



**EDITORIAL:**

**MEDICUSMUNDI CATALUNYA  
CON EL PUEBLO SAHARAUI**

**PROYECTOS:**

**APOSTANDO POR LA  
PREVENCIÓN EN ECUADOR**

**ENTREVISTA:**

**KEISHAMAZA RUKIKAIRE, PERIODISTA DE IRIN**

**A FONDO:**

**DISPONER DE PERSONAL SANITARIO  
DEBIDAMENTE FORMADO, EL  
GRAN RETO DE LOS SISTEMAS  
SANITARIOS DE TODO EL MUNDO**

**SENSIBILIZACIÓN Y EDUCACIÓN PARA EL DESARROLLO:**

**ÚLTIMAS ACTIVIDADES DE LA CAMPAÑA  
"SALUD PARA EL DESARROLLO"**

EDITORIAL . . . . . 3  
**medicmundi Catalunya**  
 con el pueblo saharauí

PROYECTOS . . . . . 4  
 Apostando por la prevención  
 en Ecuador

ENTREVISTA . . . . . 6  
 Keishamaza Rukikaire

A FONDO . . . . . 8  
 Disponer de personal sanitario  
 debidamente formado, el gran reto de  
 los sistemas sanitarios de todo el mundo

SENSIBILIZACIÓN Y EPD . . . . . 10  
 Últimas actividades de la campaña  
 "Salud para el desarrollo"

NÚMERO 131  
 DICIEMBRE 2010 - ENERO 2011  
 REVISTA CUATRIMESTRAL  
 CASTELLANO

CRÉDITOS

COORDINACIÓN, REDACCIÓN Y CORRECCIÓN  
 Margarida Garcia Ruiz

COLABORACIONES  
 Cruz Rejas  
 Maria Elena Garcia de la campaña  
 "Salud para el Desarrollo"  
 Médicos del Mundo  
 Prosalus

FOTOGRAFÍAS  
 Flaviano de Pablo  
 Archivo de **medicmundi Catalunya**  
 Archivo "Salud para el Desarrollo"

DISEÑO  
 LUZZATTI

IMPRESIÓN  
 Gráficas San Sadurní

DEPÓSITO LEGAL  
 B-20068-2009



Elisa, 14  
 08023 Barcelona  
 Tel. 934 184 762  
 Fax 934 184 866

La Palma, 6 -10  
 25002 Lleida  
 Tel. 973 700 668

LLEIDA ACOGE LA ASAMBLEA GENERAL DE FAMME

El pasado sábado 13 de noviembre se celebró en el Colegio Oficial de Médicos de Lleida la tercera y última asamblea general del año de la Federación de Asociaciones de Medicus Mundi España (FAMME), de la cual **medicmundi Catalunya** forma parte.

En la inauguración contamos con la presencia del Dr. Jaume Miró, miembro fundador de **medicmundi** en la ciudad ilerdense en 1974, quien repasó los inicios de nuestra Federación y de la cooperación catalana y española, de la que somos pioneros.

A lo largo de la jornada se presentaron los resultados de un diagnóstico de organización interna, se abordaron temas presupuestarios y de organización y se eligió al nuevo Presidente de FAMME para los próximos 4 años, Enrique Revilla de **medicmundi** Madrid, en sustitución de Raúl Aguado de **medicmundi** Extremadura, que ostentaba el cargo desde 2005.

NUESTRAS EXPOSICIONES SIGUEN SU RECORRIDO POR CATALUÑA

Nuestras exposiciones fotográficas siguen visitando diferentes localidades y espacios de Cataluña para acercar la situación sanitaria de los países empobrecidos y sus retos y problemáticas a la ciudadanía catalana.

La exposición "**Las enfermedades de la pobreza**" ha podido verse los últimos meses de 2010 en la Universidad de Barcelona, concretamente en la facultad de Enfermería del Campus de Bellvitge, en el Centro de Atención Primaria (CAP) de Olot y en el CAP Gavà-1 de Gavà, donde ha estado hasta el 10 de enero.

La exposición "**Los objetivos del milenio**", diseñada junto con Farmacéuticos Mundi, ha estado expuesta desde el verano pasado en los CAP de Alcarràs, Mollerussa y Rambla Ferran de Lleida, en la Universidad de Lleida – edificio Polivalente y facultad de Ciencias de la Salud –, en el Ateneu de Cerdanyola del Vallès y, por último, en la Universidad de Barcelona, en las facultades de Farmacia y de Biblioteconomía y Documentación.

Si estás interesado en acoger alguna de nuestras exposiciones en tu escuela, centro cívico, CAP, facultad, etc. contacta con nosotros y te informaremos de las diferentes posibilidades.

COLABORA CON MEDICUMUNDI CATALUNYA A TRAVÉS DE LOS PUNTOS ESTRELLA DE LA CAIXA

A través del programa de **puntos estrella de la Caixa** puedes colaborar con los proyectos de **medicmundi Catalunya**. Consulta el apartado de solidaridad y ONG del catálogo en [www.lacaixa.es](http://www.lacaixa.es).

# MEDICUSMUNDI CATALUNYA CON EL PUEBLO SAHARAUI

**medicumsmundi Catalunya se suma a las condenas al ataque al campamento de la Dignidad por parte de Marruecos y pide la celebración de un referéndum de autodeterminación del pueblo saharauí.**

medicumsmundi Catalunya trabaja en los campamentos de refugiados de Tinduf, en Argelia, desde principios de la década de los 90, cuando se empezó a gestar el laboratorio de producción de medicamentos esenciales Mohamed Embarek Fakal-la, que el pasado mes de noviembre ha celebrado 11 años de producción ininterrumpida de medicamentos. Son muchos, pues, los años de trabajo y lucha junto al pueblo saharauí y el Ministerio de Salud de la República Árabe Saharaui Democrática, la RASD.

Después de los tristes acontecimientos del pasado mes de noviembre en la zona ocupada del Sahara Occidental, iniciados con el ataque y desmantelamiento violento del campamento de la Dignidad de Al-Aiún por parte de Marruecos, queremos condenar estos hechos, por ser, una vez más, una vulneración de los derechos humanos en el Sahara Occidental. Como dice la declaración del Consejo Catalán de Fomento de la Paz "no sólo por la pérdida de vidas humanas, que lamentamos profundamente, sino por tratarse de una respuesta fuera de lugar a una protesta por la situación social y económica que vive la población saharauí".

Así mismo, reclamamos el cumplimiento de la resolución 1033 del Consejo de Seguridad de la ONU para la celebración de un referéndum de autodeterminación del pueblo saharauí que ponga fin a una situación de injusticia que dura ya más de 35 años. Como miembros de la Federación Catalana de ONG de Desarrollo (FCONGD) subscribimos plenamente el Comunicado que la FCONGD ha firmado con las 16 coordinadoras autonómicas de ONG del Estado español, en el cual se denuncia la falta de posicionamiento del Estado español respecto a este conflicto y se exige al gobierno marroquí el cese de la represión y la celebración de un referéndum libre, limpio e imparcial para el ejercicio de la libre determinación del pueblo del Sahara Occidental.

Este conflicto nos toca de cerca, por la proximidad geográfica y por la implicación histórica, sin olvidar las relaciones de amistad y solidaridad que unen a gran parte de la ciudadanía catalana y española con la población saharauí desde hace años. Pedimos a nuestros gobernantes que no miren una vez más hacia otro lado y adopten una posición clara a favor de la resolución definitiva y justa del conflicto.

## **medicumsmundi Catalunya**

Puedes consultar la Declaración del Consejo Catalán de Fomento de la Paz y el Comunicado de la FCONGD y la CONGDE en nuestra web [www.medicumsmundi.es/catalunya](http://www.medicumsmundi.es/catalunya) y en [www.fcongde.org](http://www.fcongde.org)

## APOSTANDO POR LA PREVENCIÓN EN ECUADOR

En nuestra revista número 129 dedicábamos esta sección a presentar una nueva línea de trabajo basada en la prevención de riesgos de desastres naturales, que habíamos iniciado en marzo de 2010 en la provincia de Bolívar, en Ecuador, con el proyecto que lleva por título **“Mejorar el estado de salud de la población, disminuyendo su vulnerabilidad frente a riesgos de desastres en la provincia de Bolívar, Ecuador”** y con la financiación de la AECID, la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

Actualmente, no disponemos de medios para frenar o interrumpir un desastre natural, pero sí que tenemos todos los instrumentos y herramientas para prepararnos ante ellos y minimizar sus efectos en las infraestructuras, en la economía o en la salud de las personas. Este es el objetivo principal del proyecto, mejorar la preparación de los servicios sanitarios de la provincia de Bolívar para enfrentar situaciones de emergencia o desastre en las mejores condiciones posibles. Y para ello se pretende fortalecer la red primaria de salud de Bolívar en preparación, prevención, planificación y respuesta frente a riesgos de desastre y mejorar la comunicación y el acceso al sistema de salud para reducir la vulnerabilidad de las comunidades frente a una posible situación de desastre, como puede ser un terremoto o fuertes lluvias y deslizamientos de

tierras, muy habituales en la zona. Ambos objetivos están conectados entre sí para poder alcanzar una mejor preparación y capacidad de respuesta de la red de salud ante estas situaciones y fortalecer su coordinación con la población.

### POBLACIÓN BENEFICIARIA

La población que está siendo beneficiaria directa de las actividades del proyecto es el personal de salud de la Dirección Provincial de Salud de Bolívar que trabaja en los 5 centros en donde se está interviniendo (cantón Chimbo, cantón Las Naves, parroquia Simiätug, parroquia Facundo Vela y la comunidad de Matapalo de Cerritos) y también el personal de otras instituciones que están involucradas en la preparación ante desastres del sector salud en la provincia, como son el Hospital Provincial, los bomberos, la Cruz Roja ecuatoriana y la Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos.

Evidentemente, también se está viendo beneficiada la población de las zonas donde se está trabajando, que participa en actividades específicas de preparación comunitaria ante los desastres, y que verá reforzadas las capacidades de su sistema sanitario, lo que se debe traducir en menos daños en caso de producirse un desastre natural.

### ACTIVIDADES REALIZADAS

Desde que se iniciara el proyecto el pasado mes de marzo se han realizado varias actividades con éxito, contribuyendo al desarrollo de la estrategia de “Hospitales Seguros” que la Organización Panamericana de la Salud inició en 2009 y que se enmarca en una iniciativa global planteada en la segunda Conferencia Mundial de Reducción de Desastres y en el Plan de Acción de Hyogo (Japón 2005-2015).

Como parte de la aplicación de esta estrategia, se ha realizado la evaluación de la seguridad de los 5 centros de salud con equipos multidisciplinares formados por **medicumundi** Catalunya. Con los resultados de la evaluación se realizó un plan de intervención en uno de los centros, el de Simiätug, con el objetivo de mejorar su seguridad y la preparación ante situaciones de emergencia y desastres. Concretamente, en este centro se ha construido una caseta de desechos hospitalarios para el manejo de estos residuos, se ha reparado la red de saneamiento, mejorado el drenaje pluvial y aportado elementos de anclaje para ventanas y puertas y se ha dotado con nuevo equipamiento de salud y dispositivos contra incendios (detectores de humo y extintores).

En todos los centros de salud se ha instalado una red de radiocomunicación y establecido un protocolo de uso y



mantenimiento de esta, ya que conseguir que las telecomunicaciones sigan funcionando en caso de desastre es primordial para poder ofrecer una buena atención a la población.

Como parte del programa de formación del personal de salud, se han realizado talleres de identificación de problemas y objetivos del sistema de salud en preparación ante desastres, de vigilancia epidemiológica y de logística de suministros humanitarios.

Para el fortalecimiento de la organización y la planificación del personal de salud, se han conformado en los 5 centros sanitarios Comités de Operación de Emergencia en Salud (COE-S) que serán los encargados de planificar, coordinar y gestionar las actividades de preparación y de respuesta ante situaciones de posible desastre. Con los COE-S y otras instituciones implicadas en la gestión de riesgos en las zonas de intervención, se ha iniciado la realización de auto-diagnósticos de riesgo y elaboración de mapas de riesgos y recursos comunitarios.

### PRÓXIMAS ACTIVIDADES

En los próximos meses están previstas diversas actividades: los centros de salud de Simiátug y Chimbo se dotarán de un sistema alternativo de agua y electricidad, en la línea de fortalecer las infraestructuras. En cuanto a la formación de personal de salud, esta se completará con un taller de formación práctica para los equipos de intervención

rápida y pronta respuesta. Los COE-S se equiparán con mochilas de evaluación de daños y necesidades y botiquines básicos para situaciones de emergencias y desastres. Como siguiente paso a la elaboración de los mapas de riesgos que comentábamos, se elaborarán planes de emergencia y contingencia para los 5 centros de salud. Y por último, se coordinarán distintas actividades con el personal de salud y la población de las comunidades, para sensibilizar sobre la necesidad de prepararse ante la ocurrencia de un desastre, así como de la importancia de mejorar la coordinación entre la comunidad y los servicios de salud.

### PROBLEMÁTICAS ENCONTRADAS

La elección de empezar esta línea en Ecuador se debe, en parte, a que el gobierno de este país ha asumido el compromiso de implementar en su red sanitaria la política de “Hospitales Seguros” y de trabajar para la minimización de los riesgos. Aún así, nos encontramos con una falta de cultura de preparación ante posibles desastres, con las dificultades que esto conlleva.

Otro problema detectado es la poca coordinación interinstitucional en la gestión de riesgos, tanto a nivel local como provincial, por lo que está siendo necesario incidir en la necesidad de mejorar esta coordinación y planificación.

Finalmente, la débil participación de la comunidad en actividades de preparación ante desastres con el sector salud

también es un obstáculo, por lo que se trabaja en planes de Información, Educación y Comunicación (IEC) con las comunidades, que deben ser, en última instancia las beneficiadas de este proyecto y estas estrategias de prevención.

### LOGROS Y RETOS ALCANZADOS

A pesar de las problemáticas el balance a fecha de hoy es positivo y podemos hablar de una mejora en la organización del sector salud a nivel local, al menos en los aspectos relativos a la gestión de riesgos. También se ha conseguido ampliar los conocimientos del personal de salud de la provincia en preparación ante desastres, así como dar un impulso a la coordinación interinstitucional, tanto entre las instituciones relacionadas con el sector salud como con las implicadas en la gestión de riesgos a nivel provincial.

Nos quedemos pues con estos avances logrados a base del trabajo y el esfuerzo del equipo de **medicmundi** en Ecuador, pero también del personal de salud de Bolívar y del Ministerio de Salud del país, que apuesta firmemente por la prevención y el fortalecimiento de su sistema sanitario. Esperamos poder seguir contribuyendo a ello durante los próximos meses del proyecto, que finalizará el próximo mes de marzo, y en futuros proyectos de cooperación al desarrollo.

**Cruz Rojas** Coordinadora del proyecto de **medicmundi** Catalunya en Bolívar, Ecuador  
**Margarida Garcia** Responsable de comunicación de **medicmundi** Catalunya



# LA IMPORTANCIA DE UNA SOCIEDAD INFORMADA QUE PUEDA JUGAR UN PAPEL CLAVE EN LA INCIDENCIA Y EL CAMBIO HACIA UN MUNDO MÁS JUSTO

Keishamaza Rukikaire es periodista de la agencia de información IRIN de Naciones Unidas (Integrated Regional Information Network of United Nations), que ha producido el documental "Malaria: asesino número uno". Este documental junto con otros 5 se proyectó en la Muestra de filmes y documentales "Salud para el desarrollo" que organizamos el mes de octubre.

**Trabajas para IRIN Kenia ¿Cuál es el papel de esta agencia de Naciones Unidas?**

IRIN es una cadena de noticias de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de Naciones Unidas (OCHA) con sedes repartidas por diferentes ciudades: Nairobi, Dakar, Dubai, Johannesburgo, Bangkok...por ahora no tiene oficina en Europa. El objetivo es informar acerca de la población desplazada por conflictos, por desastres naturales, que afronta situaciones graves de salud, que vive en pobreza extrema, etc. Es decir, visualizar a la población que vive en condiciones humanitarias graves.

**¿Y por qué este tipo de documentales? Por ejemplo, ¿cuál era el objetivo concreto del documental "Malaria: asesino número uno"?**

El objetivo siempre es sensibilizar e incidir para lograr mejoras. Por ejemplo, "Malaria: asesino número uno" se hizo en el año 2006, cuando no se ponía demasiada atención en el problema de la malaria y no se dedicaba demasiado dinero, aunque mataba a más gente en África que el VIH/SIDA.

**¿A quién se dirigen estos documentales, a personal sanitario, a políticos o a la sociedad civil?**

Todos estos actores que nombras pueden beneficiarse de este tipo de documentales. El personal sanitario puede beneficiarse en la medida que les pue-

den ayudar a entender cómo hacer mejor su trabajo en las comunidades más vulnerables; los políticos porque son los que elaboran las políticas y pueden cambiar activamente la manera como se debe afrontar una enfermedad en concreto o una situación de conflicto; y la sociedad civil porque tiene un gran papel en la incidencia y en el cambio de dirección de estas políticas.

**¿Cuál es el impacto real o las consecuencias de este documental sobre la malaria?**

Es difícil de decir el impacto real y hasta qué punto IRIN es responsable del cambio, pero lo cierto es que en el año 2006 la financiación por malaria era inferior a un billón de dólares por año y actualmente está alrededor de los 1.7-1.8 billones de dólares anuales.

Por otra parte, en Etiopía, donde se rodó el documental, en 2006 había una gran carencia del medicamento Coartem, y en cambio ahora es el tratamiento de primera línea contra la malaria. También ha habido un esfuerzo por parte del gobierno etíope para fortalecer la infraestructura del sistema sanitario y ofrecer los servicios sanitarios a nivel de los gobiernos locales, de las comunidades, de manera que haya un trabajador de la salud que pueda prescribir los medicamentos para la malaria, por ejemplo.

Pero es difícil de medir qué impacto es consecuencia del trabajo de IRIN o de-

bido también a la incidencia política que hacen entidades como las vuestras.

**¿IRIN sólo produce vídeos o hace otros materiales o campañas?**

IRIN tiene diferentes campos de acción, el principal es el periodismo digital, hacemos fotos, noticias, análisis sobre los temas humanitarios, especialmente en África y en Asia. Todo eso con el objetivo de aumentar la conciencia sobre la población que vive donde hay alguna problemática humanitaria. También tenemos un proyecto de radio, que de momento es muy pequeño, que ha funcionado en Afganistán, en Burundi y desde hace poco en Somalia. Básicamente hacemos audiovisuales, radio y sobre todo servicios multimedia.

**¿Y el gobierno de Afganistán está de acuerdo con este tipo de herramientas y con los mensajes?**

Sí, sí, cuando trabajábamos en Afganistán, ahora mismo no tenemos proyectos allí, trabajábamos con el gobierno. El mensaje no era político. De todas maneras, cuando como periodistas trabajamos dentro de los países tenemos la difícil tarea de equilibrar los mensajes del gobierno con las noticias que queremos dar.

**Recientemente has estado trabajando en un nuevo documental sobre los adolescentes que viven con el VIH/SIDA. ¿Cuál es el impacto de éste en la comunidad?**

Debido al gran desconocimiento que hay sobre esta enfermedad, la idea del documental es hablar de los niños y niñas que nacieron con el virus del SIDA y que ahora ya son adultos, dar a conocer su realidad como personas adultas, ya que tienen una vida como el resto: estudian, se casan, tienen hijos... pero se tienen que medicar cada día y debido a sus circunstancias precisan de un seguimiento constante.

Por ejemplo, cuando hablas con los adolescentes seropositivos en Uganda ves que creen que sólo pueden tener relaciones con VIH positivos, y no es el caso. Evidentemente, estos jóvenes se pueden casar con personas VIH negativas, siempre que sean abiertos, hones-



tos, tengan cuidado y tomen las debidas medidas de protección. El objetivo de este documental es que haya más conciencia sobre las circunstancias de este grupo de personas y que tanto las ONGD, como las asociaciones de personas VIH positivas desarrollen programas específicos y hagan trabajos específicos para este colectivo.

**¿Cuál debería ser el papel de las ONGD para mejorar la salud en los países en desarrollo?**

Las ONGD hacen realmente mucho en términos de salud, al fortalecer los servicios básicos de salud, por ejemplo, porque hay muchos gobiernos de África que no son capaces de llegar a todas las áreas.

Actualmente, uno de los retos de que se habla más en el ámbito global es ser más eficientes con el dinero, que la ayuda vaya realmente donde es ne-

cesario. Este año en Viena hubo una sesión donde Bill Clinton hacía una reflexión sobre la cantidad de dinero que se gasta en congresos y encuentros internacionales de expertos, incluso en aquel mismo encuentro, y como este dinero se podría invertir en equipamientos o en personal de hospitales. La idea es aprovechar hasta el último céntimo de dólar, de manera que llegue allí donde verdaderamente se necesita. Lo que es importante es la eficiencia.

**¿Y el rol de la sociedad civil europea? ¿Qué les dirías a nuestros lectores?**

La sociedad civil tiene que continuar trabajando, dando a conocer las diferentes realidades y dando voz a las personas que no pueden hacerse oír por sí mismas. Vivimos en un mundo globalizado y mi problema es tu problema. Las movilizaciones de la sociedad civil son importantes para conseguir cambios.

**¿Movilizaciones como la del año 2001 en Sudáfrica, cuándo la sociedad civil se movilizó contra las farmacéuticas por el elevado precio de los medicamentos antirretrovirales contra el VIH/SIDA?**

Exacto. Sudáfrica se sabe movilizar muy bien, y en aquella ocasión demostraron que las políticas pueden cambiar si hay una opinión social en contra. De manera que los precios de los antirretrovirales cayeron en picado y ahora tenemos tratamientos para el SIDA por paciente y año a unos 200 dólares cuando entonces el precio rondaba los 10.000 dólares por paciente y año. Este ejemplo nos tiene que servir, el cambio es posible si luchamos y trabajamos para conseguirlo.

**Maria Elena Garcia**  
**Salud para el Desarrollo**  
[www.saludxdesarrollo.org](http://www.saludxdesarrollo.org)

# DISPONER DE PERSONAL SANITARIO DEBIDAMENTE FORMADO, EL GRAN RETO DE LOS SISTEMAS SANITARIOS DE TODO EL MUNDO

medicmundi, Prosalus y Médicos del Mundo presentan una nueva edición del informe “La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria 2010”, que cada año analiza la cooperación al desarrollo y la ayuda humanitaria realizada en España y aborda también un tema relevante de la cooperación. Si el año pasado ofrecía una comparativa entre los recursos destinados a combatir la gripe A versus a los destinados a enfermedades como la malaria, este año analiza en profundidad la problemática de los recursos humanos sanitarios en todo el mundo.

Y es que disponer de trabajadores de salud bien capacitados y en número suficiente es uno de los retos que más preocupan actualmente a la comunidad internacional en relación a los servicios sanitarios. Este problema no solamente concierne internamente a los países más empobrecidos sino que es un problema global que relaciona, a través de la migración de personal, a todos los países.

El personal sanitario es todo aquel que trabaja en el sistema sanitario, sin cuya labor las tareas asistenciales o preventivas no serían posibles. No hablamos únicamente de personal médico, sino también de personal de gestión y administración, farmacéuticos, técnicos de laboratorio, etc., a los que hay que incluir los promotores comunitarios de salud e incluso, en algunos países en desarrollo, a las parteras tradicionales y a una parte de los sanadores tradicionales.

## SITUACIÓN MUNDIAL DEL PERSONAL SANITARIO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para alcanzar los tres objeti-

vos de desarrollo del milenio referentes a salud se necesita tener 2,5 trabajadores de salud por cada 1.000 habitantes. Sin embargo, en su informe de salud mundial de 2006<sup>1</sup> afirma que faltan cerca de 2,4 millones de trabajadores sanitarios para conseguir estos objetivos, a los que hay que sumar 1,9 millones de trabajadores de gestión y apoyo<sup>2</sup>.

Si nos centramos en África subsahariana, donde la población se enfrenta a una carga de enfermedad del 25% mundial, el déficit de personal es más importante, ya que solamente cuenta con el 3% de los trabajadores sanitarios del mundo, con 16 veces menos de personal médico por cada 10.000 habitantes que en Europa, y 5 veces menos si hablamos de personal de enfermería.

## ¿POR QUÉ FALTA PERSONAL SANITARIO?

Muchas veces los desequilibrios se dan porque no se distribuyen bien los trabajadores con los que se cuenta ni se les forma de manera específica para que puedan realizar correctamente su función<sup>3</sup>. En todo el mundo existe una clara centralización de servicios de salud en las zonas urbanas que penaliza claramente a la población y a los trabajadores rurales.

Unos salarios muy bajos, pagados con retraso, horarios excesivos, un reconocimiento social cada vez menor y la falta de una carrera profesional estimulante, son situaciones que, en mayor o menor medida, influyen en la falta de personal sanitario en todo el mundo. En los últimos años, tampoco podemos olvidar cómo la epidemia del VIH/SIDA ha afectado a los trabajadores de salud en muchos países en desarrollo.

## MIGRACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

Existen actualmente tres grandes flujos de migración del personal sanitario en los países en desarrollo que nos preocupan:

- Hay un trasvase importante de personal sanitario de las zonas rurales a las zonas urbanas del propio país.
- La migración de personal entre los distintos países, sobre todo de los más empobrecidos a los más desarrollados.
- El trasvase de personal desde los sistemas públicos hacia instituciones o iniciativas privadas.

La consecuencia es una falta más aguda de personal sanitario donde hay más necesidades. Aproximadamente la mitad de la población mundial vive en las zonas rurales y, sin embargo, solamente el 38% del personal de enfermería y un 25% del personal médico viven en esas áreas. El resultado es que cerca de 1.000 millones de personas no tienen acceso a servicios básicos de salud.

De media, uno de cada cuatro médicos y un enfermero/a de cada 20 formados en África están trabajando en un país de la OCDE. Por ejemplo, cerca del 30% de los médicos de Ghana trabajan fuera de su país, así como el 34% del personal de enfermería de Zimbabue.

## MIGRACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO ENTRE DIFERENTES PAÍSES

Si bien la migración del personal sanitario es un problema mundial, hay algunos países desarrollados que destacan por su importancia, especialmente Reino Unido, Canadá y Estados Unidos. En 2002, de los 16.000 nuevos registros de nuevo personal de enfermería del Reino Unido, cerca del 50% eran de fuera de este país, el 25% en 1998. En Canadá, cerca del 10% del personal médico migrante provenía de Sudáfrica. Estados Unidos forma un 30% menos de médicos al año de los que necesita para cubrir sus necesidades. Así nos encontramos ante situaciones poco coherentes, con países ricos que desarro-





de salud del país y los foráneos y que se tenga en cuenta la situación del país de procedencia cuando se reclute personal.

## QUÉ SE PUEDE HACER

La OMS considera que todos los actores implicados en la migración de personal deben esforzarse para aportar soluciones. Los países en desarrollo (exportadores) deben proteger y mejorar el trato a sus trabajadores e invertir en formación. Los países desarrollados (importadores) deben reducir la dependencia de trabajadores migrantes, formando a más trabajadores en sus propios países, establecer acuerdos bilaterales con los países exportadores destinados a suavizar el impacto financiero de la migración de trabajadores sanitarios y hacer políticas responsables de reclutamiento y buen trato al personal migrante. Y por último, entre todos tenemos que promover acuerdos internacionales para invertir mucho más en personal sanitario -incluyendo a gestores- fortalecer los sistemas de salud y tener políticas y planificaciones adecuadas que permitan que cada país tenga sus propios recursos humanos en salud. Porque la salud es un derecho humano fundamental del que ninguna persona debería estar privada.

El informe completo está disponible en [www.medicusmundi.es](http://www.medicusmundi.es)

**medicusmundi**  
**Médicos del Mundo**  
**Prosalus**

- 1 "Colaboremos por la salud. Informe sobre la salud en el mundo" OMS, 2006
- 2 <http://www.who.int/features/qa/37/es/index.html>
- 3 "Health workforce retention in remote and rural areas" Bull World Health Organ 2010;88:323
- 4 [http://www.cincodias.com/articulo/economia/Espana-necesita-9000-medicos-tiene-8500-trabajando-fuera/20100305cdscdieco\\_12/cdseco/](http://www.cincodias.com/articulo/economia/Espana-necesita-9000-medicos-tiene-8500-trabajando-fuera/20100305cdscdieco_12/cdseco/)
- 5 "Las necesidades de médicos en España" Cátedra de Salud Pública y Gestión Sanitaria UEM y Fundación AstraZeneca, 2010
- 6 <http://www.parainmigrantes.info/search/sanitaria/page/2/>

llan políticas de cooperación para favorecer la salud en los países empobrecidos y que a su vez son receptores de recursos humanos sanitarios provenientes de estos mismos Estados más pobres, donde debería haber más recursos humanos, ya que las necesidades son mayores.

Otra problemática que deriva de esta práctica es la existencia de grandes diferencias entre las condiciones de trabajo del personal sanitario autóctono y las de los reclutados en el exterior, que suelen estar contratados de una forma más precaria, ocupando peores trabajos e incluso con diferentes condiciones legales. El Código Voluntario para el Reclutamiento Internacional de Personal Sanitario, que ha sido aprobado en la Asamblea Mundial de la Salud de 2010, ha sido un avance para poder regular estos aspectos.

## LA SITUACIÓN EN ESPAÑA

Las cifras del personal que migra para trabajar fuera de España varían: desde unos 580 profesionales según el Ministerio de Salud, hasta 8.500 facultativos españoles, según la Organización Médica Colegial y la Confederación Española de Sindicatos Médicos<sup>4</sup>. Esta migración no se explica solamente por unas condiciones laborales mejores, sino también por cuestiones sociales, como la valoración de su trabajo o la mejor conciliación con la vida familiar.

Sin embargo, falta personal sanitario y España sigue importándolo. Según el estudio "Las necesidades de médicos en España", los profesionales extranjeros proceden fundamentalmente de Centro-

américa y el Caribe, aunque también vienen profesionales de África occidental y oriental, Europa del Este y Asia, con un coste para estos países en la formación de unos 50 millones de dólares anuales<sup>5</sup>.

Según la Sociedad Española de Médicos Extranjeros, los médicos extranjeros trabajando en la sanidad española son unos 25.000 y representan el 12,5% del total (203.000), porcentaje que se incrementa en comunidades autónomas como Madrid o Cataluña.

Además, según algunas fuentes, en la sanidad pública española faltan aproximadamente 9.000 médicos, 6.000 de ellos en atención primaria y 3.000 especialistas<sup>6</sup>, un número similar al de los facultativos españoles que trabajan fuera de nuestras fronteras.

## LAS INICIATIVAS INTERNACIONALES SOBRE RECURSOS HUMANOS

Actualmente, hay países como Etiopía, India y Malawi que han incrementado de forma importante el personal sanitario a través de la formación y de programas específicos. También existe un código, **Health Workforce Advocacy Initiative**, que pretende ser una guía de principios éticos para que los Estados trabajen, junto con el resto de los actores implicados, en el reclutamiento internacional de personal sanitario. Este código solicita que todos los países tengan planes propios que limiten la migración de recursos humanos, que se promueva la migración circular del personal, que exista una equidad legal entre los trabajadores

## LA MUESTRA DE FILMES Y DOCUMENTALES Y UNA JORNADA SOBRE FINANCIACIÓN DE LOS SISTEMAS SANITARIOS, ÚLTIMAS ACTIVIDADES DE “SALUD PARA EL DESARROLLO”



La campaña Salud para el desarrollo, que realizamos con Farmacéuticos Mundi desde 2008, finalizará sus actividades el próximo mes de febrero tras 3 años de actividades para lograr más y mejor cooperación desde Cataluña.

El año 2010 lo hemos dedicado a las muertes evitables, después de haber abordado el acceso a los medicamentos en 2008 y los condicionantes de género en el acceso a la salud en 2009. En los últimos meses han tenido lugar dos importantes actividades que os resumimos a continuación.

### Muestra de filmes y documentales

Celebrada en octubre y noviembre en el Cine Verdi Park de Barcelona, en el Hospital Joan XXIII de Tarragona -en colaboración con la Universidad Rovira i Virgili- y en el Valle de Aran, contó con un público fiel y mayoritariamente joven, y se centró en aquellos aspectos que influyen en los sistemas de salud de los países empobrecidos y que bien abordados podrían evitar muchas muertes.

En la primera sesión pudimos ver los documentales de la serie *¿Matar o curar? La guerra contra el sarampión* y *Las enfermedades olvidadas*, que evidenciaban que aunque algunas intervenciones de salud son muy económicas, como la inmunización contra el sarampión o el tratamiento de algunas enfermedades olvidadas parasitarias, no es nada sencillo aplicarlas, ya que se necesita un sistema sanitario bien estructurado.

En la siguiente sesión vimos el documental de Farmacéuticos Mundi *El me-*

*dicamento, un derecho secuestrado* con entrevistas a importantes personalidades del ámbito de la salud que ponen de manifiesto la corrupción de un sistema de investigación y desarrollo farmacéutico que provoca que un tercio de la población mundial no tenga acceso a los medicamentos esenciales, viéndose privado de un derecho universal.

La tercera sesión se centró en la malaria, con los documentales *Malaria: asesino número uno* y *Malaria en África: luchar contra una enfermedad erradicable*, de **medicmundi** Aragón. Vimos como en los últimos 10 años la malaria ha entrado en la agenda internacional y los recursos económicos para combatirla se han multiplicado. Aún así, todavía queda mucho trabajo por hacer, en investigación de nuevos tratamientos y vacunas, pero también en sensibilización de la población en riesgo de padecer la enfermedad, contemplando su cultura propia y la medicina tradicional, como evidencia el documental de **medicmundi** Aragón con el ejemplo de los pigmeos en Camerún.

En todas las sesiones contamos con invitados vinculados al filme y/o a la temática tratada dando lugar a interesantes debates, como es el caso de la periodista Keishamaza Rukikaire, de la que podéis leer una entrevista en esta misma revista.

### Jornada “Lecciones aprendidas. Sistemas de salud de Nicaragua, Mozambique e India”

El 24 de noviembre organizamos en Barcelona esta jornada en la que se analizaron los diferentes modelos de financiación de salud y de cooperación y se

expusieron las experiencias de Nicaragua, Mozambique e India.

En primer lugar intervino Oriol Ramis, epidemiólogo experto en sistemas de salud de países en desarrollo y consultor de organizaciones sanitarias de Epirus. Ramis reflexionó sobre los modelos de financiación en la atención en salud y la cooperación, siendo muy crítico con las diferentes soluciones propuestas en los últimos 40 años. Concluyó que es necesaria una reflexión más madura de las soluciones emprendidas hasta ahora, para así maximizar las posibilidades de influir en la mejora de la situación de los sistemas sanitarios.

Matthew Jowett, especialista sénior en financiación de la salud de la oficina de Barcelona de la Organización Mundial de la Salud (OMS), explicó la importancia de la financiación de los sistemas sanitarios para garantizar la cobertura universal, centrándose en el sistema sanitario de la India. Este país asiático no prioriza la salud, de hecho le dedica sólo un 4,1% del PIB, muy por debajo de lo que dedican Nicaragua o Mozambique, y muy por debajo de la media de los países de ingresos medios-bajos. Para Jowett es importante aumentar la protección de la salud, ya que India dispone sólo del 2% de recursos externos en salud.

Por último Jowett explicó el “Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal” que se acababa de publicar. Según este informe de la OMS, se necesita más ayuda y más predecible por parte de la comunidad internacional para ayudar a los países empobrecidos a asegurar el acceso uni-





**Para muchas  
personas la salud  
es un derecho  
difícil de conseguir**

**[www.saludxdesarrollo.org](http://www.saludxdesarrollo.org)**

**Adhiérete a la campaña**

**Salut per al  
desenvolupament**



  
**medicusmundi**



**FARMA  
MUNDI**  
FARMACÈUTICS  
MUNDI

Con el apoyo de:

