



25 de abril,
Día mundial de lucha contra la malaria
Mosquiteras en la maternidad,
Nampula, Mozambique
Fotografía: Flaviano de Pablo para MMC

PROYECTOS:
APOSTANDO POR LA PREVENCIÓN

ENTREVISTA:
**LUISA E ILDA, EJEMPLO DE SUPERACIÓN
Y COMPROMISO EN EL PROGRAMA DE
CUIDADOS DOMICILIARIOS DE MONTEPUEZ**

A FONDO:
**ENFERMEDADES “POTENCIALES” COMO
LA GRIPE A FRENTE A ENFERMEDADES
REALES QUE CAUSAN MILLONES DE
MUERTES AL AÑO. ¿SALUD O NEGOCIO?**

SENSIBILIZACIÓN Y EDUCACIÓN PARA EL DESARROLLO:
**25 DE ABRIL, DÍA MUNDIAL DE
LUCHA CONTRA LA MALARIA**

EDITORIAL **3**
 Haití, crónica de una
 catástrofe anunciada

PROYECTOS **4**
 Apostando por la prevención

ENTREVISTA **6**
 Luisa e Ilda, ejemplo de superación
 y compromiso en el programa de
 cuidados domiciliarios de Montepuez

A FONDO **8**
 Enfermedades “potenciales” como
 la gripe A frente a enfermedades
 reales que causan millones de
 muertes al año. ¿Salud o negocio?

SENSIBILIZACIÓN Y EPD **10**
 25 de abril, día mundial de
 lucha contra la malaria

NÚMERO 129 • MAYO 2010
REVISTA CUATRIMESTRAL
CASTELLANO

CRÉDITOS

COORDINACIÓN, REDACCIÓN Y CORRECCIÓN
 Margarida García Ruiz

COLABORACIONES
 Neus Peracaula
 Violante Tomei
 Carlos Mediano

TRADUCCIÓN
 Núria Viladomat

FOTOGRAFÍAS
 Flaviano de Pablo
 Archivo de **medicmundi** Catalunya
 Proyecto FIARE

DISEÑO
 LUZZATTI

IMPRESIÓN
 Gráficas San Sadurní

DEPÓSITO LEGAL
 B-22245-2010



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

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

RECONOCIMIENTO AL COMPROMISO DE MEDICUS MUNDI CON LA SALUD DE LOS MÁS DESFAVORECIDOS

Medalla de Oro por su compromiso con la Salud en situaciones de emergencia

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM), órgano que agrupa, coordina y representa a los 52 colegios oficiales de médicos a nivel nacional e internacional, y cuya función es la representación exclusiva, la ordenación y la defensa de la profesión médica, ha concedido a la Federación de Asociaciones de Medicus Mundi España la Medalla de Oro por su compromiso con la Salud en situaciones de emergencia, junto con otras entidades no gubernamentales.

Aunque en el reciente terremoto de Haití (enero 2010) no se ha participado directamente desde **medicmundi**, ya que no tenemos proyectos en esta zona ni estamos especializados en ayuda de emergencia, sí lo hemos hecho en numerosas ocasiones, tales como las catástrofes ocurridas en Perú y Ruanda, en las que se han reconvertido sus infraestructuras básicas de salud para continuar con la labor de cooperación al desarrollo.

La entrega de medallas tuvo lugar el 12 de febrero en Madrid y la recogió Raúl Aguado, Presidente de la Federación de Asociaciones de Medicus Mundi España.

COLABORA CON MEDICUSMUNDI CATALUNYA A TRAVÉS DE LOS CATÁLOGOS DE PUNTOS DE LA CAIXA Y BANC DE SABADELL

A través del catálogo de **puntos estrella de La Caixa** y de los **puntos BS del Banc de Sabadell** podéis colaborar con los proyectos de **medicmundi** Catalunya. Consultad el apartado de solidaridad y ONGs de los catálogos de vuestra entidad por internet.

Animaos a cambiar vuestros puntos y ayudadnos a seguir con el programa de cuidados domiciliarios para personas enfermas de sida en Mozambique, ofreciéndoles apoyo para seguir correctamente el tratamiento, cuidados básicos, control de síntomas, complementos nutricionales para bebés y apoyo psicológico al enfermo y su familia. También podremos seguir con la educación sanitaria en las comunidades con activistas locales.

MARCA LA X SOLIDARIA EN TU DECLARACIÓN DE LA RENTA

No te olvides de marcar la casilla de “fines sociales” en tu declaración de la renta y haz que parte de tus impuestos vayan a los programas que desarrollan las entidades y ONG de acción social y cooperación al desarrollo.

Más información en www.xsolidaria.org

HAITÍ, CRÓNICA DE UNA CATÁSTROFE ANUNCIADA

A principios de este año tenía lugar un catastrófico acontecimiento en Haití, un terremoto de grado 7,3 en la escala de Richter que dejaba tras de sí un panorama de destrucción y desolación comparable al que nos dejó el Tsunami en 2004 en el sudeste asiático, con un balance de más de 250.000 muertos y un país totalmente destrozado.

La comunidad internacional respondía rápidamente volcando ayuda y esfuerzos en el país y en tan solo unos días en España, por ejemplo, se recaudaban más de 30 millones de euros de aportaciones públicas y privadas, demostrando una vez más la solidaridad de nuestra sociedad. Pero a pesar de la predisposición y buena voluntad, la descoordinación inicial y las promesas incumplidas fueron una tónica general que debe hacernos reflexionar acerca del papel de la comunidad internacional en estas situaciones.

Desgraciadamente, unos meses más tarde la situación se repetía, esta vez en Chile, con un terremoto de 8,8 grados en la escala de Richter, superior en magnitud al de Haití pero afortunadamente con consecuencias menores.

¿Son inevitables estos desastres naturales y sus consecuencias? Hasta la fecha nada podemos hacer para evitar un seísmo o la erupción de un volcán, pero sí que disponemos de instrumentos y herramientas para prepararnos ante ellos y minimizar sus efectos. Estos preparativos, que abarcan varios sectores, incluida la salud, y diferentes niveles de decisión, se denominan “prevención de riesgos de desastres” o “gestión de desastres”. ¿Pero cómo llevar a cabo preparativos de prevención de riesgos y gestión de desastres en un país sumido en la miseria, con uno de los índices

de desarrollo humano más bajos del planeta? La respuesta a esta pregunta es uno de los grandes retos que deben afrontar los países en vías de desarrollo para romper el binomio subdesarrollo-vulnerabilidad, pero forzosamente pasa por un fortalecimiento del país en salud, infraestructuras y educación, entre muchos otros aspectos.

Las comparaciones son odiosas, y evidentemente existen muchos otros parámetros a tener en cuenta, pero los casos de Haití y Chile suponen un claro ejemplo de cómo un desastre de características similares puede tener consecuencias muy diferentes en función de la vulnerabilidad de cada país, muy ligada a su grado de desarrollo, aunque no de manera exclusiva, como demuestra el caso del terremoto que asoló L’Aquila, en Italia, un país europeo y desarrollado que se vio gravemente afectado y con serios problemas para gestionar eficazmente el desastre.

Más allá de la foto y la crónica dramática que nos ofrecen los medios de comunicación tras un desastre, hay que hablar de las causas que han provocado tal vulnerabilidad. En el caso de Haití hay que hablar de la falta de desarrollo, de la deuda externa que condena al país y a su población, pero también hay que hablar de la capacidad (y del derecho) del pueblo haitiano para decidir y construir su propio futuro, sin tratar a todo un país como una mera víctima paralizada esperando que desde el exterior le organicen la vida. Más allá de los estereotipos y de las imágenes de desolación y violencia existe una sociedad civil organizada que está siendo la verdadera protagonista de la reconstrucción del país y que merece todo el apoyo y respeto de la comunidad internacional.

APOSTANDO POR LA PREVENCIÓN

medicumsmundi Catalunya acaba de iniciar una nueva línea de trabajo en Ecuador: la prevención de riesgos de desastres

Volviendo la mirada atrás, sin ir demasiado lejos en el tiempo, podemos ver como los desastres se han ido multiplicando, provocando millones de víctimas y azotando países con atemorizadoras consecuencias a nivel económico y social. Desde los terremotos en Centro América y el huracán Mitch, el Tsunami en Indonesia, el huracán Katrina en New Orleans, los terremotos e inundaciones en América del Sur, la sequía en África, hasta los últimos devastadores eventos de Haití y Chile, deberían hacernos pensar. Actualmente, no tenemos ninguna posibilidad de frenar o interrumpir un desastre natural, pero sí tenemos todos los instrumentos y herramientas para prepararnos ante ellos. Estos preparativos, que abarcan varios sectores, incluida la salud, y diferentes niveles de poder, nacionales y locales, se denominan “prevención de riesgos de desastres” o “gestión de desastres”.

¿CÓMO ESTOS EVENTOS PUEDEN AFECTAR LA SALUD PÚBLICA?

Primero pueden causar un número inesperado de muertes, lesiones o enfermedades, que exceden las capacidades de los servicios locales de salud, que a su vez pueden verse también desbordados por los grandes movimientos de población. Además, los desastres pueden dañar o destruir las infraestructuras locales de salud, como los hospitales, las unidades de los ministerios de salud y los centros de atención primaria. También pueden alterar la prestación de los servicios rutinarios y las actividades preventivas, con graves consecuencias a corto, medio y largo plazo, en términos de morbilidad y mortalidad. Pueden causar escasez de alimentos con severas consecuencias nutricionales y provocar efectos adversos sobre el ambiente y la población, al aumentar el riesgo de enfermedades transmisibles y los peligros ambientales (epidemias). Sin olvidar el comportamiento psicológico y social en las comunidades, que también puede verse afectado.

¿CÓMO RESPONDER ANTE LOS DESASTRES?

Ante todas estas consecuencias adversas que acarrear los desastres, la prevención es crucial y el sistema de salud se convierte en uno de los pilares fundamentales para poder ofrecer una respuesta adecuada y efectiva.

En la Segunda Conferencia Mundial de Reducción de Desastres y en el Plan de Acción de Hyogo (Japón 2005-2015) se planteó la necesidad de fortalecer los sistemas de salud ante los desastres, concretándose en una campaña de “Hospitales Seguros” puesta en marcha por la Organización Panamericana de la Salud en 2009.

Los hospitales seguros son aquellos cuyos servicios permanecen accesibles y funcionando con su máxima capacidad y con su misma infraestructura inmediatamente después de que ocurra un desastre. Para ello deben contar con la máxima protección posible y deben continuar operativas las vías de acceso al establecimiento de salud y el suministro de agua potable, energía eléctrica y telecomunicaciones.

En el sector salud no existen hasta la fecha acciones sostenibles y globales de mitigación de los riesgos. Resulta imprescindible, por lo tanto, implementar políticas y medidas para la preparación frente a las consecuencias de estos desastres. Si bien no es posible evitar las manifestaciones de fenómenos naturales o antrópicos (causados por la intervención del hombre), una planificación más equilibrada y responsable puede contribuir a la reducción del riesgo y a la creación de comunidades más organizadas y menos vulnerables. La importancia de la planificación estratégica en el sector salud radica en el concepto de sostenibilidad. Para crear un sistema

de salud preparado que pueda responder a las necesidades de la población y garantizar el derecho al acceso a los servicios en cualquier momento hace falta una estructura organizada, con recursos humanos capacitados y con una conexión constante con la comunidad. La planificación es una herramienta imprescindible en este sentido.

medicumsmundi Catalunya tiene una larga trayectoria en ejecución de proyectos de fortalecimiento de sistemas de salud, en especial de fortalecimiento de la Atención Primaria, tanto en África como en América Latina, abordando la construcción de infraestructuras, el apoyo a la planificación y gestión de las direcciones distritales de salud, la formación del personal, el apoyo a los programas priorizados y las actividades de sensibilización. Después de una larga reflexión, se ha decidido priorizar nuestra intervención también en prevención de riesgos de desastres, fortaleciendo el sistema de salud y los canales de conexión con la comunidad, sin olvidarnos de los grupos más vulnerables: la infancia y las mujeres.

Las mujeres tienen menos acceso a los recursos –transporte, información, alfabetización, control de la tierra y otros recursos económicos, de movilidad, vivienda y empleo, la no violencia y el control en la toma de decisiones – que son esenciales en la preparación, mitigación y rehabilitación de desastres naturales. Los desastres naturales proporcionan a las mujeres una oportunidad única de cuestionar y cambiar su posición de género en la sociedad. Ellas han demostrado ser indispensables cuando se trata de responder a los desastres: son más eficaces en la movilización de la comunidad para responder a los desastres y forman grupos y redes de actores sociales que trabajan para satisfacer las necesidades más urgentes de la comunidad.



Taller de primeros auxilios



Centro de atención primaria de salud

Por lo tanto, un proceso de desarrollo eficaz debe incluir tanto las necesidades como las contribuciones potenciales de mujeres y hombres. Un plan comunitario de preparación y de respuesta para desastres que tome en cuenta la vulnerabilidad física, psicológica, social y económica de las mujeres ayudará a reducir esta vulnerabilidad.

Y todo esto es lo que estamos aplicando por ahora en Ecuador, concretamente en la provincia de Bolívar, con el proyecto que lleva por título **“Mejora del estado de salud de la población mediante de acciones que disminuyan la vulnerabilidad frente a riesgos de desastres”** que iniciamos en marzo, con la colaboración de la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo.

El gobierno de Ecuador, entre otros muchos países, ha asumido el compromiso de implementar en su red sanitaria la política de “Hospitales Seguros”, a través de la línea de “Instalaciones de Salud Seguras frente a eventos adversos” como programa prioritario en su agenda de trabajo. Esta voluntad política y predisposición por parte del gobierno, junto con la experiencia de **medicmundi Catalunya** en la zona, donde trabajamos desde 2003, y el riesgo elevado de padecer desastres naturales en dicha zona, nos ha llevado a empezar esta nueva línea de trabajo en Ecuador, para ir posteriormente ampliando las intervenciones a otros países como Bolivia o Mozambique.

El proyecto nace del análisis de todas las amenazas: terremotos, fuertes lluvias, deslizamientos, caída de ceniza, etc. que afectan la provincia de Bolívar, la vulnerabili-

dad de su población y los mecanismos de respuesta al desastre del sistema de salud. Se ha diseñado conjuntamente con la Dirección Provincial de Salud y con el apoyo de la Escuela Técnica de Gestión de Riesgos de la provincia de Bolívar, que cuenta con una larga experiencia académica en gestión de riesgos, con el objetivo de fortalecer la red de atención primaria de salud en la zona y mejorar la comunicación y acceso de la población a los servicios.

Por un lado se reforzaran las infraestructuras con la instalación de sistemas de electricidad y agua alternativos y sistema de radiocomunicación y, por otro lado, se fortalecerán y crearán los Comités Operativos de Emergencias (COE) en salud, para que se conviertan en un referente permanente para el sistema de salud y para la población en cuestión de gestión de riesgos de desastres.

Para mejorar la conexión con la comunidad se trabajará en talleres de gestión de riesgos, en la elaboración de mapas de riesgo, el autodiagnóstico en salud y la elaboración y difusión de un plan de Información, Educación y Comunicación (IEC). Asimismo se pretende encaminar un estudio con los líderes comunitarios y médicos tradicionales sobre los saberes ancestrales de prevención de riesgos de desastres.

Violante Tomei y Margarida Garcia
medicmundi Catalunya

Bibliografía

1. “Tendencias futuras de los desastres y sus consecuencias en las políticas de los países en desarrollo”, Quarantelli Enrico L, 1994
2. “Informe de desarrollo humano 2007-2008: lucha contra el cambio climático”, http://hdr.undp.org/en/media/hdr_20072008_summary_spanish.pdf
3. Plan estratégico andino de preparativos y respuestas del sector salud 2005-2010
4. Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres América Latina y el Caribe, “La evaluación del riesgo: el primer paso” http://www.eird.org/esp/revista/no_11_2005/art11.htm
5. Sistema de Datos Básicos de Salud – Glosario, Organización Panamericana de la salud <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps060109.htm>
6. Hospital seguro frente a desastres OPS, <http://www.paho.org/spanish/DD/PED/PED-about.htm>
7. Desinventar es una herramienta conceptual y metodológica para la construcción de bases de datos de pérdidas, daños o efectos ocasionados por emergencias o desastres. <http://www.desinventar.org/desinventar.html>
8. Manual para el manejo logístico de suministros humanitarios OPS, <http://www.desastres.org/pdf/manejologistico.pdf>
9. Proyecto Esfera.

LUISA E ILDA, EJEMPLO DE SUPERACIÓN Y COMPROMISO EN EL PROGRAMA DE CUIDADOS DOMICILIARIOS DE MONTEPUEZ

En el anterior número de esta revista os conté que el Programa de Cuidados Domiciliarios de Montepuez, en la provincia de Cabo Delgado, en Mozambique, ofrece apoyo psicológico y cuidados a domicilio a personas seropositivas. Esta vez me he propuesto que sean los y las protagonistas de este programa quienes os expliquen en qué consiste y cómo funciona, entrevistando a una de las beneficiarias de nuestro programa junto con una voluntaria. No ha sido tarea fácil encontrar alguien que quisiera sentarse tranquilamente a hablar de su vida, de su situación, de sus dificultades y sueños, alguien con la valentía para hablar directamente de su seropositividad delante de una desconocida, pero Ilda, una de las voluntarias del programa vino a verme con Luisa, y más que una entrevista mantuvimos las tres una sincera conversación. Y esto es lo que me contaron...

Luisa ¿cómo llegaste a este programa? Háblame un poco de tu vida, de las cosas que te han sucedido...

Tengo 22 años, o no 24, ahora no estoy segura, tengo un hijo de diez años. Cuando tenía 14 años me quedé embarazada, tuve que dejar de estudiar, nadie en mi familia me quiso apoyar y aquel señor, el padre de mi hijo, simplemente desapareció, hasta el día de hoy ni siquiera conoce a su hijo.

Tuve que dejar la escuela,irme a vivir a casa de mi abuela y trabajar en pequeños negocios de venta ambulante para tener algo de sustento y poder criar a mi hijo. Después, me casé con otro hombre y por allá en 2007 andaba siempre enferma, ahora con diarrea, ahora con tos, entraba y salía continuamente del hospital, hasta que una de las veces me dijeron que tenía sida, que estaba infectada, y que tenía que tomar unos medicamentos. En aquel momento pensé que era culpa mía por haber "brincado mal", por haber tenido muchas relaciones con diferentes hombres antes de conocer a mi marido.

Empecé a tomar la medicación y rápidamente empecé a recuperarme, pero no se lo dije a nadie, sentía miedo y vergüenza, si dices que tienes esta enfermedad en el barrio lo pasas muy mal, la gente te trata mal, así que no se lo dije a nadie, ni siquiera a mi abuela, ella es muy mayor y no lo entendería, tampoco se lo dije a mi marido, tenía miedo de que me abandonara, así que empecé a tomar el tratamiento a escondidas.

El año pasado mi marido se fue a trabajar a Pemba y fui tras él, allí dejé el tratamiento y empecé a enfermar de nuevo, pero esta vez mucho peor, me quedé en la cama sin poder levantarme, fue entonces cuando me trajeron de vuelta al hospital, aquí en Montepuez, y cuando conocí a Ilda y entré en este programa.

¿Cómo te ha ayudado el programa de Cuidados Domiciliarios?

Ilda llegó un día a mi casa, me dijo que ella me podía acompañar al hospital, que me podía ayudar y yo acepté. Ilda se ha convertido en una amiga, puedo hablar con ella de mis dudas, de mis miedos, me acompaña a los controles, siempre me recuerda que debo tomar la medicación y me anima a no abandonar el tratamiento.

También me convenció para explicar mi secreto y, finalmente, se lo he contado a una amiga y a mi marido. Él lo sabe y dice que no le importa, y que tengo que tomar la medicación, pero él no quiere hacerse el test, yo siempre le digo que se lo haga, pero por ahora no veo el día en que esto suceda.

Ilda tenía razón, si lo hablas con alguien te quitas un peso de encima, era muy difícil no poder contar a nadie mi situación. De todos modos a día de hoy nunca se lo contaría a mi familia, ellos nunca lo entenderían... y en el barrio tienes que ir con mucho cuidado, no se lo puedes contar a cualquiera, pero Ilda es diferente, ella no va a hablar con nadie, en ella puedo confiar.

¿Qué consejos les darías a otras personas que estén en tu situación o, por ejemplo, a tu propio hijo?

Sobre todo que no abandonen el tratamiento, esta enfermedad no tiene cura y si no lo tomas te mata. Ahora estoy bien, solo falta un poco de tiempo para que pueda montar algún negocio y ganar algo de dinero para vivir mejor, porque ahora no tengo nada. Las personas que padecemos esta enfermedad no podemos trabajar, siempre tenemos algún problema de salud, no podemos ir al campo a cultivar arroz o maíz, así que tenemos que hacer muchas cosas para poder sobrevivir

Mi hijo es pequeño todavía, pero cuando llegue el momento le diré que estoy enferma, cuando tenga edad de tener amigas le diré que se cuide, que utilice siempre preservativo, para que no le pase lo mismo que a mí.

Y sobre todo, les diría a todas las personas una cosa, que la vergüenza mata. Si tienes vergüenza por estar enferma pierdes muchas oportunidades, no te acercas a la gente, no vas a los lugares pensando que todo el mundo va a conocer tu situación y poco a poco te aíslas, te quedas sin amigos, sin gente que te pueda ayudar, te encierras en tu casa y poco a poco te vas muriendo.

Fue la única vez en todo el tiempo que estuvimos hablando que levantó la vista del suelo y que me miró directamente a los ojos, fue la única vez que levantó la voz, la única vez que se rió. Yo vi en ella a una niña, con unos ojos llenos de miedo y de vida a la vez.

Esta es la vida de Luisa, pero es también la vida de muchas otras mujeres africanas, de muchas otras chicas jóvenes, en el fondo niñas, que se ven obligadas a afrontar esta lucha solas, sin nadie que las ayude. Pero Luisa se siente afortunada por contar con el apoyo de Ilda, la voluntaria del Programa de Cuidados Domiciliarios

Pero para Ilda tampoco ha sido fácil este camino, antes de empezar a trabajar con nosotros tenía la misma opinión preconcebida sobre esta enfermedad, lo que se hablaba en el barrio, que era una enfermedad de aquellos que llevan una mala vida y se acuestan con cualquiera... Para Ilda el programa también ha sido un aprendizaje, tomar conciencia de que es necesario acercarse a la gente seropositiva, romper los tabús y ayudar a las personas a que recuperen su dignidad, hacerles entender que la enfermedad no es un castigo, no es el final, sino que puede llegar a ser el principio del camino.

Ilda, ¿cómo empezaste a ser voluntaria del programa?

Tengo 40 años, soy de Montepuez y vivo en este barrio con mi marido y mis cuatro hijos. Antes no trabajaba, estaba en casa cuidando de mi familia y colaboraba en el barrio como alfabetizadora.

Un día llegó el jefe del barrio y me preguntó si quería ir a una formación para ser voluntaria de salud en el barrio. Yo no sabía muy bien como sería, lo que implicaría, pero fui a la formación y me gustó lo que dijeron, lo que aprendí... Después de la formación me propusieron ser supervisora, actualmente acompaño a tres activistas en sus trabajos, y así es como empecé a visitar casas en el barrio, a trabajar con mis colegas, pero vi que no tenía tiempo para todo, así que pedí una excedencia como alfabetizadora para poder trabajar exclusivamente en el barrio con el Programa.

¿Cuáles son las mayores dificultades que has encontrado día en día en tu trabajo?

Al principio, cuando me decían que tenía que ir a una casa a buscar a alguien que había abandonado el tratamiento, o me decían que en una casa había alguien con sida que estaba muy mal, no sabía cómo entrar, como acercarme a ellos, qué decirles.

¿Y cómo lo hiciste?

Bueno pues poco a poco, iba el primer día, me presentaba, les preguntaba por su salud, volvía al día siguiente para ver como habían pasado la noche... Así has-



Luisa e Ilda

ta que les convencía de ir al hospital y de entrar en el Programa. A veces incluso me echaban de sus casas, me decían que no querían ser de este grupo mío de enfermos, pero yo esperaba un poco y volvía de nuevo. He conseguido convencer casi a todas las personas que he conocido en esta situación, y si no puedo hacerlo pues también tengo a mis colegas, les pido consejo en nuestras reuniones y poco a poco voy mejorando.

También como supervisora al principio fue difícil, no teníamos experiencia, no sabíamos cómo hacer las cosas, como preparar suero, como poner el termómetro, pero poco a poco hemos ido aprendiendo y ahora trabajamos muy bien juntos todo el equipo.

¿Como voluntaria del programa, mirando al futuro, que ayuda crees que necesitáis?

Este trabajo es muy importante, hay mucha gente que nos necesita, mucha gente que está enferma en los barrios, encerrada en sus casas. Este programa no puede acabar, pero necesitamos ayuda, no es fácil, hay muchas cosas que no entendemos de los tratamientos, de las enfermedades oportunistas, necesitamos formación. Y también materiales para poder trabajar y atender dignamente a las personas enfermas.

Al acabar esta conversación, como siempre, les di las gracias a Luisa y a Ilda por su tiempo, por su esfuerzo de venir a hablar conmigo un domingo, y en especial a Ilda por su gran dedicación y ella, como siempre, me contestó: "No,

soy yo quien tiene que dar las gracias, por haber aprendido un poco más, hoy he aprendido a hablar en una entrevista, nunca antes lo había hecho". Siempre que le agradezco su esfuerzo ella responde agradeciendo lo que ha aprendido. Y esta es la gran lección que yo me llevo también, porque sinceramente creo que soy yo la que más está aprendiendo de todas estas personas con su ejemplo de sencillez, de humildad, de capacidad para acercarse a la gente y tenderle su mano.

Estas son las historias de dos mujeres que la vida ha hecho que se encuentren y que aprendan la una de la otra. Pienso que si en Mozambique, y en el mundo, más gente tuviera esta oportunidad de aprender, de perder el miedo, la vida de muchas mujeres, de muchos hombres, niños y niñas sería mucho mejor. Sólo hace falta alguien cerca, alguien que te de la oportunidad de saber y experimentar que la vida puede ser diferente, llena de dificultades sí, pero una vida vivida con dignidad, y creo que esta es la contribución más importante que el Programa de Cuidados Domiciliarios está dando a la gente de Montepuez, el reconocimiento a las personas.

Nuevamente gracias a todas y todos por vuestro esfuerzo.

Neus Peracaula Pueyo

Enfermera, coordinadora del Programa de Cuidados Domiciliarios
medicums mundi Catalunya

ENFERMEDADES “POTENCIALES” COMO LA GRIPE A FRENTE A ENFERMEDADES REALES QUE CAUSAN MILLONES DE MUERTES AL AÑO. ¿SALUD O NEGOCIO?

Medicus Mundi, Médicos del Mundo y Prosalus presentan su estudio anual “La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria”, que aborda el cambio climático, la crisis económica y la gripe H1N1 como ejes monográficos de esta nueva edición de 2009

El dossier destaca la notable contribución de autonomías y ayuntamientos en el incremento del 60% de la Ayuda oficial española al Desarrollo (AOD) en materia de salud, aunque lejos aún de los parámetros internacionales recomendados

La gripe A o H1N1 causó hasta el 30 de octubre de 2009 5.712 muertos en el mundo mientras que la malaria o el SIDA suman más de 3 millones de fallecimientos al año, enfermedades erradicables si se destinaran recursos. Es decir, la pandemia que se ha llevado los titulares de prensa y también importantes cantidades de fondos -destinados en gran parte a la compra de vacunas y tratamientos de las grandes farmacéuticas- ha causado la muerte de un número equivalente al 1% de las personas que anualmente fallecen de malaria, al 0,3% de la víctimas mortales del SIDA o al 10% de las personas que pierden la vida en las carreteras europeas. Éstas y otras cifras sobre la salud en el mundo, los efectos de la crisis económica y del cambio climático así como un chequeo a los diferentes sistemas y ayudas de cooperación al desarrollo aparecen en el informe “La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria 2009” publicado por las ONGs

Medicus Mundi, Médicos del Mundo y Prosalus. El informe ha sido presentado en España en un complicado contexto en el que tanto a nivel local y autonómico como estatal y europeo se ha detectado un incremento de las dotaciones presupuestarias que, sin embargo, no ha sido suficiente para compensar otros efectos negativos de la crisis financiera y medioambiental ni para alcanzar muchos parámetros mínimos de inversión en salud fijados por la instancias europeas y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El informe contiene tres partes temáticas. Los dos apartados básicos, en los que se repasan (por enfermedades y por países) la situación del “mapamundi de la salud” y los instrumentos de cooperación (internacional, estatal y descentralizada) con los que se afronta esta situación, vienen precedidos este año por un capítulo monográfico en el que se anali-

zan tres temas de gran actualidad y con una importante influencia en la salud: la crisis económica, el cambio climático y el fenómeno de la gripe H1N1.

En este último caso, tras recabar opiniones y datos que no habían sido presentados hasta el momento de forma conjunta, se plantea a la opinión pública, a los agentes de cooperación y a la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) una reflexión de fondo sobre la gestión de esta enfermedad y su encuadre en toda la política de salud mundial.

ALARMA MEDIÁTICA Y GANANCIAS DE LAS FARMACÉUTICAS

“Si bien todas las muertes son importantes, estamos ante la discusión de si debemos priorizar enfermedades potenciales o enfermedades reales en las estrategias globales de salud”, se dice en el informe, que no pasa por alto el hecho de que la gripe A era una enfermedad que preocupaba a las autoridades de los “países enriquecidos” (si hubiera sido una pandemia realmente letal además los países del Sur no habrían tenido medios para la vacunación masiva), y que si tenemos que buscar algún beneficiado éstos han sido las grandes empresas farmacéuticas. Por ejemplo, Roche esperaba superar en 2009 los 1.300 millones de euros en ventas de Tamiflú, remontando una caída en bolsa del 8% debido a la crisis económica, una previsión que se repite con cifras equiparables en otras marcas del sector como GSK, Glaxo, Snafi-Aventis. El estudio muestra como el desarrollo de vacunas y el almacenamiento de medicamentos antigripales han supuesto un beneficio económico a algunas firmas comerciales, pero sobre todo llama la atención acerca de la actuación de la OMS, generando una alarma mediática que ha favorecido que las autoridades estatales y locales de todo el mundo gastaran grandes cantidades en medidas preventivas y terapéuticas que luego se han visto como innecesarias. Por este motivo los autores solicitan una auditoría en la OMS que aclare su estrategia -desproporcionada ante la magnitud de esta enfermedad- y su toma de decisiones, para devolver la confianza en la OMS como garante de la salud mundial.



Fotografía: Flaviano de Pablo para medicusmundi Catalunya

LOS EFECTOS EN LA SALUD DE LA CRISIS AMBIENTAL Y ECONÓMICA

Respecto al cambio climático, se observa que es ya una realidad que afecta a la salud de dos formas. En primer lugar de manera directa ya que sólo entre 2000 y 2004 hubo un promedio de 326 desastres en forma de ciclones, sequías... padecidos por 262 millones de personas al año, la mayoría de ellas en países en desarrollo. En segundo lugar, por una vía indirecta, pero quizá más profunda, al perjudicar la agricultura con la que subsisten millones de personas, provocar la falta de agua, causar migraciones a las ciudades, etc. El cambio climático agrava así las consecuencias de otra crisis, la económica, que tampoco da respiro y que está agudizando la inequitativa distribución de la riqueza con la consecuente disminución de los recursos para redes sanitarias públicas, sis-

tema de protección social... Entre este contexto preocupante, afirma el dossier antes de abordar los instrumentos para combatirlo, *"la solidaridad es absolutamente necesaria, no sólo entre países donantes y receptores, sino entre gobiernos y ciudadanía"*. Los datos recogidos en el informe son esperanzadores, aunque insuficientes.

LOS DATOS DE LA COOPERACIÓN EUROPEA Y ESPAÑOLA

Así, en 2008, los aportes netos totales de ayuda oficial al desarrollo de los países miembros del CAD (Comité de Ayuda al Desarrollo) alcanzaron la cifra record de 119.759 millones de dólares, lo que supone un incremento porcentual de un 15,7% respecto al año anterior. Todos los países aumentaron en

2008 el volumen de su ayuda oficial. Porcentualmente, el mayor esfuerzo lo realizaron Grecia, Portugal y España que incrementaron su ayuda en un 38,3%, 30,4% y 30,1% respectivamente. Sin embargo, también hay zonas oscuras ya que España, pese a que ese incremento general de la ayuda le haya permitido escalar cuatro puestos en el ranking del compromiso social mundial, queda con un 0,43% sobre el PNB, lejos del ansiado 0,7%, sólo superado por Dinamarca y Suecia. A la cola de los países que menos ayuda porcentual destinan a cooperación aparecían Japón, EEUU, Grecia, Italia y Portugal, todos ellos por debajo de la media de los países del CAD (0,30%). Algo parecido sucede en el campo específico de la salud donde pese al incremento (un 60% respecto a 2007), España no logra alcanzar el mínimo de que esa ayuda en salud represente el 15% del total ni que vaya preferentemente a los países con rentas más bajas. Otro lunar es que la llamada "Ayuda reembolsable" (en realidad préstamos) se incrementó y alcanzó en 2008 porcentajes muy superiores a los que le correspondería por el peso que España tiene en la cooperación internacional.

Las Comunidades Autónomas destinan una media de 0,27% de su presupuesto a ayuda oficial al desarrollo, realizando un esfuerzo de AOD per cápita de 10,07 euros por persona, y observamos que tradicionalmente el mayor peso de la AOD autonómica recae en 6 comunidades (por orden de importancia): Andalucía, Cataluña, País Vasco, Madrid, Comunidad Valenciana y Castilla la Mancha, que en 2008 suman el 74,15%.

El informe completo está disponible en la web www.medicushmani.es

medicushmani
Médicos del Mundo
Prosalus

Según la Organización Mundial de la Salud, "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social."

Sin embargo, ¿Cuál es la situación de la salud en el mundo actual?

- **Esperanza de vida:** evoluciona positivamente desde 1990 pero una persona que nazca en África vivirá entre 12 y 24 años menos que si hubiera nacido en Europa.
- **Mortalidad entre adultos:** a nivel mundial, 6 de cada 10 muertes se deben a causas no transmisibles, 3 a transmisibles o nutricionales y una a traumatismos. Sin embargo, así como en los países ricos sólo el 8% de los "años de vida perdidos por muerte prematura" se deben a enfermedades transmisibles y, por tanto, controlables, en los países pobres éstas suponen el 68%.
- **Mortalidad materno-infantil:** la tasa de mortalidad infantil ha bajado al considerarla central en las políticas de salud, pero enfermedades prevenibles o curables se llevan por delante aún al 40% de los niños y niñas de menos de 5 años y hay 112 millones

de ellos con problemas de nutrición. Al año más de 500.000 mujeres mueren al dar a luz por problemas que no se darían en Europa.

- **Pobreza:** hasta 2005 se había logrado reducir de 1.800 millones a 1.400 millones las personas que vivían con menos de 1,25 dólares al día, pero la crisis ha provocado que entre 55 y 90 millones de "nuevos pobres" crucen esa frontera que marca la línea de la supervivencia.
- **Educación:** entre el año 2000 y el 2007 se ha logrado que la enseñanza primaria universal pase del 83% de los niños y niñas al 88% pero aún quedan 77 millones de menores que no van a la escuela, sobre todo niñas.
- **SIDA:** aún mueren 2 millones de personas por SIDA en el mundo, pero gracias a las medidas preventivas se ha invertido una tendencia alcista, aunque hay 33,4 millones de personas infectadas con el VIH, el 67% de ellas en el África Subsahariana.
- **Malaria:** la enfermedad que pudo con Tutankamon sigue más de 3.000 años después matando a cerca de 1 millón de personas, desangrando los sistemas sanitarios de los países más pobres porque no se destina lo suficiente a prevención y tratamiento.

25 DE ABRIL, DÍA MUNDIAL DE LUCHA CONTRA MALARIA

La campaña STOP MALARIA NOW! sigue denunciando que... sucederá esta noche



Amina tiene 5 años, y al oscurecer, después de ayudar a su madre a recoger la cena, se duerme en el lecho de su cama. Vive con sus padres, sus tres hermanos y dos hermanas en un poblado africano. No puede diferenciar la picadura de un mosquito hembra anofeles del resto de picaduras que suele tener cada noche, pero esta vez va a ser diferente. 12 días después comienza a tener una fiebre elevada, sudoración excesiva y cae en un aletargamiento que asusta a su madre, por lo que la lleva al centro de salud. Allí les informan que Amina ha contraído la malaria o paludismo.

Lo mismo que le sucede a Amina, ocurre 300 millones de veces al año en África, América Latina y Asia, acabando con la vida de un millón de personas, la mayor parte de ellas en África subsahariana.

La población más vulnerable y con más alta tasa de mortalidad son los niños y niñas menores de 5 años y las mujeres embarazadas. Y las consecuencias de esta enfermedad van más allá de la salud, siendo causa y efecto del empobrecimiento de países enteros. Esta enfermedad supone a África pérdidas de 8.000 millones de dólares anuales.

La malaria convive con el ser humano desde hace mucho tiempo. De hecho, algunos científicos acaban de demostrar que el famoso faraón egipcio Tutankhamón sufrió esta enfermedad y que le provocó la muerte. Y durante todos estos años el parásito que la provoca se ha adaptado a los diferentes tratamientos que se han ido produciendo. De hecho, junto con la tuberculosis, son las enfermedades infecciosas no provocadas por virus que más afectan al ser humano.

Actualmente, se considera que aunque deba hacerse un gran esfuerzo, esta

enfermedad es tratable y prevenible, e incluso, sin considerar el sufrimiento humano que provoca, erradicar la malaria sería rentable. La prueba está en Europa, donde la enfermedad desapareció a mediados del siglo XX (era endémica en toda la península ibérica, buena parte de Italia, Yugoslavia, Rumanía, Grecia, Polonia y el sur de Rusia) gracias al esfuerzo conjunto de todas las instituciones europeas para luchar contra ella.

Pero este esfuerzo debe enfocarse de una determinada manera. Primero hay que permitir el acceso integral a las medidas diagnósticas, preventivas y de tratamiento a toda la población que lo necesita. Hoy en día el 60% de las personas del continente africano no utilizan la mejor medida preventiva: el uso de mosquiteras impregnadas de insecticida por la noche para evitar las picaduras, y solamente el 15% de niños y niñas de África subsahariana tienen acceso al tratamiento más eficaz, la terapia combinada con artemisina.

Pero no solamente es importante el "qué hacer", sino sobre todo "cómo luchar" contra la malaria. Desde el año 2000 la comunidad internacional se ha propuesto para 2015 unos compromisos denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio, donde la lucha contra la malaria aparece como uno de estos objetivos. Así han aparecido multitud de iniciativas que luchan exclusivamente contra esta enfermedad, que han conseguido algunos resultados importantes, como una cierta disminución de la mortalidad. Pero estas iniciativas verticales de lucha contra una enfermedad tienen sus problemas. Es fundamental que estas iniciativas refuercen el sistema público de salud, ya que es el único garante de sostener en el futuro estas iniciativas. Si no, cuando acabe la ayuda externa, no habrá medios para sostener los resultados. Además, la malaria no es el único proble-

ma de salud que tienen. ¿Podemos imaginar que en nuestro sistema de salud, después de desplazarnos hasta un centro de salud al que nos ha costado más de una hora llegar, nos digan que tienen tratamiento para reumatismo, pero que si tenemos una infección respiratoria, no pueden darnos ningún tratamiento? Pues esto es lo que sucede en estos momentos en muchos rincones del planeta.

El segundo aspecto que deben mejorar estas iniciativas es el acceso y la aceptación cultural, ya que el mundo tiene más patrones culturales que el occidental. En Camerún hemos constatado como las mosquiteras eran utilizadas por los pigmeos para pescar, ya que aunque hubo un reparto de las mismas, no se tuvo en cuenta que ellos no utilizan en su mayoría camas, y que no asimilaban que la malaria era debida a la picadura de mosquitos, por lo que no veían ningún sentido en cubrirse con las mosquiteras por la noche.

Sabemos cómo erradicar esta enfermedad, tenemos los conocimientos y medios técnicos para hacerlo en un plazo de tiempo no excesivamente largo. Y sin embargo, no lo conseguimos. Aparte de mejorar la utilización de los medios que usamos actualmente, falta todavía un compromiso mayor.

Pero que esta enfermedad no afecte de forma relevante a Occidente tiene consecuencias negativas para la lucha contra ella, tanto en los recursos que se utilizan en proporción a su importancia como en el interés mediático que suscita. El gasto en 2009 contra la malaria fue de 1.700 millones de dólares, aunque se necesitarían 6.200 millones cada año para poder erradicarla. Y para la gripe A H1N1, que ha supuesto el 1% de la mortalidad que tiene cada año la malaria, la farmacéutica Roche ha previsto que el

medicamento Tamiflú supere los 1.300 millones de dólares en ventas, a lo que hay que añadir el gasto en vacunas y otras medidas de prevención, sumando un total de 4.950 millones de dólares.

Si a estos datos le sumamos que durante 2009 hubo en Google 56.100 noticias relativas a la gripe A H1N1 (a pesar de empezar a mitad de año), y menos del 10%, 5.540, de noticias relativas a malaria en el mismo período de tiempo, comprobamos que el interés que despierta una enfermedad está directa-

mente relacionado con la posibilidad de ser afectado, y no con la relevancia mundial que tenga.

Por estos motivos, la campaña STOP MALARIA NOW! que integra a 10 ONG de Europa, EEUU y África, siendo una de ellas la Federación de Asociaciones de Medicus Mundi España, quiere dar a conocer esta enfermedad y sus consecuencias en Europa, y conseguir un compromiso político, económico y social para erradicar este mal endémico del ser humano.

¿Sucederá esta noche? Seguro que hoy sí, y también mañana, pero si realizamos un esfuerzo global y continuado, dentro de pocos años podremos contestar que no.

Carlos Mediano
Coordinador de STOP MALARIA NOW en España

Más información en www.stopmalaria.org



Mosquiteras en la maternidad, Nampula, Mozambique
Fotografía: Flaviano de Pablo para MMC

AYÚDANOS A HACER REALIDAD EL DERECHO A LA SALUD

La información que nos facilitas será recogida en nuestro fichero personalizado y confidencial. Tienes derecho a acceder y rectificarla o cancelarla. Si no deseas recibir más información de medicmundi Catalunya, solo tienes que marcar con una X esta casilla:

- Ya soy socio/a de **medicmundi Catalunya**, deseo modificar mi cuota:
- _____ euros al mes
 - _____ euros al trimestre
 - _____ euros al semestre
 - _____ euros al año
- Deseo ser socio/a de **medicmundi Catalunya** con:
- 10 euros al mes
 - _____ euros al mes
 - _____ euros al trimestre
 - _____ euros al semestre
 - _____ euros al año
- Deseo hacer una nueva aportación de: _____ euros

DATOS PERSONALES

NOMBRE	_____
APELLIDOS	_____
DOMICILIO	_____
	_____ CP _____
POBLACIÓN	_____
PROVINCIA	_____
TELÉFONO	_____
NIF	_____
FECHA DE NACIMIENTO	_____
PROFESIÓN	_____
FAX	_____
E-MAIL	_____

Datos imprescindibles para poder enviarte el recibo correspondiente a tus aportaciones y poder deducir el 25 % en la declaración del IRPF.

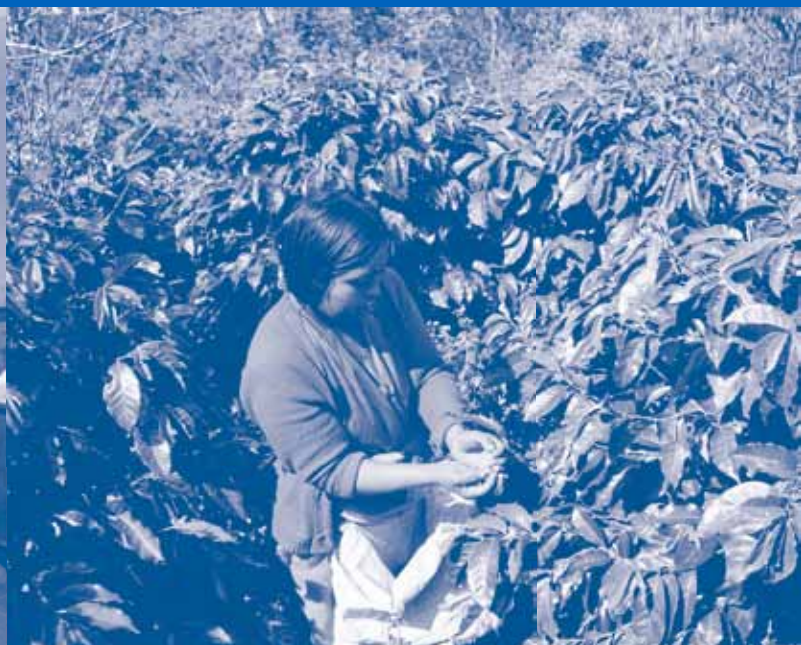
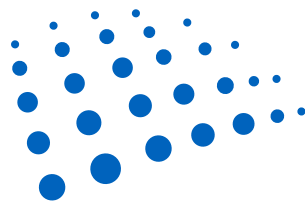
FORMA DE PAGO

- Con cheque a nombre de **medicmundi Catalunya** junto con tus datos
- Domiciliación bancaria
- Titular de la cuenta _____
- | | | | |
|---------|---------|---------|------------------|
| Entidad | Agencia | Control | Número de cuenta |
| ____ | ____ | ____ | ____ |
- Transferencia bancaria a "la Caixa" cuenta 2100 1010 51 0200065471
Escribe tus datos y adjunta el comprobante de tu banco o caja

FIRMA
titular de la cuenta o libreta

Fiare

banca ètica



FIARE, BANCA ÉTICA:

AHORROS RESPONSABLES PARA CAMBIAR EL MUNDO

www.projectefiare.cat


medicusmundi
catalunya