinos de taifas que pueden afectar, y de hecho ya lo está haciendo, a países limítrofes como Kenia (con el atentado en el centro comercial), etc..

Y si vamos un poco al África Subsahariana...

- En la República Centroafricana llegó al poder mediante un golpe de estado la coalición rebelde pero no es un grupo homogéneo, está dividido en varias facciones y cada cual quiere aplicar su ley y su justicia. Va a ser complicado pacificar el país.

No se puede olvidar la RD del Congo con el Kivu donde sigue habiendo conflicto alimentado por gobiernos extranjeros como el de Ruanda...

Democracias que emergen con problemas, pero dictadores que perduran.

- Sí. Hay una larga serie de dictaduras de larga duración. Yo destacaría la de Teodoro Obiang en Guinea Ecuatorial. Es una vergüenza que ese señor siga en el poder con la complicidad de Occidente además porque estamos comprándole el petróleo. Y con una responsabilidad aún mayor de España porque fuimos potencia colonial. También está la dictadura de Do Santos en Angola, un país donde la economía crece al mismo ritmo que decrecen las libertades...

Bueno están los casos de Camerún, Zimbabwe, Uganda... La nómina de dictadores sigue siendo demasiado grande...

Pues la verdad es que queda una sensación bastante preocupante, ¿dónde está el lugar para la esperanza?

- Insisto en que África tiene un potencial inmenso por el triple factor demográfico, de riqueza y de líderes emergentes y que pese a que la visión general puede ser un tanto desesperanzadora porque sigue habiendo guerras, golpes de estado, sociedades desestructuradas, estados fallidos, narcotráfico... en cada rincón de África hay motivos para la esperanza. Lo vamos a ver pronto.

¿Qué papel está desempeñando la cooperación en este proceso de África?

- La verdad es que no he profundizado demasiado pero a nivel de ciudadano y desde mi experiencia sí que he llegado a alguna conclusión como que los proyectos pequeños funcionan mejor que los grandes. He visto proyectos transfronterizos, con presupuestos enormes... que están fracasando y al mismo tiempo he visto pequeños proyectos de 12.000 euros que han sido muy útiles con impactos positivos evidentes. Quizá los grandes también lo tengan y falle la transmisión la sociedad de sus logros, pero esa es mi impresión. De todas formas creo que hay una grave crisis de la cooperación. La cooperación española ha dado grandes pasos atrás en África y también veo con preocupación cómo la cooperación se ha convertido en algunos casos en una herramienta de la política exterior del país. Por ejemplo, Senegal no es ni mucho menos el país que peor está de África Occidental. Sin embargo, hace cuatro años eso era la fiesta de la cooperación. Estaban todos. ¿Por qué Senegal sí y Guinea Conakry no? Parece obvio que responde a intereses económicos, de seguridad... Es un lastre para la cooperación, aunque también hay que reconocer la gran labor que hace la cooperación en África. Quizá, si se cambiaran determinadas miradas sobre el continente, sería más eficaz pero la cooperación debería existir durante mucho tiempo y en todas las direcciones.

Insiste mucho de la manera de mirar África... ¿Deformación profesional?

- Enlazo esto con lo que vamos a hablar a continuación: el periodismo. Estoy muy empeñado en que se haga cooperación en materia de comunicación y de periodismo. Sería algo muy importante. Una sociedad sin información libre, veraz y de calidad seguirá arrastrando grandes problemas de participación, de democracia....Me gustaría hablar de esto.

Pero no es lo mismo hablar de periodismo “sobre” África que de periodismo “en África”...

- En España tradicionalmente ha habido algunas buenas firmas en torno a África, pero en general el periodismo ha sido bastante escaso y malo. Hemos sido bastante paracaidistas. Hemos llegado a los sitios y en poco tiempo hemos querido contar todo sin conocer ni el contexto. Pero se está produciendo un cambio importante con el fenómeno de las nuevas tecnologías y hay una serie de blogs y plataformas muy interesantes como “África no es un país” www.guinguinbali.com. Era evidente que no podíamos instalarnos en la queja permanente y estas propuestas me parecen positivas.



“La primera vez que vas a África en una semana crees que puedes escribir un libro sobre África. Luego te das cuenta de que te hace falta un mes para un reportaje. Y ahora, que llevo viviendo dos años en Mali, casi veo que no puedo escribir de nada porque todo es muy complejo: son los periodistas africanos y africanas los mejor capacitados para entender y contar África”.

Aún es más difícil ser periodista en África, sobre todo si eres africano/a..

- Lo mismo se puede aplicar para la realidad del periodismo en África. Hacer periodismo en África es complicado y cada año nos lo recuerda Reporteros Sin Fronteras pero están también surgiendo iniciativas de este tipo (cooperativas de periodismo y ciberactivismo en Senegal, el Twitter en Mali o Kenia...) que están cambiando las cosas. Hay una nueva generación de periodistas y de maneras de hacer periodismo. Es importante crear alianzas y empoderar a los periodistas de allá porque sólo ellos pueden contar lo que está pasando allá. Esa es mi experiencia. La primera vez que vas a África en una semana crees que puedes escribir un libro sobre África. Luego te das cuenta de que te hace falta un mes para un reportaje. Y ahora, que llevo viviendo dos años en Mali, casi veo que no puedo escribir de nada porque todo es muy complejo: son los periodistas africanos y africanas los mejor capacitados para entender y contar África.

Las nuevas tecnologías y las redes sociales están abriendo nuevos cauces, fuentes, herramientas y estilos muy válidos sobre todo en circunstancias excepcionales como las africanas, pero, ¿no corremos el riesgo de confundir comunicación con información? ¿Todo el que cuenta algo es periodista?

- El periodismo es contar historias y no importa si se tiene un título o no. Eso sí, hay que contrastar como siempre que sea una historia veraz, real.. Twitter, por ejemplo, nos está dando fuentes que nunca teníamos en África. No podemos hacer del periodismo un coto. Hoy no se pueden entender los medios de comunicación sin redes sociales. Son mundos que tienen que convivir. Ahí está el ejemplo del periodismo ciudadano.

¿Y los periodistas no son también ciudadanos?

- Bueno, hay gente que saca un título de periodista pero la realidad actual no se puede entender sin el periodismo

ciudadano. Ahí está por ejemplo el 15-M. Los medios no supieron entenderlos.

Si tuvieron más eco que ningún movimiento en prensa, radio y tv...

- Lo digo porque los redujeron a perroflautas y cosas así. El periodismo tradicional le dio la espalda.

Sí, pero al día de hoy, en esta parte del mundo al menos, no hay un gobierno que tiemble ante un “tuit” pero sí que teme a una portada en un diario de gran tirada y las redes sociales van a rebufo...

- Hay ejemplos de lo contrario. En Senegal se ha vivido recientemente un caso en el que el portavoz del gobierno tuvo que cambiar el discurso oficial sobre los resultados electorales gracias a que una red de periodistas y blogueros idearon un sistema de recuento a pie de urna que contradecía los datos que iban a dar y que le daban ganador en la primera vuelta. Las redes sociales también tienen poder porque esos datos los publicaron los medios que los dieron por buenos. Internet he tenido también un papel clave en muchas revoluciones del norte de África que no han sido virtuales.

El tema de internet y la cultura de todo es gratis puede tener otra consecuencia. ¿Desaparecerá el periodismo como profesión?

- Es posible hacer cosas con bajos presupuestos. El periodismo, además, es una cuestión de compromiso. Hay que recuperar ese modelo de periodismo. El periodismo es necesario, pero el de verdad sin controles ni filtros.

Ya, pero de algo hay que vivir. Usted mismo también publica en un blog de un medio tradicional como “El País”...

- Sí. Y en “Mundo Negro”... Lo que veo es que vamos a un modelo en el que las redacciones se adelgazan y los *free lance* ocupan más espacio. Hay que especializarse en lo que uno le gusta y hacer del periodismo una opción de vida. Yo lo entiendo así.

“El periodismo es una cuestión de compromiso. Hay que recuperar ese modelo de periodismo. El periodismo es necesario, pero el de verdad sin controles ni filtros”.

Interculturalidad y salud: el derecho a la diferencia



Dr. Txema Uribe

Antropólogo Social del Departamento de Trabajo Social de la UPNA.

El doctor en Antropología Social Txema Uribe describe los principios de la interculturalidad en salud y plantea el necesario compromiso institucional para su inclusión en el sistema con el protagonismo de la sociedad civil.

La interculturalidad en salud hace referencia a la interacción existente entre diferentes concepciones y prácticas relativas a los procesos de salud enfermedad y atención. La diversidad cultural constatada en nuestras sociedades exige la interculturalidad como fórmula de mejora de la equidad en salud. La interculturalidad supera la coexistencia de prácticas e ideas culturalmente distintas para abrir paso al derecho a la diferencia como eje de la convivencia y a la articulación de diferentes formas y niveles en la salud y la enfermedad y su gestión.

La interculturalidad se basa en la idea que la cultura de las comunidades, de todas las comunidades y no solo de las indígenas o nativas, se define por su interacción mutua con otras culturas. La cultura solo puede ser pensada y vivida conjugada o declinada en plural. La interculturalidad se vuelve así no en una consecuencia de la voluntad de interactuar sino en el elemento central que ha permitido el desarrollo y evolución de las culturas; y en ese encuentro y mutua fundamentación, que ha ocurrido históricamente y ha creado las culturas existentes, se puede propiciar continuamente un marco educativo en el cual, con equidad y con respeto mutuo, interactúen individuos de culturas diversas en la búsqueda activa de un mutuo aprendizaje.

La práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos cuando menos pertenecen a culturas diferentes –la lega y la experta–, requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para ambas partes (Campos 2004).

La interculturalidad implica que los diferentes son lo que son en relaciones de negociación, conflicto y préstamo recíproco (García Canclini, 2004).

La interculturalidad es un tema transversal en salud pública; es un concepto reciente que se desarrolla como respuesta a la necesidad de incorporar el derecho a la diferencia, que distingue y propicia la convivencia entre distintos grupos culturales en un mismo territorio.

La interculturalidad aplicada a la salud es precisamente el diálogo entre iguales, entre seres humanos que están en disposición de ajustar valores, emociones, sentimientos y conocimientos en igualdad de condiciones. Su objetivo prioritario es reducir las inequidades y potenciar el acceso a una salud de calidad, mejor, más eficiente, eficaz y transversal

para todos los ciudadanos en igualdad de oportunidades (Fernández, 2010)

La inclusión de la interculturalidad en salud

En salud, como en otros campos contemporáneos, la inclusión de la interculturalidad no es sólo ni prioritariamente un desarrollo interno, sino el resultado de la influencia decisiva de un conjunto de factores externos, de índole política y social que han iniciado su actuación desde el término de la segunda guerra mundial y continúan actuando en esta época postmoderna.

Los procesos de descolonización produjeron nuevas naciones con fuertes tensiones internas entre diversas culturas destinatarias de tratamientos diferenciados que obligó a un profundo reacomodo de estructuras sociales tradicionales con modelos cosmopolitas exógenos; en salud la biomedicina y las prácticas tradicionales tuvieron que alcanzar puntos de encuentro y coexistencia.

La emigración que desde mediados del siglo XX se produjo desde países pobres a ricos ha sido incesante, rompiendo la supuesta homogeneidad étnica y cultural de la sociedad de destino e incorporando prácticas de origen y adaptaciones de la biomedicina de países pobres y/o periféricos en el seno del sociedades occidentales, cristalizando cuando menos en reajustes en la relación comunicativa que se produce entre el demandante de servicios y los profesionales que los ofrecen.

En el interior de los países desarrollados emergen nuevas demandas no previstas por la biomedicina, cualitativamente centradas en cuidados de salud, en enfermedades crónicas y degenerativas e incorporando una creciente medicalización de malestares y nuevas formas de aflicción en toda la población (Uribe, 2006).

Los límites del modelo médico hegemónico negando lo cultural y la necesidad de explicitar el abordaje intercultural se ponen de manifiesto en un doble vía: no hay un ajuste entre oferta y demanda y, en la mayor parte de los países, el modelo biomédico no puede desplegarse por falta de recursos.

La interculturalidad recupera el valor del contexto –el del medio, la sociedad y la cultura del enfermo y la enfermedad– en la práctica clínica. Cualquier planteamiento intercultural debiera partir del respeto mutuo y del diálogo permanente a partir del reconocimiento de la valía de lo que el otro puede ofrecer. Los miembros de un grupo amplían sus horizontes por el mero hecho de aceptar a los del otro. A partir de ello y a medida que van descubriendo las alternativas que ha desarrollado el otro, pueden dar un sentido más relativo y contextualizado a sus propios logros al tiempo que los del otro grupo hacen otro tanto. Se percibe y vive la complementariedad entre unos y otros. Surgen apropiaciones selectivas de algunos logros de un grupo por parte del otro, en ambos sentidos (Fernández, 2004).

Riesgos y objetivos de su aplicación

Esa relación biunívoca que supone la interculturalidad ha de entenderse como caso específico de relaciones de alteridad, de otredad, es decir entre los que son distintos sea por ejemplo, por su cultura, por su género, o por su afiliación política. Estas relaciones son positivas si unos y otros aceptan su modo distinto de ser. En todos estos casos, unos y otros aprenden de los otros distintos, pero sin perder por ello su propio modo de ser. Todos se van enriqueciendo y transformando

“La interculturalidad supera la coexistencia de prácticas e ideas culturalmente distintas para abrir paso al derecho a la diferencia como eje de la convivencia”

“La práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto sean satisfactorios para ambas partes”

“El eje de la categoría interculturalidad debe ser desplazado de las instituciones sanitarias a la sociedad civil, ya que es en y desde la sociedad civil desde donde pueden producirse las transformaciones”



mutuamente pero sin dejar de ser lo que son para ello deben fortalecerse los dos polos- el de la propia identidad y el del “otro” distinto- y asegurar que se producen intercambios constructivos entre ambos (Albó, 2004).

El punto de partida de la interculturalidad supone reconocer su existencia prácticamente en todo contexto en los cuales operen en forma conjunta sujetos diferenciados culturalmente, lo cual implica la existencia potencial de relaciones que puedan ser simultáneamente cooperativas y competitivas

La interculturalidad expresa la necesidad de la comunicación e interlocución entre sociedades con matrices culturales distintas. Se asume que a través de la formación la población, pero también el personal de salud, pueden modificar sus concepciones respectivas y establecer un tipo de interacción que favorezca la relación intercultural así como la eficacia médica si es aplicada en términos específicos, si tiene un fuerte referente práctico y si tienen continuidad. Pero esta interacción, no lo olvidemos, se da en entornos donde se producen procesos de dominación, de exclusión, de estigmatización impulsados por objetivos económico políticos, profesionales y/o ideológicos de los sectores sociales que entran en relación.

Dos riesgos están siempre presentes al hablar de interculturalidad. Por un lado, se tiene el riesgo de reducir la interculturalidad en salud a las relaciones entre medicina tradicional y biomedicina, dejando fuera otros actores y sistemas (autoatención, sistemas religiosos, variantes obsoletas o

minoritarias del modelo biomédico). Por otro –y también depende de las diversas perspectivas desde las que se usa el término en salud, algunas de las cuales son contrarias a la naturaleza misma de la interculturalidad interpretada como diálogo- está el riesgo de entenderla equivocadamente como un método para comunicar transmitir e incorporar en poblaciones primitivas las prácticas y conocimientos de la biomedicina.

El eje de la categoría interculturalidad debe ser desplazado de las instituciones sanitarias a la sociedad civil, ya que es en y desde la sociedad civil que pueden producirse las transformaciones. En la práctica diaria, la salud intercultural es utilizada por la mayoría de la población. Las diversas formas de atención que convergen en la interculturalidad se caracterizan por una ida y vuelta constante -de los sujetos sociales y de los grupos- a las diversas formas de atención existentes (Ramírez, 2006). Es desde aquí desde donde debería plantearse el debate.

Un objetivo deseable sería el lograr que las instituciones de salud estén estructuradas de tal forma que reflejen y a la vez faciliten las relaciones positivas entre los diversos grupos de personas.

En todo caso, no hay que olvidar que la interculturalidad existe en la realidad social de los grupos más allá de que la estudiemos o le demos una denominación técnica, así como también ocurre con la pobreza, la desigualdad social o la estigmatización. Por ello mostrar que la salud, la enfermedad y su gestión se construyen entre tensiones y complicidades pero eso sí siempre con otros es tarea imprescindible.



Cuidadores y cuidados:

construir y reconstruir el diálogo cultural en el proceso de búsqueda de salud desde la perspectiva de la inmigración.



Isabel Morales Moreno
Universidad Católica S. Antonio de Murcia.



Enrique Perdiguero Gil
Universidad Miguel Hernández de Elche.

Estos dos investigadores universitarios examinan una doble vertiente concreta de la relación entre la salud y la interculturalidad: la interacción entre la población autóctona mayor o dependiente que es cuidada -informalmente y en los domicilios- por personas inmigrantes y, por otro, el choque cultural y la necesidad de la mediación que se da cuando éstas segundas van a los servicios de salud medicalizados. España, con un espacio “transnacional” con emigración e inmigración, es un buen campo de observación de este fenómeno.

España siempre se caracterizó por ser un país más emigratorio que inmigratorio, pero en ese transcurso helicoidal de los tiempos, en la última década hemos sido mayoritariamente un entorno de recepción de distintos grupos humanos. Por ejemplo, en 2007 el 10% de la población española era inmigrante (4.482.568 personas. INE, 2010). La cobertura de determinados nichos laborales y el reemplazo generacional junto con el nivel de desarrollo económico en el seno de las sociedades capitalistas, se delimitaron como elementos *pull* (atracción) en nuestro caso. Sin embargo, actualmente, las desfavorables circunstancias económico-laborales actúan como determinantes *push* (expulsión). El perfil de nuestro país ha vuelto a dibujarse en muy poco tiempo, descendiendo la tasa de inmigración en España en 2011 hasta un 0,9% (457.650 personas. INE, 2013). Elementos *push* y *pull* actúan conjuntamente y señalan la multicausalidad de los movimientos migratorios; pero en la actualidad, no sólo ha descendido la tasa de inmigración, sino que ha aumentado la tasa de emigración en tal medida que actualmente tenemos un saldo migratorio negativo, es decir, llegan muchas menos personas de las que salen. No obstante, resulta curioso analizar el movimiento sostenido entre los retornos y las nuevas entradas al país, puesto que se identifica desde 2009 cierto fenómeno de resistencia de la población inmigrante en el empleo. La crisis económica ha generado un importante peaje a la inmigración y ha alterado los flujos migratorios, pero el balance final no releja en absoluto un retorno a la situación de finales de los años 90. Los españoles emigran, y los que un día fueron inmigrados viajan a otros lugares pero apenas retornan a sus países de origen. Así, España se convierte en un escenario transnacional, un campo social que conecta diversas sociedades de manera simultánea.

Nos ocupamos aquí de una consecuencia de esta conexión entre sociedades: los cuidados informales proporcionados a ancianos dependientes por parte de inmigrantes.

¿Diálogo cultural o choque cultural?

Cuando se lleva a cabo el encuentro entre personas pertenecientes a grupos sociales y culturales distintos, surge tanto la oportunidad del diálogo cultural como del choque o conflicto cultural. Ambas posibilidades pueden darse en el contexto del encuentro cultural, que acontece en tres dimensiones de la vida principalmente: institucional (Estado), mercado y hogar (familia). Existe una negociación constante entre los tres espacios que afectan a la producción de significados. La institución establece cierta asimetría en las relaciones; el mercado convierte y utiliza la cultura en bienes y productos; y por último, el hogar y la familia es donde se establecen las formas de vida, donde se crean unidades domésticas no necesariamente unidas por lazos de consanguinidad, y donde se crean verdaderas comunidades terapéuticas cuando hay personas mayores dependientes y cuidadores inmigrantes pertenecientes a otros grupos socioculturales. Es en estos espacios naturales del cuidado informal donde se determinan las claves para el diálogo cultural como herramienta para obtener un continuum cultural mestizo, un movimiento de mezclas y préstamos de parámetros culturalmente definidos y de establecimiento de relaciones entre sistemas médicos tradicionales y el sistema biomédico. Se dibujan posibilidades de caminar hacia un verdadero pluralismo asistencial, un cuidado holístico real, una oportunidad de concebir la diversidad como enriquecimiento y no como desigualdad y de salvaguardar la herencia cultural como una cuestión de respeto a la misma, siendo posible superar las relaciones de hegemonía-subalternidad. Hay muchos autores optimistas ante las posibilidades que brinda el diálogo e hibridación cultural en el ámbito de los cuidados de salud; y otros que consideran que siempre seguirá existiendo una coexistencia marginal de roles en la atención a la salud, en este caso ejerciendo la dominancia la biomedicina.

Seguimos cuidando en femenino

Las condiciones de la atención sanitaria desde el sector formal de cuidados determinan en gran medida la proliferación y potenciación de los fenómenos de autoatención y autocuidado desde el sector informal por parte de los inmigrantes. Este aspecto puede actuar como un factor que favorece y apoya el desarrollo de la autoatención y el autocuidado, en los entornos domésticos donde ejercen el cuidado informal hacia personas dependientes, constituyendo otro determinante para la reproducción de muchos patrones de comportamiento cultural en relación a la salud en España. Así, podemos afirmar que el fenómeno de los cuidadores inmigrantes se ha caracterizado por cierta inserción cultural y un claro déficit de integración social.

Precisamente los espacios domésticos, situados en la esfera más particular y privada de la persona, lejos de los escenarios públicos, reproducen y perpetúan ciertos esquemas de liminaridad, subalternidad, clandestinidad y roles de género asociados al cuidado. Seguimos cuidando en femenino. El cuidado informal forma parte del autocuidado y de los sistemas de autoatención, ocupando cierta posición de subalternidad dentro del medicalizado proceso salud/enfermedad/atención. Al ser dicho entorno mayoritariamente el espacio social donde desarrollan su vida dichas cuidadoras, no se encuentran los factores



“Los españoles emigran, y los que un día fueron inmigrados viajan a otros lugares pero apenas retornan a sus países de origen; así, España se convierte en un escenario transnacional, un campo social que conecta diversas sociedades de manera simultánea.”

“El papel fundamental de la mediación cultural es acercar posturas entre las dos partes culturalmente distintas y promover la comprensión para evitar tanto actitudes racistas, estereotipos”

necesarios para que se lleve a cabo un movimiento de mayor pertenencia o cambio a nivel de grupo o nivel macro.

Las cuidadoras informales inmigrantes han encarnado el fenómeno que responde al concepto de la mercantilización del cuidado informal. Éste va mucho más allá de una mera actividad laboral, convirtiéndose en una forma de vida para ellas que nos ofrece muchas más oportunidades a la sociedad española que al contrario. Son trabajadores de otros países con menor desarrollo económico pero con hábitos más familistas. Cuando nos acercamos a la situación familiar de los ancianos dependientes, volvemos a encontrar discursos que aluden al establecimiento de unidades domésticas donde la cuidadora inmigrante establece relaciones de reciprocidad, apego, acompañamiento y “tiempos de presencia”, aspectos en los que se refleja cierta sustitución de los roles familiares y reproducción de los valores de su sociedad de origen.

Las cuidadoras inmigrantes vienen a defender el modelo ‘familiarista’ de atención a las personas mayores en un espacio donde subyace un importante cambio social y una mercantilización invisible de los cuidados informales. Son cambios estructurales que permiten reorganizar las instituciones familiares con grandes connotaciones a nivel cultural e incluso a un nivel muy íntimo de la persona, como puede ser el emocional.

Las concepciones culturales operan en un universo explicativo de prácticas de autoatención que potencian el cuidado informal aunque éste mantenga ciertos rasgos de desacreditación frente al sistema formal biomedicalizado. Así, cuando una persona experimenta el proceso de búsqueda de salud, teniendo coordinadas culturales distintas de las propias del lugar donde desarrolla su vida en ese momento, ya sea como sujeto u objeto de cuidados de salud, se va encontrar ante la oportunidad del diálogo o del choque cultural.

Centros de salud y mediación cultural

El choque o conflicto cultural es bastante más evidente cuando el inmigrante acude a los servicios formales de salud y se manifiestan problemas de comunicación, no refiriéndonos exclusivamente al idioma, sino a la capacidad de entenderse mutuamente para lograr, en definitiva, una convivencia intercultural. Aquí es donde surge la necesidad social de un mediador cultural, cuyo papel fundamental es acercar posturas entre las dos partes culturalmente distintas y promover la comprensión para evitar tanto actitudes racistas, estereotipos negativos y prejuicios, como la etnicidad reactiva, muy ligada al reciente y creciente fenómeno del transnacionalismo actual.

Los movimientos migratorios brindan una oportunidad en el que el encuentro cultural favorece el desarrollo de distintas formas de entender y atender la salud en la práctica, especialmente a nivel de cuidado informal. En una sociedad que cambia social y culturalmente, las prácticas de salud deben moldearse para adaptarse a las características de los grupos humanos y poder seguir respondiendo ante las necesidades reales de las personas. Consideramos que en nuestro entorno, los cuidados que ofrecen las cuidadoras inmigrantes a personas dependientes reflejan cierta herencia o consistencia cultural, y a su vez, cuando cambiamos la mirada sobre la persona migrada y vemos cómo se comporta cuando tiene necesidad de recibir cuidados, se percibe de la misma manera un nivel intermedio de cuidados culturales. En el cuidado se complementa una parte universal inherente al propio acto del mantenimiento de la vida y una parte específica, en la que se manifiesta claramente la influencia de los aspectos culturales. Las prácticas de salud de sujetos y objetos de cuidado han estado siempre influidas por la cultura, pero en la actualidad, este fenómeno se evidencia más ante nuestros ojos debido a las necesidades de adaptación que implican. El reto seguirá siendo el mismo también en el círculo del cuidado: ver la oportunidad en el cambio, volver la mirada hacia el origen para alcanzar un fin.

Salud e Interculturalidad en África



Eva del Río Hernández
Educadora Social y Antropóloga.

Eva del Río cuenta con una larga experiencia por distintos países de África al tiempo que un aporte teórico como Antropóloga que

confiere a su profundidad y veracidad a su análisis sobre las distintas manera de entender la enfermedad y la salud en lugares como Etiopía, Nigeria, Sudán, Benín...

María (33 años, española). *“Cuando tengo fiebre todavía sigo los consejos de mi abuela: reposo, aspirina cada 6 horas, infusión de tomillo y manzanilla, paños de agua fría en la frente. Si no se me pasa iré a mi médico y tomaré el medicamento que me recete. Me cuidaré abrigándome bien, tomando zumos de naranja, etc.”*

Astrid (33 años, etíope). *“Cuando tengo fiebre todavía sigo los consejos de mi abuela: echar orina a la leche fresca, ponerme mantequilla en el pelo y beber una infusión de café y cebolla. Si no se me pasa iré a mi médico, que me hará unos pequeños cortes en los párpados, además me escupirá por todo el cuerpo mientras canta a los espíritus y me dará un brebaje de hierbas. Me cuidaré llevando al cuello un amuleto con un trozo de hígado seco de hiena para que su espíritu mítico y poderoso me proteja.”*

Seguramente nos sentimos identificados con el testimonio de María, pero nos chocan enormemente las medidas que toma Astrid. Puede que incluso nos parezcan repugnantes, un tanto invasivas y sobre todo poco eficaces. ¿Son legítimas las cuestiones sobre la efectividad o las comparaciones? No resulta tarea fácil pensar fuera de las coordenadas culturales y educativas de nuestra propia comunidad, aprendidas desde la infancia. Tendemos a asumir que nuestra medicina occidental es la más desarrollada y efectiva, la verdadera. ¿Hasta qué punto es esto cierto? ¿Sería quizás necesario ampliar horizontes e intercambiar conocimientos partiendo de la base de una amplitud de miras?

Una percepción diferente de la salud

En África la percepción de la salud es holística, es decir, toma en cuenta todo su entorno así como la conexión del ser humano con la naturaleza, con sus ancestros y con el resto de la gente de sus comunidades. En algunas partes se veneran los espíritus de las montañas, los ríos, animales o árboles para prevenir epidemias. La enfermedad se percibe como consecuencia de cómo se relacionan las personas con la naturaleza, con sus semejantes e incluso con sus antepasados. Las familias realizan rituales y sacrificios regularmente para que los espíritus de sus ancestros estén contentos. También es unánime la creencia de que algunas personas vivas poseen poderes sobrenaturales que pueden dañar o curar la salud de los que les rodean. En Etiopía, las

madres mantienen a sus bebés recién nacidos en casa durante las primeras semanas de vida e incluso los cubren en presencia de extraños para evitar que les echen mal de ojo, ya que se considera que los bebés son especialmente vulnerables a estos ataques.

Es fundamental tener en cuenta estos factores a la hora de tratar las enfermedades. En Nigeria por ejemplo la angustia y el miedo a estar poseído por malos espíritus les lleva a visitar primero a su líder espiritual antes que acceder al tratamiento clínico. Muchos pacientes sienten firmemente la necesidad de librarse de los malos espíritus para calmar su ansiedad y miedos.

Dos medicinas que se necesitan

En muchos países africanos se vive intensamente la yuxtaposición entre la medicina tradicional, arraigada y aceptada popularmente, y la medicina académica u occidental. Intentar equilibrar las dos prácticas resulta delicado y en ocasiones problemático; pero sin duda enormemente necesario. En algunos casos en los que se recurre al líder espiritual local en lugar del centro de salud, se pierde un tiempo precioso que puede llevar a la muerte del paciente.

En **Lagos** (Nigeria), una mujer embarazada con parto prolongado estuvo un día entero rezando para que el niño naciera sin complicaciones. Cuando su familia vio que empeoraba la llevaron a una comadrona tradicional que le dio unas hierbas para beber y le aplicó un masaje pero el estado de la mujer empeoró. Como último recurso llegó al centro de salud donde desgraciadamente el bebé murió.

Resulta prioritario por lo tanto crear un punto de encuentro entre las dos medicinas, encontrar un término medio que tome lo mejor de cada una, unidas ambas por el fin común de curar al paciente. Si de lo que se trata en medicina es de prevenir muertes evitables, curar a los pacientes y tener comunidades sanas, es esta mutua colaboración entre las dos medicinas una ruta viable, deseable y sin duda fructífera. Es cierto que presenta algunos escollos que hay que sortear, como por ejemplo la necesidad de proteger la sabiduría de la medicina tradicional para evitar que las multinacionales se apropien de estos conocimientos valiosos sobre curas naturales y hierbas medicinales.

Todo ello sin dejar de lado las necesidades espirituales de los pacientes y sin excluir a los líderes espirituales. El estado anímico del paciente, el poder de autosugestión y una actitud positiva desempeñan un papel crucial en el proceso curativo. Existen varios estudios científicos que corroboran la importancia del estado anímico para la recuperación física del paciente, no en vano cada vez más centros médicos de nuestro país implementan actividades de animación hospitalaria.

En **Amhara** (Etiopía), incluso los pacientes graves mejoraban notablemente tras la visita de un músico tradicional. A pesar de su débil estado muchos se incorporaban de sus camas, daban palmas y sonreían por primera vez en mucho tiempo olvidándose de sus dolores.

Otro punto esencial es la detección de los síntomas y causas de las enfermedades para encontrar el tratamiento adecuado a tiempo. Sin embargo, la percepción de severidad de estos síntomas resulta algo relativo, determinado por valores culturales y el contexto donde viven las personas. La mayoría de los hombres y mujeres africanos están habituados al dolor, al esfuerzo físico cotidiano y a las incomodidades causadas por la precariedad de sus viviendas, por lo que

“Resulta prioritario por lo tanto crear un punto de encuentro entre las dos medicinas, encontrar un término medio que tome lo mejor de cada una, unidas ambas por el fin común de curar al paciente”

“Los sistemas de salud basados en la medicina académica y sus profesionales deben hacer un esfuerzo adicional para conocer y comprender la realidad cultural y contextual de las comunidades”



no se da importancia a padecer habitualmente dolores de cabeza, picores en la piel o diarrea. En nuestro país actualmente sería impensable que una mujer diera a luz en su casa sin ninguna persona cualificada asistiéndola, pero así sucede en muchas partes de Etiopía. Generalmente es la suegra la que ayuda en el parto, pero si la mujer ya ha tenido hijos antes es posible que solo el marido la ayude, cortando el cordón umbilical. En el caso de complicaciones se llama a las comadronas tradicionales. Por desgracia pocas cuentan con recursos o los conocimientos necesarios para atender complicaciones. Como consecuencia en muchas partes de África están siendo prohibidas y perseguidas. Surge la cuestión entonces de cuáles son las opciones disponibles para los enfermos.

Limitaciones de los sistemas de salud

En África, las posibilidades de cura se ven limitadas por varios factores, como la falta de dinero para pagar el tratamiento o el transporte hasta el centro de salud; la falta de sistemas nacionales de salud funcionales, las creencias culturales o el miedo a lo que se desconoce.

La mayoría de los sistemas nacionales de salud que ofrecen medicina occidental adolecen de falta de medicamentos, material médico o personal cualificado. En ocasiones son inaccesibles para algunos grupos étnicos. Los Egun por ejemplo, emigraron de **Benin a Nigeria** hace varias generaciones pero siguen viviendo en un barrio aislado y marginal formado por casas de madera flotantes en la capital, Lagos. Por su condición de extranjeros, en cuanto salen de su comunidad son sometidos a burlas y humillaciones, por lo que prefieren conformarse con la red de curanderos tradicionales de su gueto.

La distancia es también un impedimento, no solo por falta de dinero para transporte sino también por la inaccesibilidad, especialmente en zonas rurales o montañosas. A menudo llevar a una persona enferma hasta un centro de salud, en camillas hechas con cañas y hojas secas por un grupo de hombres seleccionados por los líderes comunitarios, puede llevar varias horas a pie por caminos escarpados, bajo temperaturas extremas, lluvias torrenciales y escasa visibilidad.

Dicho todo esto, la medicina tradicional sin embargo cubre

varias de las necesidades médicas básicas de la comunidad a través de los servicios que proveen masajistas, sacadores de dientes, curanderos de huesos, sangradores, comadronas, expertos en circuncisiones, etc. Los curanderos tradicionales conocen a la perfección, como miembros de la comunidad, las condiciones de vida de los pacientes y sus problemas de salud. De la misma manera, a los pacientes tratarse con su curandero de toda la vida, aunque algunas prácticas no den el resultado esperado, les da confianza, les autosugestiona para reponerse y sobre todo calma sus miedos e inquietudes. Además suele pagarse cuando se puede o incluso en especie si la familia no tiene dinero.

Los sistemas de salud basados en la medicina académica y sus profesionales deben hacer un esfuerzo adicional para conocer y comprender la realidad cultural y contextual de las comunidades. En Lagos las madres no iban a dar a luz al hospital porque no se les entregaba la placenta después del parto. Para ellas enterrar la placenta en un lugar específico es una parte crucial del rito de protección del bebé.

No hay mejor manera para identificar los problemas reales de salud en las comunidades que involucrarlas, escucharlas, hacerlas partícipes. En **Sur Sudán** gracias al establecimiento de una comunicación regular informativa sobre la detección de la enfermedad del sueño, las propias familias guiaban a los médicos hacia las comunidades más afectadas.

Como apoyo a estas observaciones de carácter práctico, existe en la Antropología Médica un importante movimiento "que busca abordar las problemáticas de salud pública, medicinas tradicionales e interculturalidad desde un paradigma distinto al de la Antropología Tradicional". Se trata de la Antropología Médica Crítica que cuestiona "los aspectos políticos y éticos vinculados con los sistemas y las prácticas médicas, destacando la importancia de la participación de la comunidad en la definición de sus necesidades de salud, tanto a nivel individual como comunitario, y de las alternativas terapéuticas a su alcance". (Junge: 2001)

La multiculturalidad de nuestro mundo pide un modelo médico a su vez intercultural, capaz de entender las inquietudes de los pacientes y capaz de adaptar la práctica médica con el fin común de curar al enfermo y respetar su comunidad.



América Latina. La interculturalidad en salud, una apuesta emergente



Dr. Roberto Campos Navarro

Médico cirujano, especialista en medicina familiar, con una maestría en Antropología Social. Profesor de la Universidad Nacional Autónoma de México.

La inclusión de la salud intercultural para una atención sanitaria incluyente de las comunidades originarias y afrodescendientes en América Latina, tanto en el ámbito institucional como médico y académico, va en progreso. Aunque todavía quedan logros por alcanzar, el autor se muestra optimista bajo el propósito de “disminuir discriminaciones, desigualdades e inequidades”.

En América Latina se han concretado -en las últimas dos décadas- múltiples experiencias relacionadas con la atención médica y sanitaria a los pueblos originarios y afrodescendientes con un enfoque al que se le ha denominado como “intercultural”. Este movimiento está directamente relacionado con la emergencia de los derechos de los pueblos indígenas contenidos en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), con las recientes reformas constitucionales de los países del área, las políticas públicas interculturales de los respectivos ministerios de salud, así como la relevante, enorme y potente demanda de los propios pueblos originarios y afrodescendientes. En Sudamérica está conformada desde 1995 la Comisión Andina de Salud Intercultural, dependiente del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue, (ORAS-CONHU) que proporciona asesoría directa a los ministros de salud de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela. Los avances han sido constantes y progresivos.

Inclusión en las políticas públicas

En **Bolivia** se ha logrado que el gobierno adopte la salud intercultural como una política gubernamental e incluso se tenga una especialización en “medicina familiar, comunitaria intercultural” cuyos médicos residentes se distribuyan por todo el territorio nacional. En **Colombia** existen organizaciones indígenas en el Cauca y en la Sierra Nevada que proporcionan servicios médicos interculturales a sus propios conciudadanos. En **Chile**, una de las naciones latinoamericanas pioneras en políticas públicas de salud intercultural, cuentan con centros de salud y hospitales que brindan dichos servicios, destacando en la sureña región de la Araucanía, los casos paradigmáticos de Makewe, Nueva Imperial y Boroa Filulawen, con una notable y significativa presencia de dirigentes de la etnia mapuche. En **Ecuador**, no sin tropiezos, también han logrado avances institucionales, en especial de normativas relacionadas con la atención humanizada e intercultural del parto en hospitales

públicos. Igual en el **Perú** se han logrado experiencias exitosas de parto vertical en los establecimientos ministeriales de salud, así como cursos de posgrado dirigidos al personal médico y de enfermería ubicados en la serranía peruana (Ayacucho, Huancavelica y el Cusco). Finalmente, en la República Bolivariana de **Venezuela** se logró consolidar un programa nacional de salud indígena con la incorporación de facilitadores o mediadores interculturales en los hospitales ubicados en regiones indígenas, y la formación de médicos académicos procedentes de pueblos originarios. Sin pertenecer al ORAS-CONHU, la **Argentina** ha visto crecer el movimiento intercultural en las provincias de Salta, Jujuy y Resistencia, así como en Neuquén, donde en la actualidad se construye un centro de salud intercultural en Ruca Choroy, en las cercanías de Aluminé, región fronteriza con Chile. En **Brasil** el movimiento es incipiente, y la formación de los agentes indígenas de salud que trabajan en las comunidades amazónicas se encuentran aún en una posición sumamente subordinada a la biomedicina. Los datos relativos a **Paraguay** son insuficientes pero podemos afirmar que existe interés en desarrollar el tema intercultural como una política pública de salud, sobre todo, para mejorar las condiciones de salud de su población originaria.

En Norte, Centroamérica y el Caribe, los avances han sido desiguales. En **México** se han construido una docena de hospitales denominados “mixtos” por ofrecer junto a la atención biomédica, los servicios de medicina tradicional indígena. Los resultados han sido heterogéneos, poco relevantes e incluso negativos. Estos centros hospitalarios se han construido en Puebla, Nayarit y Chiapas. No contamos con información de hospitales y centro de salud semejantes en el resto del istmo centroamericano. Sin embargo, existe interés de los gobiernos de **Guatemala** y **Costa Rica** por formular políticas públicas favorables a sus pueblos originarios, siendo reciente la inclusión del tema intercultural en la Caja Costarricense del Seguro Social, que cubre al 100% de la población tica.

Cada vez más asignaturas relacionadas con la salud intercultural

En el campo de la enseñanza de la salud intercultural el panorama es alentador. Un estudio que realizamos el 2012 para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) muestra que el tema ya es parte obligatoria de la currícula universitaria de algunas escuelas de Medicina, Enfermería y Obstetricia. Por ejemplo, en **Medicina** hay 9 escuelas que la han incluido de manera formal en sus estudios de licenciatura, dos en Ecuador (Universidad de las Américas y Universidad Nacional de Loja), una en Guatemala (Universidad Rafael Landívar) y seis en México (Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad Autónoma de Chiapas, Universidad Intercultural del Estado de México, Universidad Intercultural de Tabasco, Universidad Intercultural de Quintana Roo y Universidad Westhill). En escuelas de **Enfermería** se ha incorporado la asignatura en 25 instituciones, destacando Brasil, Chile y Guatemala. Y en 3 escuelas de **Obstetricia** que se encuentran en Bolivia, Brasil y Chile. Si consideramos asignaturas asociadas a la interculturalidad las relativas a la enseñanza de la **Antropología**, la medicina alternativa y complementaria (MAC), los idiomas indígenas, la lengua de señas y culturas regionales, nos encontramos con una amplia perspectiva que se va incrementando. En este apartado cabe mencionar que hay 14 escuelas formales que ofrecen la licenciatura en medicinas alternativas, de las cuales doce se encuentran en México y dos en Chile.

“En Bolivia se ha logrado que el gobierno adopte la salud intercultural como una política gubernamental e incluso se tenga una especialización en medicina familiar, comunitaria intercultural”

“Una primera generación (que cursa “Antropología médica e Interculturalidad” en la Facultad de Medicina de la UNAM) ha recibido enseñanza antropológica con la explícita finalidad de obtener competencias en el área de salud intercultural”

“La práctica asistencial y la enseñanza de la salud intercultural en América Latina es un campo de trabajo todavía en construcción, con avances y retrocesos pero siempre con el espíritu de brindar un mejor servicio médico”



En el posgrado encontramos universidades que ofrecen especializaciones (como la ya mencionada en Bolivia) y maestría (en la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica de Nicaragua). Finalmente, mencionar que la primera universidad pública de América Latina en brindar la asignatura de “Antropología médica e Interculturalidad” es la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, cuyo Plan de Estudios 2010 incorpora clases teórico-prácticas en hospitales de la ciudad de México, y que en este año ya una primera generación ha recibido enseñanza antropológica con la explícita finalidad de obtener

competencias en el área de salud intercultural. Hasta el momento los resultados han sido satisfactorios.

Con este panorama de la práctica asistencial y la enseñanza de la salud intercultural en América Latina, se desea expresar que es un campo de trabajo todavía en construcción, con avances y retrocesos pero siempre con el espíritu de brindar un mejor servicio médico en pueblos originarios y afrodescendientes, con el propósito de disminuir discriminaciones, desigualdades e inequidades, y lograr el abatimiento de la enorme mortalidad materno-infantil en nuestros países.



Guatemala.

Dificultades y avances en el acercamiento a modelos comunitarios de salud



José Donato Camey Huz

Responsable de la perspectiva de pertinencia intercultural del Modelo Incluyente de Salud en el Instituto de Salud Incluyente.

El médico cirujano por la Universidad de San Carlos de Guatemala y responsable de la perspectiva de pertinencia intercultural del MIS en el ISI, José Donato Camey Huz, ofrece una panorámica de la progresiva inclusión de la terapia maya y popular.

La relación entre el sistema de salud dominante y los modelos comunitarios no ha estado exenta de tensiones. En un primer momento, los modelos no oficiales de salud fueron tildados de empíricos, atrasados y dañinos, debido al origen y estructura racista tanto del Estado como de la sociedad. Según la publicación *Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente* -Bases y Lineamientos (INS, 2003: 36), “la tendencia dominante biomédica es hacer inferior e invisible al ‘otro’ mayoritariamente maya, para establecer y legitimar su poder”. En un segundo momento, la tensión se expresó a partir de la intención de integrar y asimilar a modelos comunitarios, bajo control del sistema de salud biomédico, argumentando su debilidad. Sin embargo, desde finales de la década de los 80, a raíz de la firma de instrumentos internacionales como el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), empieza a cuestionarse esta visión y se inician procesos muy tímidos de acercamiento para conocer estas prácticas, reforzados más adelante por otros avances como la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los pueblos indígenas, en 2007.

También, en el ámbito nacional, fueron claves para el reconocimiento de los modelos comunitarios progresos legales como la Constitución Política de la República de 1986, los Acuerdos Paz (1996) y El Código de Salud de 1997. En todos ellos se reconoce la identidad cultural de los diferentes pueblos, la obligatoriedad del Estado y centros académicos para la recuperación, el desarrollo, la divulgación, la realización de estudios y el respeto a los elementos terapéuticos de estos modelos de salud. Por otro lado en 1993, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) resuelve adoptar el Documento CD37/20, que describe la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (SAPIA). En dicha iniciativa se afirma la necesidad de un abordaje integral a la salud, el derecho a la auto-determinación de los pueblos indígenas y a la participación sistemática, el respeto, la revitalización de las culturas indígenas y la reciprocidad en las relaciones.

Ante esta nueva visión internacional y nacional de los procesos de salud con perspectiva intercultural, surgen diferentes iniciativas para poder entrar en una dinámica de relacionamiento sin características etnocéntricas, integracionistas y asimilacionistas.

El camino hacia el MIS

El Ministerio de Salud de Guatemala en el año 2004 creó el programa de Medicina Tradicional y Alternativa y en el año 2009, la Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad. Su objetivo fue la creación de condiciones políticas y estratégicas para el desarrollo de la salud de los pueblos indígenas y el impulso de la interculturalidad en salud.

No obstante, persistían dificultades estructurales que limitaban el alcance de los objetivos propuestos por las normativas e iniciativas. Dichos obstáculos iban desde el racismo estructural del Estado y la sociedad guatemalteca mencionada con anterioridad, hasta la formación de personal de salud con una visión biomédica hegemónica. Ante este panorama de la realidad nacional, algunas interrogantes resultaban obligatorias. Entre ellas: ¿Cómo se puede hablar de interculturalidad en salud si tenemos un Estado racista, excluyente, inequitativo? ¿Cómo logramos que el personal de salud pueda relacionarse respetuosamente con los terapeutas de los modelos comunitarios, cuando su formación ha sido biológica y hegemónica? ¿Qué estrategias debemos utilizar para poder coordinar con los modelos comunitarios?

En respuesta a estas preguntas, el Modelo Incluyente de Salud (MIS), diseñó una estrategia de acercamiento, coordinación y relacionamiento con terapeutas de modelos comunitarios, adaptada al momento histórico y contextos locales. En este primer momento se trataba de compartir procesos de identificación y acercamiento con los actores de los modelos comunitarios de salud, a quienes se les ha denominado como Terapeutas Mayas (actores de los sistemas de salud maya, es decir, a quienes han sido formado desde la lógica de la cosmo-percepción maya y que, para brindar atención en salud, se rigen por sus principios y valores culturales) y Terapeutas Populares (quien, a pesar de no haber sido formado desde las raíces mayas, en la atención en salud que brinda tienen un sustento de culturas ancestrales, incluida la maya).

Procesos de acercamiento a los modelos comunitarios de salud

Para lograr un acercamiento oportuno, efectivo y respetuoso, era necesario contar con información sobre los modelos y actores de salud existentes en las comunidades de cada sector y territorio. El producto esperado de ese proceso fue un directorio de Terapeutas Maya (TM) y Terapeutas Populares (TP), que sería luego útil para mantener un sistema de referencia y contrareferencia en la atención y seguimiento de enfermedades atendidas por esos modelos comunitarios; y para la realización de los encuentros mensuales con abuelas comadronas y encuentros trimestrales con TM y TP. Así se visibilizaba su trabajo.

El proceso metodológico para la identificación de terapeutas comprendió varios pasos. Un primer paso implicó la revisión de la información obtenida en el censo, conversaciones con personal de salud tanto de localidades de la red oficial de servicios como del Distrito de Salud con el fin de conocer la existencia de terapeutas en cada lugar. El segundo paso consistió en la realización de 123 grupos focales con líderes,

“En un primer momento, los modelos no oficiales de salud fueron tildados de empíricos, atrasados y dañinos, debido al origen y estructura racista tanto del Estado como de la sociedad”

“Persisten dificultades estructurales que no permiten y hasta limitan el alcance de los objetivos propuestos por las normativas e iniciativas”

“El personal institucional de Salud se fue convenciendo no sólo de la existencia de otros modelos de salud, sino de su funcionamiento y efectividad, de su lógica de trabajo y del servicio que prestan a la comunidad”



autoridades, madres de familia (con 4 o más hijos vivos), que contaron con la participación de 1.095 personas en total. El tercer paso fue la elaboración de un listado inicial de terapeutas mayas y terapeutas populares. Por último, se programó el cuarto paso, que es la entrevista a los y las 880 terapeutas identificadas (incluidas las abuelas comadronas). Tras un proceso de depuración de los listados, al final resultó que en los ocho territorios hay 683 TM y TP (incluidas abuelas comadronas). El paso final consistió en la elaboración y socialización de un informe que describe todo el proceso metodológico e incluye los hallazgos.

Hallazgos del proceso metodológico

Uno de los principales hallazgos fue la presencia de un número de terapeutas muy superior al esperado. Tuvo especial impacto en los territorios de municipios considerados en su mayoría mestiza, en este caso Cuilco, en Huehuetenango y La Unión, en Zacapa. El análisis de las entrevistas reveló que la mayoría de terapeutas no confiaba plenamente en el Ministerio de Salud y algunos llegaron a cuestionar ese nuevo intento de acercamiento.

Se confirmó que habían sido muy discriminados, perseguidos, desacreditados y controlados. En varios momentos tanto en las entrevistas y grupos focales, de estas entrevistas se desprende que el sistema occidental de salud, en general, no permite la existencia de otros modelos. Este fue un factor desmotivador para algunos participantes, compensado en parte porque el Ministerio de Salud reconociera su trabajo y los elementos terapéuticos que utilizan.

El proceso diagnóstico de los terapeutas mayas y terapeutas populares se caracterizó por muestras de respeto y consideración hacia los actores comunitarios teniendo en

cuenta sus horarios, opiniones emitidas, idioma materno, alimentación, confidencialidad de la información aportada...

Impacto en el personal de salud del proceso

Al iniciar el proceso, el personal institucional de salud tenía la hipótesis de que los Terapeutas Mayas y Terapeutas Populares ya no existían, que eran muy pocos o que sólo existían en las comunidades indígenas o mayas. Sin embargo, al realizar el proceso de investigación, concluyeron que las suposiciones no eran correctas. Al ir agotando las distintas fases o pasos del proceso, el personal se fue convenciendo no sólo de la existencia de otros modelos de salud, sino de su funcionamiento y efectividad, de su lógica de trabajo y del servicio que prestan a la comunidad. Una trabajadora de la red de servicios de salud expresó su admiración hacia las y los terapeutas.

A partir del trabajo realizado y de la relación con estos actores, se dieron cambios relevantes en la percepción del personal de salud: la disminución del racismo y la discriminación hacia los modelos comunitarios de salud y sus actores, la valoración del trabajo y la presencia del terapeuta en las comunidades, reconocimiento de su historia, sus anhelos y perspectivas como líderes y actores históricos en la salud de las comunidades...

Todo lo anterior se ha traducido en una relación respetuosa y un cambio de actitud del personal de salud hacia los modelos comunitarios y sus terapeutas, una concepción diferente de la salud y una atención adecuada a la cultura local. De esta manera se ha logrado identificar a la mayor parte de Terapeutas Mayas y Terapeutas Populares de las diferentes comunidades e iniciar un proceso de relacionamiento diferente al convencional desde el Ministerio de Salud.



Plantas del mundo

Por: Edurne Navarro.

Nombre popular

Ajenjo

Nombre científico

Artemisia absinthium L.

Como infusión, se toma en casos de malestar estomacal, enfermedades del hígado, vejiga, riñón y bazo, gota, hidropesía, espasmos, vértigos, desmayos, vómitos, náuseas, fiebre, diarreas y disenterías; por palpitaciones del corazón y contra parásitos intestinales.

SUDAMÉRICA



Nombre popular

Ajo o ajusa

Nombre científico

Allium sativum L.

En jarabe o en tintura, se toma contra la diabetes, tuberculosis, malaria, infecciones de cualquier tipo, sífilis, esterilidad e impotencia y artritis, varices, ciática, espasmos, hemorragias, reumatismo, gota, neuralgias, histerismo e insomnio, enfermedades bronquiales, del hígado, estómago e intestinos.

SUDAMÉRICA



Nombre popular

Apacín

Nombre científico

Petiveria alliacea

Se le atribuyen propiedades diuréticas, sudoríficas, expectorantes, antiespasmódicas, depurativas, contra la fiebre, reumatismo, parálisis, enfermedades venéreas, histeria y otras enfermedades nerviosas. Como cataplasma, se usan en caso de úlceras, tumores e infecciones dérmicas. La inhalación de sus hojas sirve contra la cefalea y sinusitis. La cocción de su raíz se usa para el asma, catarro, cistitis, dismenorrea, enfermedades venéreas.

CENTROAMÉRICA



Nombre popular

Zarzaparrilla

Nombre científico

Smilax domingensis

Se usa por vía oral para el tratamiento de anemia, afecciones gastrointestinales (diarreas, dolor de estómago, inapetencia) hinchazón, malaria, dolor de riñones, enfermedades de la sangre y venéreas, hepatitis reumatismo y tumores. Cocida, en afecciones dermatomucosas.

CENTROAMÉRICA



Nombre popular

Roibos

Nombre científico

Aspalathus linearis

Popularmente se utiliza especialmente para el tratamiento de la tensión nerviosa y el insomnio. También en casos de inflamaciones, eczema, dermatitis alérgica, roces del pañal, problemas digestivos, estreñimiento, dolor de cabeza, hipertensión, infecciones, insomnio, litiasis renal y como hepatoprotector

ÁFRICA SUBSAHARIANA



Nombre popular

Argel

Nombre científico

Solenostemma argel

Usado para resfriados, diabetes, problemas respiratorios, reumatismo, dolores estomacales e infecciones urinarias.

MAGREB



Se llaman de diferente forma pero tienen los mismos usos. Aquí y allá. En los Andes y en la selva. En África y en Latinoamérica. En Europa y en Asia. Cada cultura y cada colectivo ha heredado de sus antepasados una sabiduría popular del uso curativo de plantas silvestres. Una aplicación que ha alcanzado el grado de ciencia con la Fitoterapia y que está presente en muchos de los proyectos de cooperación en salud de medicusmundi debido a su enfoque intercultural. La química y la naturaleza. La farmacia y el campo. El laboratorio y la huerta. El pasado y el futuro. Todo suma en este viaje por el mundo en doce plantas sin fronteras.

Nombre popular

Albahaca

Nombre científico

Ocimum basilicum L.

Como infusión, alivia el dolor de cabeza, actúa contra enfermedades de vejiga y riñones, gonorrea y menstruación escasa, anemia, escorbuto, inflamaciones intestinales o espasmos nerviosos. Y como cataplasma, se recomienda para contusiones, tumores y heridas.

SUDAMÉRICA



Nombre popular

Achiote

Nombre científico

Bixa orellana

La cocción de la semilla se toma contra la debilidad, diabetes, afecciones gastrointestinales, respiratorias, hepáticas y gonorrea, la de la raíz se usa para la ictericia, oliguria, diabetes y gonorrea y la de las hojas, para quemaduras. El aceite extraído de la semilla se usa para infecciones de la piel, cicatrizante, para hepatitis y vómitos.

CENTROAMÉRICA



Nombre popular

Mirra

Nombre científico

Commiphora molmol

Propiedades: astringente, antiséptico, antiinflamatorio. Para inflamaciones bucofaríngeas: aftas, afonía, amigdalitis, encías sangrantes, faringitis, gingivitis (enjuagues y gargarismos). Y en relación al aparato respiratorio/neumología: asma, bronquitis, bronquiectasia, catarros, enfisema pulmonar y exceso de mucosidad

ÁFRICA SUBSAHARIANA



Nombre popular

Harpagofito

Nombre científico

Harpagophytum procumbens

Uso tradicional de la raíz de harpagofito para el alivio de los dolores articulares y desórdenes digestivos leves, así como para la falta de apetito. Usos populares en los países de origen (Namibia, Botswana, África del Sur): para facilitar las digestiones, reducir la fiebre y aliviar los dolores del parto.

ÁFRICA SUBSAHARIANA



Nombre popular

Té salvaje (wild tea)

Nombre científico

Pulicaria incisa

Usado para resfriados, neuralgia, problemas respiratorios y sinusitis.

MAGREB



Nombre popular

Dátil del desierto

Nombre científico

Balanites aegyptiaca L.

Anti-diabético y purgativo, se usa para cólicos, epilepsia, herpes, fiebre amarilla, irritación de garganta, entre otras dolencias.

MAGREB



Perú. Relatos interculturales, un cuento con final feliz

Salud Sin Límites utiliza la comunicación para acercarse a la realidad intercultural de la población de los Andes



Vilarmina Ponce Lucero
Oficial de
Comunicaciones, Salud
Sin Límites Perú.



Claudia Lema Dodobara
Directora Ejecutiva,
Salud Sin Límites Perú.

Los peruanos solemos resaltar con orgullo la gran diversidad de la riqueza natural y cultural de nuestro país. Sin embargo, al examinar las políticas y servicios sociales del Perú, comprobamos que la población menos tomada en cuenta en su diseño es aquella que representa esa riqueza cultural que decimos admirar, y que además representa una porción muy importante del número total de peruanos. Un informe del Banco Mundial correspondiente al 2004 indica que entre el 25% y 48% de los hogares peruanos pueden ser considerados indígenas.

En este contexto, vemos que el rol de la cooperación para el desarrollo es hacer visible esta problemática para aquellos que toman decisiones y al mismo tiempo trabajar en propuestas de cómo llevar a la práctica la interculturalidad en nuestro sistema sanitario. A continuación, mostramos ejemplos que ilustran cómo Salud Sin Límites Perú, institución peruana socia de **medicmundi** Navarra desde hace ocho años, viene desarrollando este tema.

Relatan historias, revaloran culturas

La transmisión de una historia es el relato de experiencias y emociones que tratan de representar una realidad y utilizan personajes semejantes a los de su entorno. En el mundo indígena, el relato de historias tiene un valor preponderante, porque recoge los saberes y valores de la comunidad, define su identidad étnica y su mirada hacia "los otros".

En los proyectos de Salud Sin Límites Perú (SSLP) desarrollamos estrategias de comunicación que recurren a actividades cotidianas como la de contar cuentos y mitos para compartir mensajes.

En la provincia de Churcampa, Huancavelica, estamos trabajando en el proyecto "Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad - MAIS BFC" en asocio con **medicmundi** Navarra. En esta provincia, mediante un proceso colaborativo, los facilitadores del proyecto, junto al personal de salud, autoridades locales,

agentes comunitarios de salud, jóvenes y adultos (varones y mujeres), decidieron narrar una historia de salud familiar-comunitaria.

La historia se produjo en el formato de una radionovela, lleva el nombre de "*Rimarismu ayllunchikunamanta llaqtanchikpi sasachakuyninchikmanta allin kausakunanchikpaq*" (conversemos en nuestra familia y la comunidad de los problemas de salud para vivir mejor). La radionovela narra la historia de una comunidad de la sierra del Perú que revaloriza el sentido comunitario y trabajan juntos por la salud de sus familias.

La producción y validación de la radionovela generó un proceso rico de aprendizaje, las familias analizaron problemas comunes de salud y buscaron las alternativas de solución, expresadas en el desenlace que ellos y ellas escogieron para la radionovela.

"Parlarisun ayllunchikpi saludninchikmanta" Agentes comunitarios de salud, pobladores y personal de salud participan en la creación de la radionovela "Conversemos en la familia y comunidad sobre nuestra salud" grabada totalmente en quechua. Esta producción forma parte de las estrategias de comunicación con enfoque de entretenimiento que Salud Sin Límites Perú y Medicus Mundi Navarra vienen promoviendo en Huancavelica.





La yuca y los caracoles fueron las estrellas en la Feria Gastronómica de la Provincia de Satipo organizada en el marco de las actividades del Día Internacional de la Alimentación. Participaron diversas delegaciones de las comunidades nativas de la provincia, quienes compartieron sus más deliciosos secretos culinarios en la preparación de productos locales.

Promueven el consumo de productos locales para luchar contra la desnutrición

La forma de alimentación de las comunidades, pueblos y sociedades está estrechamente ligada a valores y patrones culturales arraigados a lo largo de varias generaciones. Existe, por lo tanto, un rico conocimiento producto de la adaptación al lugar donde los pueblos se desarrollan.

Es por ello que desde Salud Sin Límites Perú consideramos prioritario analizar hasta qué punto los programas sociales que viene ejecutando el Estado peruano para enfrentar este problema en las zonas rurales están considerando factores tan importantes como la cultura para lograr una mayor eficacia en esta tarea.

Nuestros análisis en las comunidades de la selva central fueron poco alentadores: los proveedores del Estado exploran poco los conocimientos indígenas sobre buena alimentación y crianza de los niños, las sesiones demostrativas utilizan productos foráneos dejando de lado los productos locales que pueden ser buenas fuentes alternativas de proteínas, tales como los caracoles.

En este contexto apostamos por una propuesta que pone la cultura en un lugar central en la lucha contra la desnutrición. Por ejemplo, consideramos importante tener en cuenta que, en la percepción de las madres nativas, la talla del niño es poco relevante y ellas únicamente observan el peso para saber si está aumentando. Así mismo, debemos conocer los criterios propios que usan las familias para definir el buen estado general del niño: sus indicadores son la viveza, las

ganas de jugar y de correr. Además, en las comunidades amazónicas, la alimentación del niño menor de cinco años y de la mujer gestante y lactante se rige también por saberes ancestrales, secretos y comidas prohibidas y es fundamental tomarlos en cuenta.

Por otro lado, comprobamos que la acción educativa para la mejora de los hábitos y comportamientos alimentarios necesita partir de la reflexión sobre los hábitos y las prácticas en las comunidades donde se trabaja, aprovechando el conocimiento de las mismas mujeres y desde sus propias propuestas. Por ejemplo, si en una reunión educativa encontramos que las mujeres embarazadas tienen por costumbre consumir pocas proteínas animales, contradecirlas o darles la información correcta sobre el tema no cambiará su actitud. En cambio, apelar al testimonio de sus propios pares (es decir, madres que se han mantenido saludables durante y después del embarazo) les planteará algunas interrogantes a su actitud. Si a ello agregamos que pueden consumir mayores cantidades de productos locales (como el pescado) el mensaje se hará más aceptable y se facilitará el cambio.

En ese sentido, una estrategia basada por un lado en el conocimiento de las formas de entender la salud, la alimentación y la crianza y por otro en la valoración de los productos y recetas locales, es nuestra apuesta para la lucha contra la desnutrición.

Bolivia. La inclusión efectiva de la interculturalidad, el reto de la Sanidad



Adiva Eyzaguirre (CEDEC)
Coordinadora en Bolivia del proyecto de Salud Integral Incluyente **medicmundi** y experta en interculturalidad y de género.

Adiva Eyzaguirre es una de las referencias en materia de interculturalidad en Bolivia tanto por su trabajo en terreno como por su labor de consultora. En su artículo argumenta cómo, pese a los logros alcanzados a lo largo de los últimos años en materia institucional, Bolivia todavía debe afrontar desafíos en torno a la implementación de un modelo de salud incluyente basado en la interculturalidad.

Para poder hablar de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI) en Bolivia fue necesario un proceso histórico en el que teóricamente ocuparon la palestra propuestas como la investigación y acción participativa, el diálogo de saberes, la planificación estratégica, el enfoque de derecho, la Atención Primaria en salud renovada, el enfoque de género, el feminismo comunitario, los conceptos de gobernanza y participación social, la epidemiología sociocultural, modelos incluyentes de salud, derechos humanos emergentes y particularmente la lucha de pueblos indígenas y campesinos en Latinoamérica. Sin duda, solo podía darse fruto de una construcción colectiva frente a un abordaje biomédico de la situación de salud, que no logró los resultados esperados en términos de indicadores de programas focalizados.

Aunque varias de estas propuestas surgen en la década de los 60, Bolivia logra un hito importante el año 1990, cuando indígenas de tierras bajas inician la marcha por el "Territorio y la Dignidad" que duró 32 días. Este evento político de gran trascendencia marcará en adelante las políticas nacionales. Bolivia tiene la particularidad de haber incorporado el concepto del proceso salud enfermedad desde los pueblos andinos y amazónicos como "un proceso de equilibrio y armonía biopsicosocial, cultural y espiritual de la persona consigo misma y con su entorno, que implica la familia, la comunidad y la naturaleza". La salud para los pueblos indígenas, es la salud de los animales, de los ríos, de las plantas, de la madre tierra, etc., es decir, se trata de una visión holística. Por tanto, no puede ser vista únicamente como un servicio o asumiendo propuestas de lo que se puede hacer desde el servicio, sino como un proceso social que genera condiciones para el vivir bien.

Reconocimientos institucionales

La Nueva Constitución Política del Estado, promulgada el 7 de febrero de 2009, reconoce los derechos de los pueblos indígenas de autodeterminación cultural, lingüística, política territorial y

religiosa, Art. 1 ... "Bolivia se constituye en un Estado Unitario de Derecho, plurinacional, comunitario, libre, independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías. Bolivia se funda en la pluralidad y el pluralismo político, económico, jurídico, cultural y lingüístico, dentro del proceso integrador del país ... Art. 30 ... el Estado garantiza, respeta y protege los derechos de las naciones y pueblos indígena originario campesino consagrados en esta Constitución y por la ley..." De la misma manera el Plan de Desarrollo Sectorial en Salud (PDSS) 2009 busca un sistema "...inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y calidez...". A su vez se menciona que "el rol del Estado, basado en una concepción social, comunitaria y plurinacional de la salud, es garantizar el Derecho a la Salud y la ciudadanía plena en la que se abren espacios para la participación de nuevos actores" (24 p. 3). Bajo un enfoque de derechos, los titulares de obligaciones tienen la responsabilidad de organizar un sistema de salud, en el marco de la gobernanza, con criterios de autonomía y alteridad. Además, se debe garantizar la rectoría y soberanía sanitaria frente al avasallamiento cultural, imposiciones y condicionamientos económicos, sociales, culturales y tecnológicos e internacionales".

En estas circunstancias, sólo queda afirmar que interculturalidad en el proceso salud enfermedad es como el agua que corre por el campo, llega a todas y cada una de las partes del modelo de salud incluyente, tanto al componente de atención como al de gestión. En este sentido, asumimos la interculturalidad como una "transversal" que afecta a todas y cada una de las partes que hacen a la salud.

Lo "técnico" no puede sustituir lo esencial de un modelo incluyente, no debe dejar de lado lo cualitativo, es decir lo que hace a la construcción del modelo. Como bien aportan los compañeros del Instituto de Salud Incluyente (ISIS) Guatemala se trata de operativizar los principios de un modelo incluyente, no de cambiar el contenido a través de propuestas tecnocráticas que asumen que las normas, reglamentos, instrumentos, etc..., para la implementación de una determinada política de salud, valen en sí mismas y son únicas para cualquier propuesta.

Esta es la discusión que hoy se está dando en Bolivia. Existe más de un ideólogo preocupado por institucionalizar los procesos que permitan dar sostenibilidad a la SAFCI en sus dos componentes. En esta tarea no se deben desconocer los aportes de la administración científica, sino entender los procesos, procedimientos e instrumentos como herramientas para viabilizar un modelo incluyente de salud.

La consideración de los ámbitos individuales, familiares y comunitarios

Para ejemplificar que la interculturalidad es transversal a todos los procesos voy a recurrir a una historia que relaciona estos aspectos. Allá por la década de los 70 llegó a San Buenaventura (norte del departamento de La Paz) un brillante ingeniero agrónomo con la certeza de saber de todo. Todo él, muy inteligente, hombre de tierras altiplánicas quiso abordar la propuesta de la transformación del agro en tierras bajas en el marco de la teoría de la revolución verde. Preparó los suelos con tractor y sembró la yuca (raíz de manihot esculenta) y no los esquejes de yuca. Con total desconocimiento de los saberes locales, al cabo del primer mes, vergonzantemente tuvo que reconocer que tenía hectáreas de yuca podrida: confundió la yuca con la papa (tubérculo).

No debemos reducir la planificación a procesos, procedimientos e instrumentos que no recogen los derechos ya adquiridos

“Bolivia logra un hito importante el año 1990, cuando indígenas de tierras bajas inician la marcha por el Territorio y la Dignidad que duro 32 días. Este evento político de gran trascendencia marcará en adelante las políticas nacionales”

“La interculturalidad en el proceso salud enfermedad es como el agua que corre por el campo, llega a todas y cada una de las partes del modelo de salud incluyente”

“Los procesos de planificación deben incorporar instrumentos que permitan la reflexión y acción de los actores sociales y la corresponsabilidad en la situación de salud en el marco de un enfoque de derecho”.



por ley de mujeres y hombres que viven en las ciudades y el campo. La planificación debe generar propuestas a partir de los objetivos definidos en el marco del concepto del proceso salud enfermedad que es una concepción holística de la salud relacionada con los condicionantes y las determinantes, las condiciones y estilos de vida, entendidas como un proceso económico y sociocultural.

El Sistema Nacional de Planificación indudablemente recoge conocimientos que permiten favorecer procesos participativos que transparentan la gestión. Cumple la función de incorporar las demandas de proyectos de inversión en el presupuesto nacional desde las organizaciones más pequeñas (organizaciones territoriales de base: ayllu, comunidad, sindicato, zona, barrio, etc.) y a su vez permite al poder ejecutivo tomar decisiones legales sobre un porcentaje del presupuesto que suele ser el mayor. La virtud de la propuesta es la legalización de la participación social, pero su efectividad estará sujeta al nivel de empoderamiento de las organizaciones de base.

Se abre un horizonte de posibilidades creadoras desde el saber de los pueblos, de sus luchas y experiencias. La interculturalidad describe la interacción entre dos o más culturas de manera horizontal y sinérgica lo que supone el respeto hacia la diversidad. Debería ser un proceso continuo, una dialéctica que va admitiendo y descartando elementos sin prejuicios e ingresar en el ámbito de la organización social, en la gestión de la salud, incorporando saberes, comportamientos y las diversas formas de ver la realidad. No podemos planificar solamente proyectos de inversión en salud (infraestructura, equipamiento e insumos para salud)

y educación en salud para respetar las actividades que corresponden al sector salud. Debemos incorporar desde la planificación en salud proyectos de inversión que hacen a los determinantes (agua, producción de alimentos, etc.) respetando la clasificación de gastos de la Contabilidad Nacional, haciendo realidad la intersectorialidad del modelo de salud. No debemos considerar solo los determinantes, sino incluir las condicionantes y los estilos de vida. Si la comunidad no reflexiona y no actúa en consecuencia, no parte de sus saberes protectores y no protectores de la salud, no podremos lograr el derecho a la salud. Los procesos de planificación deben incorporar instrumentos que permitan la reflexión y acción de los actores sociales y la corresponsabilidad en la situación de salud en el marco de un enfoque de derecho.

La planificación no puede limitarse a la aprobación de proyectos de inversión en el ámbito municipal y su inserción en la Programación Operativa Anual (POA). Debe considerar el ámbito individual, familiar y comunitario. Estos son los espacios en los que se hace efectiva la interculturalidad, en los que se analizan los usos y costumbres protectores y no protectores, las concepciones hegemónicas de la salud y se planifica el cumplimiento de los compromisos que hacen a los estilos y condiciones de vida.

Una de las tareas inexcusables para la institucionalización de un modelo de salud incluyente en Bolivia, pasa por la generación de procesos, procedimientos e instrumentos que viabilicen la interculturalidad en el ámbito de la planificación sanitaria.





Un nuevo sistema de Salud para Latinoamérica

medicmundi Navarra apuesta por una salud intercultural, integral e incluyente en Guatemala, Bolivia y Perú que pretende cambiar los sistemas sanitarios del continente para garantizar la cobertura universal a las poblaciones tradicionalmente excluidas.

La ONG, que cuenta con el apoyo de la UE y el Gobierno de Navarra, ha publicado un documento que recoge doce “Claves para la transformación de los sistemas de Salud en América Latina”, que se ha convertido en una referencia fundamental para la renovación de la Atención Primaria en cualquier país.



medicmundi está impulsando una salud integral para Latinoamérica bajo el concepto del derecho a la salud. **medicmundi Navarra** está tratando de impulsar un modelo de salud intercultural, integral e incluyente en Guatemala, Bolivia y Perú que pretende transformar los sistemas sanitarios del continente para garantizar la cobertura universal a las poblaciones tradicionalmente excluidas. La ONG, que cuenta con el apoyo económico de la UE y el Gobierno de Navarra, ha publicado un documento que recoge doce “Claves para la transformación de los sistemas de Salud en América Latina”, que ha sido presentado por los responsables del proyecto en este continente, en Latinoamérica, Europa, España y Navarra durante los meses de agosto, septiembre y octubre coincidiendo con la recta final del proyecto de tres años de duración (2011-2014) y que cuenta con 1.975.000 euros de financiación pública.

Medicmundi Navarra lleva medio siglo trabajando por el derecho a la salud en el mundo. En este tiempo se han desarrollado casi 500 acciones en 38 países que han contribuido a cambiar la vida de 14 millones de personas en África y Latinoamérica. Sin embargo, hasta ahora no se había impulsado ninguna intervención del calado de la denominada “Un Modelo Integral e Incluyente bajo un concepto de Derecho a la Salud”. Su objetivo es promover la transformación de los sistemas de salud en todo un continente hacia la integralidad y la inclusión en salud desde todas y para todas las personas. Partiendo de experiencias de más de diez años en tres países (Bolivia, Guatemala y Perú), **medicmundi Navarra** comenzó en abril de 2011 esta iniciativa común que aspira a formular -uniendo teoría y práctica- las líneas básicas de lo que podría ser un sistema de salud público válido para gran parte de Latinoamérica y cuyas conclusiones también pueden ser motivo de revisión en el ámbito europeo cuyos sistemas de proyección social y sanitaria están viviendo momentos de involución a consecuencia de la crisis y los recortes.

El trabajo de las delegaciones y socios locales en estos países, alineados y coordinados con los ministerios correspondientes y las autoridades regionales y locales, así como con el apoyo económico de la Comisión Europea, el Gobierno de Navarra y otras instituciones, han permitido que ahora, tres años después, se pueda contar con un

valioso documento basado en experiencias piloto contrastadas en el primer nivel de atención. La experiencia ha documentado las lecciones aprendidas en el proceso validadas en la práctica de tres países, por lo que puede ser un referente en materia de salud y cooperación.

Aprender del Sur

Además el momento es importante. Latinoamérica, con sus problemas y dificultades, está recorriendo el camino inverso de muchos países del Norte, que están recortando su sanidad pública y generando exclusiones. Esta acción, en cambio, apuesta por el derecho a la salud desde una auténtica Atención Primaria en Salud renovada, que garantice el cuidado de la salud de los individuos, sus familias y las comunidades. De ella es posible aprender y sumar energías.

Tras un encuentro internacional en Perú en agosto, Javier Román (**medicmundi Bolivia**), Fernando Carbone (**medicmundi Perú**) y Juan Carlos Verdugo (**medicmundi Guatemala**) visitaron España, Navarra, Bruselas e Italia para dialogar en torno a la publicación “Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina. Bolivia, Guatemala y Perú: tres experiencias, una sola acción integral e incluyente en Atención Primaria de Salud” cuyo contenido se puede consultar ya en la web www.saludintegralincluyente.com y en la página siguiente.

12 CLAVES PARA TRANSFORMAR UN SISTEMA DE SALUD



1. UNIVERSALIZAR EL DERECHO A LA SALUD: Que nadie quede fuera del derecho a la salud por razones culturales, económicas, de género, geográficas...

2. REPENSAR LA SALUD A PARTIR DE UNA MULTI CONCEPCIÓN DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD: Repensar la salud a partir de una multiconcepción del proceso de la salud-enfermedad. Salud es más que curar.

3. INTERSECTORIALIDAD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: Fomentar la participación social y el trabajo en común entre distintas entidades y ministerios.

4. LA PERTINENCIA INTERCULTURAL EN LOS DISTINTOS COMPONENTES DEL PRIMER NIVEL: Buscar el diálogo y la colaboración entre la medicina occidentalizada y la tradicional.

5. LA PERSPECTIVA DE GÉNERO RELACIONAL EN LA ESTRATEGIA PROGRAMÁTICO-COOPERATIVA: Intervenir desde y sobre las desigualdades de poder entre los sexos.

6. EL ENFOQUE ECOSISTÉMICO DEL MEDIO AMBIENTE EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: Actuar sobre los condicionantes y determinantes sociales de la salud (trabajo, vivienda, agua...), especialmente en el medio ambiente.

7. LA HORIZONTALIZACIÓN PROGRAMÁTICA: NIVELES INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIO: Superar la verticalidad y fragmentación de las intervenciones con una programación individual, familiar y comunitaria.

8. REORDENACIÓN DEL TERRITORIO Y REORGANIZACIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: Proponer una reorganización del territorio y del primer nivel de atención sanitaria para acercarse a las personas.

9. EQUIPOS DE TRABAJO POLIFUNCIONALES PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: Formar equipos de trabajo polifuncionales. Personas que cuidan de personas.

10. LA OPERACIONALIZACIÓN DE LA VIGILANCIA SOCIOCULTURAL DE LA SALUD Y EL SISTEMA DE INFORMACIÓN: Diseñar un sistema de vigilancia sociocultural que previene y facilita la evaluación de las acciones.

11. EL FINANCIAMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: Contar con financiación pública porque es la única que garantiza la equidad y la eficacia.

12. LA GESTIÓN EFECTIVA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: Poner en marcha instrumentos de planificación y evaluación de recursos y personas que aseguran que la salud básica es la mejor inversión.



FICHA

Título: “Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina”

Páginas: 96.

Edita: medicina mundi Navarra

Redacción: equipo multipaís

Coordinación: Lidia Morales y Gerardo Seminario

Diseño: Horixe

Descárgatelo gratis en:
www.saludintegralincluyente.com





El proyecto multipaís despierta gran interés en Europa

Los tres delegados latinoamericanos de **medicmundi** -Fernando Carbone (mm Perú), Juan Carlos Verdugo (mm Guatemala) y Javier Román (mm Bolivia)- realizaron la última semana de septiembre y la primera de octubre una intensa gira europea para presentar en Navarra, Bilbao, Madrid, Granada, Bruselas e Italia el libro y el proyecto de salud integral incluyente.



El primero aterrizaba en el aeropuerto de Barajas el sábado 21 de septiembre y el último volaba hacia su país de origen el domingo a mediados de octubre. Entre ambas fechas una trepidante agenda de contactos, exposiciones, charlas, visitas a centros e instituciones que conforman una larga lista de siglas y nombres propios difíciles de recopilar. Navarra, Madrid y Bruselas han sido sus puntos de actividad más importantes aunque -escalas y trasiego logístico al margen- también realizaron intervenciones en Bilbao, Granada, Parma y Trento. El balance de la visita ha sido, desde todos los puntos de vista muy positivo. Su objetivo era explicar a las instituciones y a la sociedad civil un proyecto de **medicmundi** Navarra cofinanciado por la Comunidad Foral y la UE para diseñar e impulsar un nuevo sistema de salud público, integral e incluyente válido para todo el continente y cuya presentación está suscitando debate también aquí ya que sus propuestas van en la línea inversa a las actuales tendencias restrictivas de Europa a causa de la crisis. Las instituciones, la sociedad civil y los/as profesionales de la salud pública que han conocido de primera mano su propuesta han coincidido en un mínimo común denominador: la importancia de mantener y reforzar una cooperación navarra que permita proyectos del nivel y calado del titulado “Un modelo integral e incluyente bajo un concepto de derecho a la salud”. Y eso no sólo por su potencialidad en la población de los tres países donde se está testando y de gran parte del continente al que se puede extender, sino también por el enriquecimiento mutuo Norte-Sur en torno a repensar la Atención Primaria de Salud en todos los lugares en clave de participación social, intersectorialidad, enfoque de género, integralidad, eficacia, equidad...

Navarra: una intensa semana

Con el doble objetivo de rendir cuentas y generar reflexión, la delegación del proyecto siguió en Navarra un amplio e intenso programa de encuentros (internos y públicos, técnicos y de divulgación) entre el lunes 23 de septiembre y el viernes 27 de septiembre. Además de reuniones con personal sociosanitario (miércoles 25) y un taller el viernes 27 (**Instituto de Salud Pública**), Fernando Carbone, Juan Carlos Verdugo

y Javier Román, mantuvieron encuentros institucionales con el **Gobierno de Navarra** (martes 24) y el **Parlamento** (comparecencia en la comisión de “Convivencia y Solidaridad Internacional”, el miércoles 25) además de dos conferencias abiertas al público general en **Burlada** (martes 24 de septiembre) y **Cátedra Unesco de la Universidad Pública de Navarra** el jueves 25 también por la tarde. Por la mañana de ese jueves también visitaron dos centros y/o consultorios de salud para conocer de primera mano el sistema de atención sanitaria de primer nivel (Atención Primaria) con cuyos representantes institucionales también mantuvieron una reunión oficial. No faltó además una incursión en la economía alternativa con el centro de producción de plantas aromáticas y medicinales “Josenea” (Lumbier).

A nivel **institucional** destacó la buena acogida por parte de los responsables del departamento de **Políticas Sociales** del Gobierno de Navarra que resaltaron su compromiso con la apuesta de Navarra por una cooperación que dé cabida a proyectos de este calado así como la práctica unanimidad, en la misma línea, del todo el arco parlamentario que coincidió en la necesidad de mantener la aportación pública a la solidaridad internacional también en tiempos de crisis.

En el ámbito **sociosanitario**, los delegados de **medicmundi** recogieron el interés de sus homólogos en Navarra por recuperar algunos componentes de la Atención Primaria presentes en el proyecto y en los que la Comunidad Foral fue pionera (participación social vía consejos de salud, intersectorialidad...) y que ahora, con el paso del tiempo y otros factores, se han visto resentidos. Tanto en las visitas a centros y consultorios de salud (el de Zubiri, dependiente de Huarte), y el de Aoiz como en los talleres técnicos recogieron esta inquietud y fomentaron el aprendizaje mutuo.

El espacio **universitario** también sirvió de foro para un debate ya en torno en el camino de ida y vuelta de los avances y retrocesos en torno a la sanidad pública como principal garante del cumplimiento efectivo del derecho universal de la salud. Cerca de 70 personas participaron el jueves en un debate organizado por la Cátedra Unesco en

Casi 4.400 km, 347 horas de estancia, 36 reuniones, 30 apariciones en medios de comunicación... Los datos de la intensa y extensa gira por Europa realizada por los responsables de Medicus Mundi en América Latina, Fernando Carbone (Perú), Juan Carlos Verdugo (Guatemala) y Javier Román (Bolivia) hablan por sí solos aunque aún es más importante el interés despertado entre todas las instituciones públicas, entidades y personas de la sociedad civil y del ámbito sociosanitario que tuvieron contacto con ellos a través de diferentes formas y espacios. **medicushmani** realiza un balance muy positivo de esta visita que ha colocado en el centro del debate algo de gran actualidad también aquí como es la defensa de una sanidad pública básica integral y sin exclusiones como principal garante del derecho a la salud en todas las partes del mundo. Los aprendizajes del Sur han sido muy aleccionadores para el Norte.



el que el antropólogo de la UPNA Txema Uribe aportó el punto de vista de la realidad local. Un número similar de personas se dieron cita la charla de divulgación general en la Casa de Cultura de Burlada en torno a la realidad de los pueblos indígenas de Guatemala, Perú y Bolivia. Los medios de comunicación navarros (prensa, radio y tv) también se ha hecho un amplio eco de la visita, algo que agradece **medicushmani**.

Madrid: 50 aniversario de Medicus Mundi

Madrid -tras un encuentro el sábado en **Bilbao** con **Osalde**- fue la segunda parada importante en el periplo. La delegación participó como parte fundamental en un acto en la **Casa América** de Madrid el martes 1 con motivo del aniversario de Medicus Mundi titulado "50 años trabajando por el derecho a la salud" y que contó en la inauguración con el secretario general de Cooperación Internacional para el Desarrollo (**Gonzalo Robles Orozco**), **Íñigo Alli** (consejero de Políticas Sociales del Gobierno de Navarra) y **Enrique Revilla**, presidente de la Federación de asociaciones **medicushmani** España. Aunque no hubo una presentación formal del proyecto y de la publicación, los representantes de **medicushmani** en Latinoamérica hablaron sobre sus claves en el contexto de las mesas en las que les tocó participar. La estancia en Madrid también dio juego para realizar una reunión con la AECID y atender a los medios de comunicación madrileños.

Bruselas: en el corazón de Europa

Acompañados en todo momento por Nacho Sánchez, coordinador de Cooperación de **medicushmani** Navarra, los representantes de la ONG en Latinoamérica (con la baja de Juan Carlos Verdugo, que tuvo que regresar con urgencia a su país por un tema familiar) partieron vía **Granada** (donde realizaron el martes 1 otro encuentro con personal sanitario en la **Escuela Andaluza de Salud Pública**) y Barcelona (por logística) hacia la capital administrativa de Europa con un doble objetivo: rendir cuentas a la **Comisión Europea**, principal financiadora del proyecto, y realizar labores de

difusión e incidencia entre las instituciones y el entramado social de la cooperación europea. La visita repitió el esquema de su estancia en Navarra aunque con una agenda más apretada para cuya elaboración contaron también con el apoyo del europarlamentario navarro **Pablo Zabalza**. Ya en Bruselas fueron recibidos en el Parlamento por **José Ignacio Salafranca**, presidente de la delegación de Europa para América Latina así como por representantes de la **Unidad de Cooperación para el Desarrollo de la Comisión Europea**. En el ámbito de la sociedad civil mantuvieron sendas reuniones con **Concord** (Coordinadora de ONGs a nivel europeo) y otra red llamada **Aprodev**. Desde el espacio sociosanitario resultó también muy enriquecedora la cita con el doctor **Junger**, del prestigioso Instituto de Medicina Tropical de Amberes. La prensa europea también se hizo eco de su paso por Bruselas. Posteriormente, ya en solitario, Fernando Carbone completó la gira con varios encuentros en Italia.



50 años de medicus mundi

BARCELONA acogió en **JUNIO** la celebración principal del aniversario de esta ONGD decana de la cooperación en Atención Primaria de Salud a nivel estatal con una amplia representación autonómica e internacional y una jornada técnica sobre el futuro de la cooperación sanitaria. **MADRID** tomaría en **OCTUBRE** el relevo en las celebraciones con un acto sobre el futuro del derecho a la salud (pags. 28 y 29).



Elena del Cacho



Manuel Corachán

50 años de historia. 50 años de historias. Medio siglo de trabajo por el derecho a la salud de todas las personas. **medicumsmundi** celebró el sábado 8 de junio en la sede del antiguo Colegio de Médicos de Barcelona –lugar donde se fundó hace medio siglo- sus bodas de oro con un acto en el que se repasaron las principales etapas y logros de una organización que se ha ganado a pulso de trabajo y cooperación en 60 países de África, Latinoamérica y Asia un puesto referencial en el ámbito de la salud y la solidaridad.

La celebración contó también con un espacio para lo más organizativo de la asamblea anual el mismo sábado y vino precedida el viernes 7 de junio por una Jornada técnica de nivel internacional en la que se analizó el futuro de la cooperación en salud bajo el título “Atención Primaria de Salud y Cooperación: ¿una utopía?” Autoridades locales, miembros de las 15 asociaciones de la Federación de **medicumsmundi** España y de **Medicus Mundi Internacional** y representantes de distintas entidades públicas y privadas de cooperación participaron en el evento. **Medicus Mundi Navarra**, cuya aportación a la historia de la organización fue resaltada en diferentes exposiciones, acudió al acto con una delegación de la Junta y del personal técnico de la oficina. En la clausura también intervinieron como invitados **Edgar Widmer** (**Medicus Mundi Internacional**) y el ex director general de Cooperación de España, **José Luis Pardo**.

Un lugar emblemático y un momento histórico: Casal Metge

Imágenes, datos, fechas, sentimientos, ilusiones, voces, fotos, música, emociones, críticas, autocríticas, anécdotas, planes estratégicos, fotos en blanco y negro, power points, nombres propios, héroes desconocidos, recuerdos, propuestas, sonrisas, lágrimas... Y todo ello en el mejor escenario que se podría haber elegido: en el mismo lugar donde nació **medicumsmundi** hace ahora medio siglo. La pantalla del Casal del Metge de Barcelona (vía Laietana) y los discursos de las personas que pasaron por el escenario reflejaron un cúmulo de diferentes sensaciones y valoraciones sobre todo lo sucedido desde que un grupo de profesionales sanitarios de Barcelona empezaran a realizar en 1962 pequeños proyectos de ayuda solidaria en África y se constituyeran legalmente con el apoyo del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona y se adhirieran a la red internacional de MMI dando lugar al germen de lo que hoy es **medicumsmundi** en España: una federación formada por 15 asociaciones autónomas, y que cuenta con más de 6.000 socios y socias, 5.000 donantes, 36 cooperantes en el terreno y más de 400 personas voluntarias.

En este medio siglo se han realizado más de 1.000 proyectos de cooperación sanitaria en 60 países, 100 programas de formación de personal sanitario y más de 150 campañas de sensibilización, educación para el desarrollo e incidencia política. Todo esto fue desmenuzado, etapa a etapa, en una jornada cuyos principales hitos se resumen a continuación. La

preocupación por la propia definición de la identidad de **medicumsmundi**, la reflexión sobre su manera de hacer en un contexto cambiante y la necesidad de buscar financiación para sus proyectos han sido temas transversales a todos los periodos.

Los orígenes 1963-1980: “Aquellos pioneros/as”

Vicenç Cararach, con el apoyo de **María Antonia Cortadellas** (Hospital de Ngovayang), **Manel Corachán** (Curso de Medicina Tropical) y **Raimon Rovira** (Hospital de Ngovayang) fue el encargado de resumir los principales acontecimientos de una etapa tan amplia como importante, ya que abarca el periodo que va desde la propia fundación de la organización hasta su consolidación en plena transición. Unas décadas en las que el contexto sociopolítico estatal e internacional (con el factor de las conferencias de cooperación y **Medicus Mundi Internacional**) tuvieron además una gran influencia en el devenir de la ONGD.

En este primer periodo hubo referencias destacadas para nombres propios como **Cortadellas**, **Abel** o **Argal** así como a momentos claves como la integración en la red de **Medicus Mundi Internacional** y la formación de las primeras delegaciones, siguiendo la estela del impulso inicial de un grupo de médicos de Barcelona que comenzaron esta aventura solidaria en Camerún comprando un Land Rover. El hospital de Ngovayang en este país fue un centro referencial que marcó estos primeros años, como más tarde lo fue Nembu y Ruanda u otros proyectos. A Ngovayang se refirieron tanto la hija del doctor Cortadellas (**María Antonia**) como **Raimon Rovira** quien no pudo evitar emocionarse en el relato de sus recuerdos. A veces los pequeños episodios casuales pueden marcar la trayectoria de toda la vida de una organización y los ponentes se detuvieron en dos pequeñas anécdotas que tuvieron una gran transcendencia como fue el hecho de haber acogido una noche en el hospital a “un grupo de alemanes” que resultaron ser miembros de **Action Meteor** (socio fundamental en MMI) y las palabras de un jefe pigmeo de la zona que en la inauguración del Hospital dijo: “Solo os pedimos una cosa: sinceridad. Hasta ahora todos los blancos que han venido nos han engañado. Si de verdad no pensáis atender este hospital nos lo decís y no pasa nada, pero no nos defraudéis” recordaron Rovira y Cortadellas.

Manuel Corachán, por su parte, se detuvo en su intervención sobre este periodo en la puesta en marcha de otra experiencia

ACTO EN BARCELONA

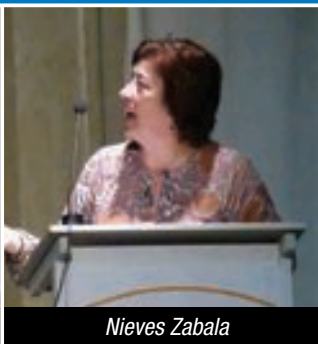
medicus mundi ha realizado en medio siglo más de 1.000 proyectos de cooperación sanitaria en 60 países de África, Asia y Latinoamérica.



Esther Aibar



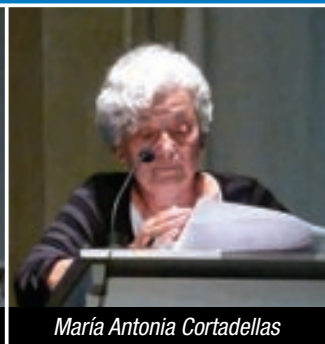
José Luis Pardos



Nieves Zabala



Félix Fuentenebro



María Antonia Cortadellas

que ha tenido mucho peso a lo largo de toda la historia de **medicusmundi** como es la formación del personal sociosanitario y que en concreto se plasmó en el surgimiento de un curso de Medicina Tropical pionero en la época y que ha llegado a la actualidad en forma de master. Por él han pasado más de 1.500 profesiones que han aprendido cómo afrontar enfermedades en ocasiones desconocidas en el mundo occidental. Junto a estos hechos y avances, **Vicenç Cararach** también recordó la evolución organizativa (delegaciones, personal cooperante..) de la organización en este periodo inicial que llevó a **medicusmundi** a afrontar los años 80 como una organización que trascendía ya Catalunya.

Etapa 1981-1995. “El esfuerzo del cambio”

Javier Machado fue el encargado de coordinar el repaso a lo historia de **medicusmundi** España entre los años 1981 a 1995, en compañía de otros tres ponentes que profundizaron en aspectos más temáticos como **María Elena del Cacho** (Sección de Farmacia), **Enrique Revilla** (actual presidente, que explicó su experiencia sobre el proyecto en Burkina Faso) y **Vicenç Cararach** (Venta de Artesanía).

Javier Machado destacó tanto la cantidad como la trascendencia de los cambios vividos en una etapa que tituló como “El esfuerzo del cambio” y en el que las figuras con nombres propios como el de **Miguel Ángel Argal** y **Rosa Piquer** -ausentes por problemas de salud- y **Ramón Ferrer** (ya fallecido) tuvieron papeles muy destacados.

Machado resumió las principales transformaciones en cuatro cambios: “el salto de la ayuda a la cooperación”; “el paso de Medicus Mundi España a Federación con un importante esfuerzo de difusión”; “la profesionalización tras el voluntarismo de los pioneros”; y la “integración en Europa”. Es una época donde **medicusmundi** también se prodiga en el trabajo en red tanto a nivel de Medicus Mundi Internacional como de la Coordinadora de ONGS (con la campaña del 0,7%, etc..), organismos en los que Miguel Ángel Argal ocupó puestos destacados.

En este tramo de la Historia, fueron las secciones de **Farmacia** y de venta de Artesanía las que fueron objetos de espacios monográficos de la exposición.

En el primer caso correspondió a **María Elena del Cacho** recordar la importancia estratégica que en su día tuvo la reflexión que llevó a **medicusmundi** a poner en marcha una iniciativa que buscaba producir sus propios fármacos genéricos, como un primer paso de lo que sería la lista de medicamentos esenciales. En este apartado la figura de **Rosa Piquer** sobresale por encima de todas, además de otras como los doctores **Josep Arderiu** y **Joaquín Bonal**, entre otros. Muchos años

después **Natalia Herce** (**medicusmundi** Navarra) también publicó un libro sobre medicamentos esenciales.

En cuanto a la venta de **Artesanía**, Cararach reivindicó la figura del ya desaparecido y no siempre bien comprendido **Ramón Ferrer**, que vio desde el primer momento la doble potencialidad de la venta de artesanía tanto como fuente de financiación como de sensibilización, además de ser un embrión de lo que más tarde sería el “comercio justo”. En 10 años hubo 26 exposiciones que lograron recaudar 76 millones de pesetas además de dar a conocer la realidad del Sur y el nombre de **medicusmundi** por todo el país.

1996-2013: “La etapa ‘ON’: muchas y buenas cosas”

Nieves Zabala, con el apoyo de **Esther Aibar** y **Félix Fuentenebro**, se ocupó de recordar lo realizado desde ese momento hasta nuestros días. Nieves Zabala (de **medicusmundi** Bizkaia) ha ocupado puestos de relevancia en la FAMME en una época donde la contribución en el aspecto organizativo y financiero de **Alfredo Amilibia** (director de MMN) también fue fundamental, tanto como en el mandato de **Raúl Aguado** y el recién iniciado de **Enrique Revilla**, que clausuró más tarde con una palabras institucionales el encuentro. Zabala puso el apelativo de “etapa ON” a estos años de intensa actividad a todos los niveles (“normalización, tecnificación, profesionalización...”, ejemplificó con un juego de palabras) en la que “hemos hecho muchas cosas en poco tiempo”. Es la época en la que el contexto mundial supone tanto un empujón hacia la difusión (conflicto de Ruanda, huracán Mitch..) como un reto y esfuerzo para adaptarse a los nuevos marcos (declaraciones de Roma, París, Accra.., planes directores AECID, marco lógico..) con una implicación muy fuerte tanto en redes (coordinadoras estatal y autonómicas, **medicusmundi** internacional) como en el trabajo de investigación (Yanacuri, informe de salud..) y en las actividades de educación y sensibilización (Bus del Milenio, Stop Malaria, web..).

Esta gran explosión de actividades (y también de creación de asociaciones) ha tenido como hándicap, según apuntó **Esther Aibar**: un cierto distanciamiento entre la base social y el día a día de la organización, así como la continua necesidad de reformular un modelo organizativo federal con sus pros y sus contras. **Félix Fuentenebro** (director de la FAMME), tras poner en valor lo mucho realizado, también abundó en esta línea y abogó, para terminar, por “no perdernos entre papeles –que son necesarios y más con la exigencia de transparencia- y recuperar la frescura y la ilusión de los primeros fundadores”. Nieves Zabala remarcó este mensaje apostando por salidas imaginativas al momento de crisis y recortes para que “esta etapa ON no se convierta en una etapa OFF sino en una etapa “IN” de innovación y renovación”, sentenció.

El derecho a la salud, apuesta de futuro

Si Barcelona sirvió en junio para mirar hacia el pasado y reafirmarse en una filosofía y manera de hacer que mantener en los tiempos convulsos que se avecinan, el acto que medicusmundi celebró en Madrid en octubre puso el foco esencialmente en el futuro. Tres mesas técnicas debatieron otros tantos temas claves de actualidad en torno a la salud y la cooperación mirando al escenario post 2015 ODM. Pasado y futuro. **medicusmundi** cumple, como decía el lema de la jornada, “50 años trabajando por la salud” y esperemos que al menos otros tantos luchando para que ésta sea un derecho universal para todos/as y en todas las partes del mundo. Los representantes de la delegaciones de medicusmundi Navarra en Latinoamérica tuvieron un papel clave en el debate Norte-Sur vivido en la Casa América donde se presentó el proyecto multipaís de salud integral incluyente y también hubo una destacada representación institucional del Gobierno central y del Ejecutivo Foral.



El hecho de llegar a 50 años de experiencia en cooperación sanitaria, la importancia de esta iniciativa de un proyecto multipaís de “salud integral e incluyente” que está generando un gran debate en Latinoamérica y también en Europa; y sobre todo, el contexto actual de redefinición del sector son los tres elementos que llevaron a **medicusmundi** a organizar en octubre este evento internacional. Así, en un momento en el que la crisis y los recortes amenazan los logros alcanzados en cooperación en salud, así como la equidad y universalidad característicos de nuestro propio sistema, **Medicus Mundi** ha propuesto un diálogo Norte-Sur Sur-Norte en torno a tres pilares claves para que la salud pueda ser un derecho al alcance de todas las personas: la vigencia de la Atención Primaria en Salud, la calidad y calidez del personal sanitario y la cobertura universal como revitalizante de la agenda “Salud para todos”.

Programa y participantes en el acto de la Casa América

Este fue el objetivo de esta jornada en Madrid que tuvo lugar el martes 1 de octubre en la **Casa de América** entre las 9 y las 15 horas en el marco del 50 aniversario de **Medicus Mundi**. Al evento se inscribieron casi un centenar de invitados/as y distintas autoridades institucionales, académicas y representantes del ámbito de la cooperación y de la salud.

En la **inauguración** participaron el secretario general de Cooperación Internacional para el Desarrollo (**Gonzalo Robles Orozco**), **Íñigo Alli** (consejero de Políticas Sociales del Gobierno de Navarra) y **Enrique Revilla**, presidente de la Federación de asociaciones **medicusmundi** España. El acto, al que acudieron también, entre otros, **Marieta Iradier Sanchiz** (coordinadora general de la Fundación Española para la Cooperación Internacional, Salud y Política Social del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, **Sergio Galán** (AECID), **José Manuel Freire** (Ministerio de Ciencia e Innovación) o **Juan Gervás** (Universidad Autónoma de Madrid) contó con tres mesas técnicas que debatieron sobre temas como “La Atención Primaria de Salud como pilar de los sistemas nacionales”; “El personal sanitario para todos y todo para el personal sanitario” y “La salud en el post 2015. Cobertura universal: ¿Una manera de asegurar el derecho a la salud para todas la personas?”.

Inauguración: compromiso de los gobiernos foral y central

Enrique Revilla, presidente de **medicusmundi** España, tras dar la bienvenida a todos los asistentes, encuadró el acto en el contexto del 50 aniversario de **medicusmundi**, cuestionó los efectos de las restricciones presupuestarias para cooperación y subrayó también la importancia del proyecto multipaís que la organización está desarrollando para toda

América Latina. “Esta acción supone una experiencia innovadora, otro modelo de hacer cooperación eficaz y eficiente, incidiendo en la política pública local desde la participación social y con un enfoque de derechos. En estos momentos recogemos los frutos de una experiencia de más de 10 años en Guatemala, Perú y Bolivia en torno a un Modelo de Salud Integral e Incluyente, que hace realidad la renovación de la Atención Primaria en Salud que emanó de Alma Ata. Se ha convertido en un proyecto referencial” explicó antes de apostar por reconocer el trabajo de toda la cooperación por “un mundo más justo”.

Íñigo Alli, consejero de Políticas Sociales del **Gobierno de Navarra**, por su parte, felicitó a Medicus Mundi por su trayectoria y también por el proyecto multipaís que está impulsando en Latinoamérica que calificó como “ejemplo de la redefinición e impacto de la cooperación en el que el Norte aprende del Sur”, al tiempo que reafirmaba el compromiso del Gobierno de Navarra por la cooperación descentralizada, uno de los pilares de la cooperación española.”

Gonzalo Robles, secretario de general de **Cooperación Internacional** para el Desarrollo, compartió esta referencia al peso identitario de la cooperación descentralizada y abundó en los elogios a **medicusmundi** en particular y a la cooperación española en general, un cooperación realizada en gran parte a través de organizaciones de la sociedad civil, antes de expresar su punto de vista sobre la situación actual y el escenario futuro. Confío en que con el cambio de ciclo económico se recupere el nivel de los fondos de cooperación y señaló que la prioridad actual de su gobierno es “mantener los elementos esenciales de la cooperación, es decir, los raíles claves para que alguna vez vuelvan a circular los trenes”. En este sentido adelantó que España está trabajando en distintos foros internacionales por esbozar las líneas claves de la agenda post ODM 2015 convirtiendo unos momentos de crisis dura que exige “sacrificios”, en un espacio para oportunidades de reflexión y cambios para cumplir mejor los objetivos.

Las mesas: tres líneas claves por el derecho a la salud pública

Moderados por **Marieta Iradier Sanchiz**, coordinadora general de la Fundación Española para la Cooperación Internacional, Salud y Política Social del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, **Juan Gervas**, médico general, profesor de Salud Pública en la Universidad Autónoma de Madrid y de Salud Internacional en la Escuela Nacional de Sanidad, y **Juan Carlos Verdugo**, médico especialista en salud pública, director del Instituto de Salud Incluyente de Guatemala, debatieron sobre la **atención primaria de salud como pilar de los sistemas nacionales de salud**.

En la segunda mesa, guiados por **Carlos Mediano**, médico, responsable de estudios y campañas de **medicusmundi**, **Javier Román** (economista especialista en salud y cooperación en Bolivia), director nacional de **medicusmundi** en Bolivia y **Pilar Navarro Pérez** (Escuela Andaluza de Salud Pública) debatieron sobre la **importancia del personal sanitario cualificado**.

Finalmente, moderados por **Sergio Galán Cuenda**, Jefe de Área de Salud de la AECID, la tercera mesa contó con la presencia de **Fernando Carbone**, ex ministro de Salud de Perú, médico peruano especialista en salud pública, representante de **medicusmundi** Navarra en Perú y **José Manuel Freire**, Jefe del Departamento de Salud Internacional -Escuela Nacional de Sanidad- Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Ciencia e Innovación), que disertaron sobre si la **cobertura universal es una manera de asegurar el derecho a la salud para todas las personas**.

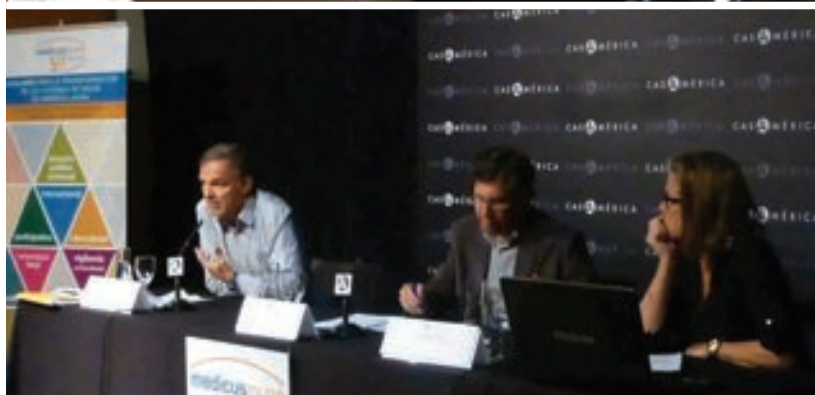
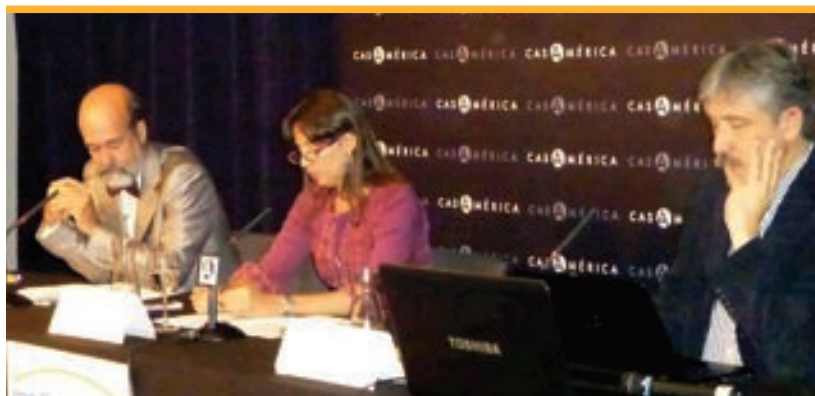
ACTO EN MADRID

Tres mesas, tres temas de actualidad



La jornada contó con tres mesas técnicas que debatieron sobre temas cruciales:

- 1.- “La Atención Primaria de Salud como pilar de los sistemas nacionales”
- 2.- “El personal sanitario para todos y todo para el personal sanitario”.
- 3.- “La salud en el post 2015. Cobertura universal: ¿Una manera de asegurar el derecho a la salud para todas las personas?”.



Imágenes de medio siglo de cooperación en salud

Las imágenes valen por mil palabras. Mejor dicho, por mil proyectos que es el número de las intervenciones que las distintas asociaciones de **medicushmani** en 60 países de África, Latinoamérica y Asia desde su origen en 1963. Las 15 asociaciones de la Federación han realizado para este aniversario una selección en sus archivos fotográficos. Aquí se reproduce una pequeña muestra de las fotográficas más simbólicas o representativas.

Niño en Honduras.



Trabajo con la infancia



Vertedero en Nicaragua.



Salvador Cortadellas, un pionero.



Mujer y Guatemala

Guinea Bissau. Salud comunitaria.



Mujer y exclusión en Uganda.



Mujeres en Ruanda.



Un hospital



Miguel Ángel Argal. Fundador de MMN.



Inauguración del Hospital de Nemba (Ruanda).

Plantilla del Hospital de Nemba en los inicios.

Refugiados tras el genocidio de Ruanda.



Pueblos andinos.

El futuro de Perú está en la infancia

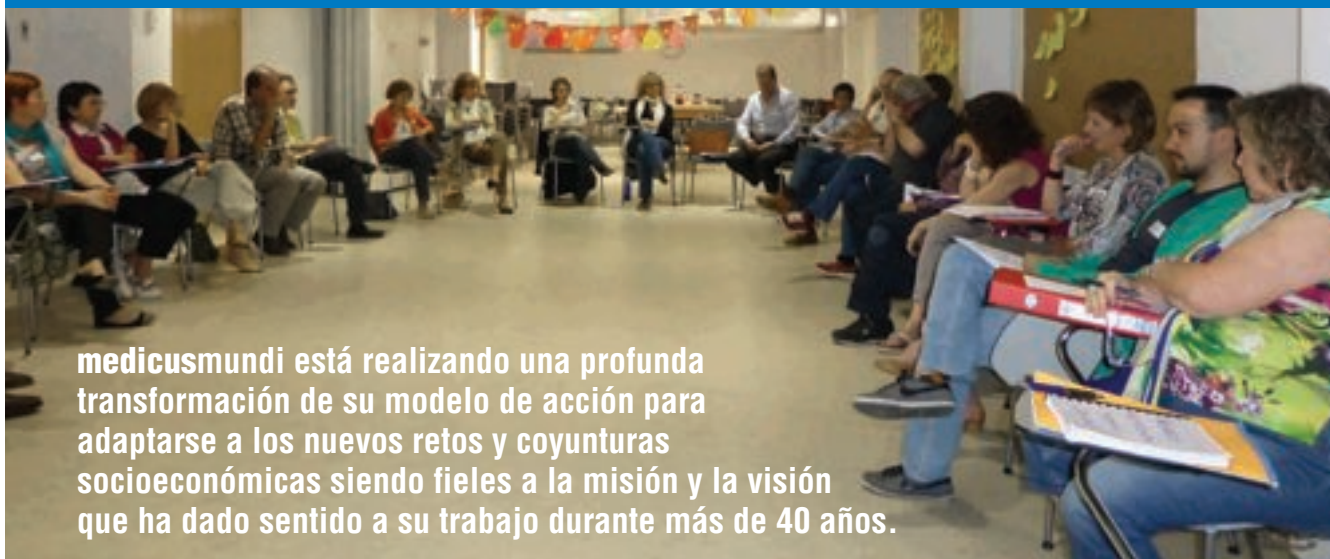


tal para la esperanza.

Por una RD de Congo con gente sana.

Esperando en el Centro de Salud. Ruanda.

Construyendo el futuro: hacia un nuevo medicusmundi



medicusmundi está realizando una profunda transformación de su modelo de acción para adaptarse a los nuevos retos y coyunturas socioeconómicas siendo fieles a la misión y la visión que ha dado sentido a su trabajo durante más de 40 años.

medicusmundi afronta los nuevos tiempos con nuevas ideas, maneras de organizarse e ilusiones renovadas pese a las dificultades del contexto económico y social y de la cooperación que han exigido grandes esfuerzos humanos de trabajo y ajustes estructurales. Para principios de este año 2014 estará concluido un intenso y participativo proceso de reflexión que ha tenido distintas fases y efectos. Los cambios afectan tanto a las líneas de trabajo en el Norte como en el Sur además de a la propia manera de organizarse internamente. Se apuesta a futuro por un modelo con mayor peso del voluntariado y del trabajo en equipo. Fruto de los recortes en la financiación también se ha tenido que acometer una nueva reestructuración tratando de mantener en cualquier caso la base del actual cuadro de profesionales con un notable esfuerzo por parte de todos y todas ya que desde cuando comenzó en 2012 todo este proceso hasta enero de 2014 en el que acaba, la masa salarial se ha reducido casi a la mitad. La prioridad en todo caso ha sido seguir cumpliendo el compromiso de **medicusmundi** con el derecho a la salud en todas la partes del mundo. Ahora más que nunca ésta es nuestra razón de ser

CRONOLOGÍA DE UN PROCESO DE LARGO RECORRIDO

1. Otoño de 2012: el primer ajuste

Los fuertes recortes en financiación de cooperación (bajaron en un año casi un 48%) llevaron a **medicusmundi** a realizar un prime ajuste con tres consecuencias: el número de proyectos pasó de 22 a 11; la población a la que se llegaba descendió en un 54%; y los gastos en estructura de plantilla se redujeron un 38% con salidas pactadas y disminuciones de jornadas y remuneraciones. Ante este panorama, se realizó, en el contexto del 40 aniversario, un llamamiento a la sociedad civil a sus instituciones para que mantuvieran su compromiso con la cooperación también en tiempos de crisis. Fue un final de año difícil.

2. Primavera de 2013: se reactiva el debate interno

El contexto presupuestario, los cambios en el mundo de la cooperación y la necesidad de redefinir (aunque manteniendo como válidas sus líneas básicas) el propio plan estratégico 2011-2016 ante este nuevo escenario ya estructural llevan a la organización a impulsar junto a sus base social (junta, voluntariado...) un amplio debate por grupos sobre lo que es y qué podría ser **medicusmundi** a futuro. Un total de 67 personas tomaron parte en estos debates que fueron coordinados por un equipo dinamizador mixto (junta + oficina) y contaron con asesoramiento externo. Fruto de sus conclusiones y priorizaciones surgió un primer documento base.

3. Junio de 2013: Encuentro "Mundinuevi"

A finales de junio tuvo lugar en Burlada el encuentro "Mundinuevi", última etapa de la fase consultiva del proceso de reflexión iniciado en abril con el objetivo de definir el espacio y papel futuro de la asociación para adaptarse a los grandes cambios económicos y sociales del entorno. Participaron un total de 26 personas. Tras ese encuentro, la junta directiva estuvo trabajando en la priorización de las futuras actividades que se pretendían desarrollar a partir de 2014 y en la definición del nuevo modelo de gestión. En ese momento ya se vislumbraron los grandes trazos de los tres cambios* más significativos por los que debería ir la organización a futuro.



ver cuadro en la pagina 33

4. Otoño de 2013: definición y aprobación del nuevo modelo de acción.

La tercera y última etapa consistió en determinar los equipos de personas contratadas y voluntarias (tanto en países del Sur como en España) que se necesitaban para poder llevar a cabo los objetivos y actividades priorizadas. Y todo ello en base al nuevo modelo de gestión que se proponía en ese documento y al marco financiero estimado. Se trataba de pensar cómo llevar a cabo esos objetivos con los medios disponibles. La Asamblea Extraordinaria de noviembre ratificó esta apuesta.

5. Principios de 2014: la puesta en marcha del nuevo medicusmundi.

El documento final de este proceso se va a convertir en la nueva hoja de ruta de medicusmundi navarra, adaptando al contexto actual el plan estratégico aprobado en 2011. Para que pueda ser efectivo precisaba de un plan operativo que concretara el plan de cambio, actividades, fechas para su desarrollo, personas responsables e implicadas, nuevo organigrama, presupuesto... En ello se está trabajando. El nuevo medicus mundi ya está en marcha.



* Los principales cambios del nuevo medicusmundi

Los cambios más significativos (se mantiene la misión, visión y valores aprobados en el plan estratégico en 2011) se podrían resumir en los siguientes:

1. Sur: Continuar apoyando acciones de cooperación pero focalizando nuestros esfuerzos en el fortalecimiento de políticas y servicios públicos de salud en torno a la Atención Primaria de Salud y promoviendo modelos de salud integrales e incluyentes, fortaleciendo en todos los casos a las autoridades públicas y a la sociedad civil, todo ello en determinados países de África y Latinoamérica. **medicusmundi** continúa teniendo en el trabajo en el Sur su centro de gravedad ya que a las intervenciones de el Sur se destinará en torno al 75% de los recursos que se logren gestionar para cuyo incremento se confía también en activar las donaciones y apoyos del ámbito privado tanto del tejido empresarial como de nuevos donantes y personas socias.

2. Norte: Reforzar significativamente la línea de trabajo de generar cambios estructurales en nuestra sociedad, lo cual supone: promover el conocimiento y la reflexión sobre cuestiones relacionadas con el desarrollo humano, la salud y los resultados que conseguimos; trasladar propuestas concretas de cambio a las personas e instituciones que tienen capacidad de tomar decisiones; facilitar y fomentar la implicación de la sociedad en la asociación reforzando nuestra base social. Todo ello para conseguir una sociedad consciente de la necesidad del cambio y de su implicación para la transformación social.

3. Organización: Cambiar el actual modelo de planificación y gestión de forma que se asegure una planificación conjunta y un mayor grado de coordinación entre todas las actividades y personas que trabajen en la asociación, tanto de forma contratada como voluntaria. Se busca un trabajo en base a "procesos" en lugar de tareas repartidas por áreas más estancas. El peso del voluntariado cobra una especial relevancia en el nuevo esquema aunque se mantiene una plantilla profesional que mejora su coordinación interna y con la base social. Los recortes en financiación han llevado también a un ajuste salarial muy importante para mantener en la mayor medida de posible los equipos profesionales. Es de destacar que en el periodo diciembre del 2012 - enero 2014 el coste de la masa salarial con cargo a la organización descenderá finalmente un 48%.

Autorización nº 8.054
B.O.C. nº 106 de 13-11-87



medicusmundi
navarra
Apdo. Nº 35 F.D.
31080 PAMPLONA

NO NECESITA
SELLO
A FRANQUEAR
EN DESTINO

PARA ENVIAR DOBLE POR EL CENTRO Y PEGUE LOS EXTREMOS

Tú, tus familiares y amistades podéis unirlos a **medicusmundi navarra**

☐ Deseo recibir gratuitamente información y publicaciones de **medicusmundi navarra**.

Quiero ser socio/a de **medicusmundi navarra**

Con una cuota:

☐ ANUAL ☐ SEMESTRAL ☐ TRIMESTRAL ☐ MENSUAL

De: _____ € ☐ 12 € ☐ 30 € ☐ 60 € ☐ 90 € ☐ 120 € ☐ 180 € ☐ _____ €

Prefiero colaborar una sola vez con _____ €

Datos personales Necesarios para enviarte el recibo de la aportación

NOMBRE _____

APELLIDOS _____

NIF _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

PROFESIÓN _____

TEL. _____ CORREO ELECTR. _____

CALIF. _____

NOMBRE _____ PSE. _____ CODIGO POSTAL _____

MUNICIPIO _____

Forma de pago

☐ Domiciliación bancaria

TITULAR CUENTA _____

☐ Cargo a mi tarjeta

☐ VISA ☐ OTRA _____

TARJETA Nº _____

CÓDIGO _____

☐ Transferencia bancaria a:

Triodos Bank	1491 0001 20 2068660023
Caja Laboral	3035 6087 03 0870018857
La Caixa	2100 9161 45 2200041472
Caja Rural	3008 0145 29 07030668927

Firma del titular de la cuenta, libreta o tarjeta _____

FECHA _____

Las personas físicas de **medicusmundi** tienen derecho a participar en las actividades promovidas por la Asociación, a ejercer su derecho de voto y voto en las Asambleas generales y a colaborar en los Organos de Gobierno.

Los contribuyentes económicos tienen un 25% de desgravación fiscal **medicusmundi** le otorgará un certificado acreditativo.

Los datos personales que constan en este documento se incorporan a un fichero responsable de **medicusmundi navarra**, cuya finalidad es la gestión interna y control de miembros de la organización. La información de que se firma de esta autorización es obligatoria para la adquisición de la condición de socio de **medicusmundi navarra**. Puede ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición en su caso mediante el fin de datos personales en los términos y plazos previstos en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, mediante carta dirigida al responsable del fichero **medicusmundi navarra** con domicilio social en C/ Pando del As Herbas, 4 - P. 31000 Barakaldo (Bizkaia).

50 AÑOS DE COOPERACIÓN EN SALUD

ÚNETE / BAT EGIN

Necesitamos personas como

Para seguir haciendo historia

TÚ!

ACTÚA!

El futuro de millones de personas como tú está en juego por los recortes
Por el derecho a la salud para todas las personas en todos los lugares

CONTAMOS CONTIGO

¡Asóciate!
Donaciones
Legados solidarios
Voluntariado



medicusmundi, una opción de confianza y seriedad: conoce nuestro trabajo y síguenos en nuestra web
www.medicusmundi.es/navarra



GRACIAS POR TU APOYO, ESKERRIK ASKO