



**LOS ERRORES, QUE SEAN NUEVOS.
20 AÑOS EN MOZAMBIQUE**

**“A LUTA CONTINUA” EL USO DEL AUDIOVISUAL
COMO HERRAMIENTA DE CAMBIO SOCIAL**

**LA CARENCIA DE PERSONAL SANITARIO, EN EL
ORIGEN DE LA RÁPIDA EXPANSIÓN DEL ÉBOLA**

**PREPARANDO LA 9ª EDICIÓN DE LA MUESTRA
DE CINE “SALUD, DERECHOS, ACCIÓN”**

**POR EL DERECHO A LA SALUD
¡SÍGUENOS EN LAS REDES SOCIALES!**

SUMARIO

EDITORIAL	2
LOS ERRORES, QUE SEAN NUEVOS. 20 AÑOS EN MOZAMBIQUE	3
“A LUTA CONTINUA” EL USO DEL AUDIOVISUAL COMO HERRAMIENTA DE CAMBIO SOCIAL	8
LA CARENCIA DE PERSONAL SANITARIO, EN EL ORIGEN DE LA RÁPIDA EXPANSIÓN DEL ÉBOLA . . .	12
PREPARANDO LA 9A EDICIÓN DE LA MUESTRA DE CINE “SALUD, DERECHOS, ACCIÓN”	14
POR EL DERECHO A LA SALUD ¡SÍGUENOS EN LAS REDES SOCIALES!	15

ABRIL 2015 • CASTELLANO

CRÉDITOS

COORDINACIÓN, REDACCIÓN
Margarida Garcia Ruiz

COLABORACIONES

Carlos Mediano
Xavier Mòdol
Teresa Seisdedos
Ivan Zahinos

FOTOGRAFÍAS

Flaviano de Pablo
Archivo de **medicusmundi** Catalunya
FICR / Kathy Mueller

DISEÑO

LUZZATTI

IMPRESIÓN

Gráficas San Sadurní

DEPÓSITO LEGAL

B20068- 2009



BARCELONA

C/ Secretari Coloma, 112, 1º
Edificio Podium
08024 Barcelona - Tel. 934 184 762

LLEIDA

Espai Entitats Salut - C/ Henry Dunant, 1
25003 Lleida - Tel. 973 106 834

EDITORIAL

Llevamos más de 50 años, camino de 52 para ser exactos, y 20 ya en Mozambique (como puedes leer en estas páginas), defendiendo el derecho a la salud, principalmente en los países empobrecidos y sus zonas más rurales, con menos acceso a los servicios.

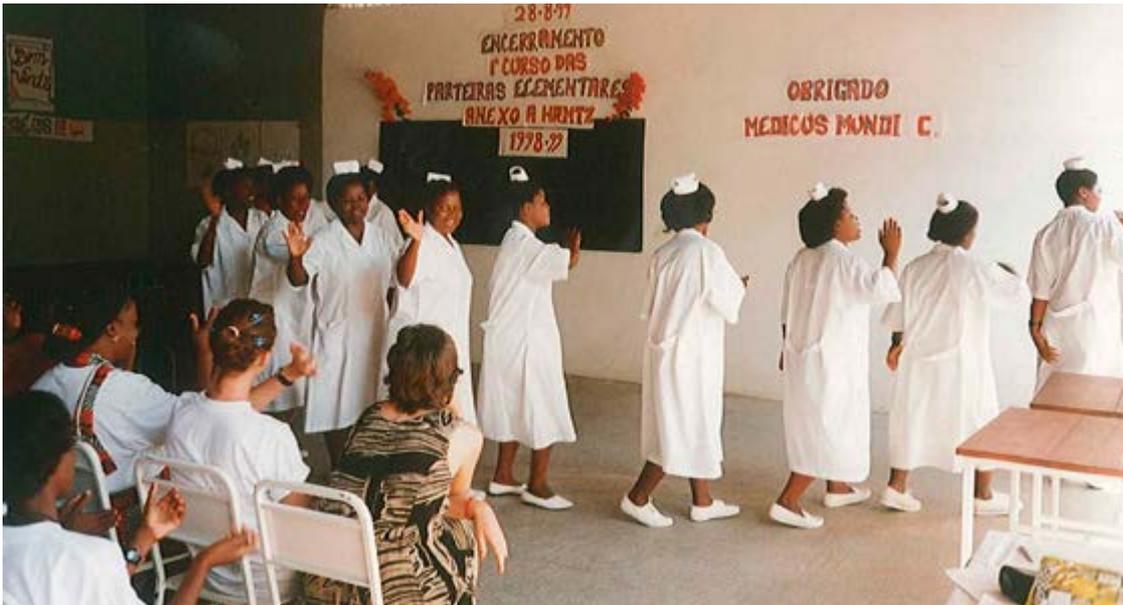
En todos estos años hemos visto como se ha ido destruyendo la promesa de la conferencia de la OMS en Alma Ata (1978) de lograr “salud para todos y todas”, y cada vez más, con la excusa de la crisis, vemos como en el sur se impide la construcción de sistemas públicos de salud y en el norte se desmantelan los sistemas que ya teníamos, mientras se impulsa la privatización y la mercantilización de la salud. Cabe destacar que por primera vez en décadas ya no tenemos sanidad universal en España, con las graves consecuencias para la salud de todos que esto implica, no sólo para la de las personas excluidas (algo ya de por sí gravísimo).

Es por ello que seguimos con los proyectos de fortalecimiento de los sistemas públicos de salud en Mozambique, Angola, Ecuador, Bolivia y los campos de refugiados saharauis en Argelia, apostando por la Atención Primaria de Salud, pero también defendemos la salud aquí, con campañas, incidencia política, comparecencias en el Parlamento de Cataluña y otras instituciones, muestras de cine y la participación en movimientos como la Marea Blanca catalana, la Plataforma para una Atención Sanitaria Universal en Cataluña (la PaSuCat) o el movimiento internacional People’s Health Movement.

Estamos convencidos de que la salud es un derecho humano, y lo queremos decir alto y claro. La salud ni se compra ni se vende, es un derecho que, si no se garantiza, hay que reclamar y luchar por él. Porque nos jugamos, literalmente, nuestra vida y la de nuestros hijos e hijas. Y la lucha por la salud es hasta cierto punto técnica y científica (vacunas, medicamentos, tecnología...) pero, sobre todo, es una lucha política, puesto que son las decisiones de los gobiernos y las instituciones multilaterales las que pueden inclinar la balanza hacia una salud para todos y todas o sólo para algunos.

En las siguientes páginas encontrarás un resumen de la contribución de **medicusmundi** Catalunya a esta lucha, que tú haces posible con tu apoyo. Y tienes mucha más información en nuestro blog, las redes sociales y el video manifiesto que acabamos de estrenar (más información en la página 15). Muchas gracias por estar siempre ahí.





LOS ERRORES, QUE SEAN NUEVOS 20 AÑOS EN MOZAMBIQUE

Hace 20 años, en 1994, dos años después de la firma del Acuerdo General de Paz, Mozambique iba a celebrar sus primeras elecciones democráticas y, lo que quizás fuera más importante para el mantenimiento de la paz, también África del Sur iba a estrenarse, celebrando su primer plebiscito libre. Ese mismo año, a propuesta de la Cooperación Española, **medicusmundi** Catalunya envió al país dos misiones para la identificación de un proyecto orientado al desarrollo.

Esta es la descripción, hecha por dos miembros del primer equipo de **medicusmundi**, de cuáles fueron las estrategias que definieron el proyecto. Si algo teníamos claro era que los únicos errores que valía la pena cometer eran los nuevos, y de ahí una cierta inclinación por la introducción de intervenciones originales en el contexto.

SELECCIÓN DE DISTRITOS: LA REGIÓN SUR DE CABO DELGADO

El planteamiento original era la elaboración de un proyecto que combinara desarrollo sanitario e investigación¹. Los primeros técnicos de **medicusmundi**

1 El lugar seleccionado para el proyecto resultó no cumplir los requisitos necesarios para una estación de investigación avanzada, fundamentalmente por su distancia de la capital –2.500 km– y los problemas de comunicación derivados. Eventualmente, se diseñó un proyecto separado que se conoce ahora como el Centro de Investigación de Manhiça.

en visitar el país, Joaquim Gascón y Steffano Sanfilippo, visitaron varias zonas de Mozambique seleccionando, de acuerdo con el Ministerio de Salud (MISAU), Cabo Delgado como la provincia con menos apoyo internacional en todo el país. Un consultor, que luego se convertiría en el primer coordinador del proyecto, visitó la zona para hacer una identificación en profundidad.

La zona en cuestión, que pasó a llamarse coloquialmente la Región Sur de Cabo Delgado, estaba compuesta de tres distritos, con una extensión de más de 28.000 km² (no muy inferior a la de

Catalunya) y una población cercana a las 400.000 personas. Cada uno de los tres distritos –Montepuez, Balama y Namuno– tenía población suficiente para justificar un proyecto, pero la combinación de los tres daba coherencia a la intervención porque los distritos dependían unos de otros y el Hospital Rural de Montepuez servía de unidad de referencia para los tres. La extensión geográfica, la elevada población y una red sanitaria compleja (un hospital rural de 100 camas, dos centros de salud de 20 y 40 camas, y alrededor de 20 unidades sanitarias periféricas, gestionados por personal sanitario de distinto nivel de formación, pero sin un solo médico)



dan idea de la ambición del proyecto, aún más teniendo en cuenta que el Ministerio de Salud rechazaba intervenciones de “desembarco” con multitud de expatriados.

CAPACIDAD EN EL TERRENO, REPRESENTACIÓN EN MAPUTO

A diferencia de proyectos en los que las decisiones se toman en la capital del país cuando no en la sede de la ONG, se buscó desde el principio dar una autonomía sustancial al equipo sobre el terreno. La representación en Maputo se dedicaría fundamentalmente a labores de enlace con el Ministerio y a resolver los innumerables problemas logísticos de un proyecto tan grande y tan carente de infraestructura.



APOYO TÉCNICO: POCOS Y DENTRO DEL SISTEMA

El Ministerio de Salud había pedido específicamente evitar grandes equipos de expatriados. La selección del equipo fue cuidadosa y cautelosa. Se buscaron profesionales con formación y experiencia, con recursos personales para adaptarlos a la situación e, igualmente importante, con la capacidad de vivir en un entorno de relativo aislamiento². Cada cooperante debía ser polivalente. Se priorizaron las habilidades de las que el sistema carecía en ese momento³, concretadas en capacidad qui-



- 2 Por ejemplo, el equipo recibió los vehículos 9 meses después de su llegada al terreno. Aunque probablemente excesivo, se buscó que los cooperantes tuvieran que utilizar los medios locales para sus desplazamientos. Esto reforzó la aceptación entre el personal local y sirvió para mostrar al personal expatriado lo complicado que es moverse en un contexto en el que básicamente no hay transporte público. Entender esto es importante para comprender la presentación de muchos de los problemas sociales y de salud.
- 3 Se adoptó la máxima de que cooperación es en buena parte sustitución, de capacidades técnicas o de recursos financieros de los que

rúrgica, experiencia en organización de cuidados primarios de salud, formación, y planificación y gestión sanitarias. Un médico fue destinado a apoyar el Centro de Formación de Pemba y tres en los distritos, basados en Montepuez bajo la premisa de que mantener el hospital operacional (traducido por la presencia permanente de un médico y la capacidad de realizar cirugía de urgencia) era la prioridad absoluta.

Otra de las características del proyecto fue que todos los cooperantes –con la excepción del representante en Maputo y el logístico, por razones obvias– se subordinaban explícitamente a las autoridades sanitarias a nivel distrital y provincial, convirtiéndose en un elemento más del sistema público de salud. Las funciones del coordinador incluían la negociación con las autoridades de aspectos como la financiación o los planes de construcción, pero no dirigir a los cooperantes en sus tareas diarias. Esta era función de sus responsables orgánicos, aunque en la práctica, una parte de la jornada se dedicaba a dar apoyo a esos responsables en la gestión de recursos y organización de los servicios.

AYUDA PRESUPUESTARIA PRIMERO, FONDO PARA SALARIOS MÁS TARDE

Uno de los pilares de la intervención fue la Ayuda Presupuestaria, un concepto novedoso en su aplicación por ONGs, y que estaba en sus inicios en Mozambique con la participación de algunos donantes⁴. Se adoptó esta estrategia por dos razones; por un lado, era una forma de desactivar las continuas demandas de fondos para actividades específicas tan comunes

el sistema no dispone, hasta que este sea capaz de ofrecerlos.

4 La Ayuda Presupuestaria de MMC, aunque rechazada inicialmente por el financiador, fue utilizada una década después como la prueba de que la Cooperación Española estaba involucrada en esta modalidad de apoyo financiero desde el principio de su introducción en Mozambique.



en los proyectos (actividades de formación, compra de material); por otro lado, se consideró la mejor fórmula para acceder a la información sobre los otros recursos del sistema –desde los presupuestos del estado hasta los fondos verticales de los donantes– y establecer intervenciones de mejora de la gestión financiera. Incidentalmente, sirvió también para cualificar a **medicmundi** como un socio fiable y asegurar su participación en ejercicios de planificación de ámbito provincial, ocasionalmente representando a la Dirección Provincial de Salud (DPS) en sus negociaciones con el nivel central y los donantes.

Al final de la primera fase del proyecto, la ayuda presupuestaria tomó un componente adicional, la utilización de una cantidad limitada de fondos para la financiación de los primeros meses de contrato de personal recién salido de los centros de formación⁵, con el mismo nivel de salario que en un contrato regular. Una vez más, la función de **medicmundi** consistía en financiar las

5 La escasa recaudación de impuestos del Gobierno Provincial, derivada del limitado desarrollo económico de la provincia, impedía a la DPS contratar el personal recién formado, que inevitablemente se dirigía a provincias con mayor capacidad financiera.



Direcciones Distritales de Salud (DDS) y acordar con ellas el número y la distribución del personal contratado. Toda la gestión, financiera y de personal, era de la responsabilidad de las DDS.

FORMACIÓN: CENTRO DE PEMBA, ADIÓS A LA “SEMINARITIS”, Y EL CURSO DE PARTERAS

En el momento de diseñar el proyecto, existía un consenso creciente sobre la poca utilidad de los seminarios⁶ como forma de mejorar el desempeño del personal. Se decidió, por lo tanto, que la utilización de los seminarios como metodología de formación sería la excepción y no la regla. Además de la formación en trabajo, ejecutada de manera no formal, cuando se acompañaba al personal sanitario en sus diferentes tareas diarias, se optó por dar prioridad a intervenciones sobre formación inicial,

con la contratación de un cooperante para dar apoyo al Centro de Formación de Pemba. En la segunda fase del proyecto se financió, organizó y coordinó la realización de un Curso de “Parteras Elementales” en unas instalaciones adaptadas y diseñadas al efecto, y que permitió casi doblar, en poco más de un año, el número de maternidades periféricas operacionales en la provincia.

RECONSTRUCCIÓN: NO SIN UN PLAN

Uno de los componentes más atractivos para las autoridades sanitarias era la construcción-rehabilitación de unidades sanitarias. Aunque Cabo Delgado no había vivido la guerra con la misma intensidad que provincias como Sofala o Zambézia, la inversión en la red sanitaria se había limitado a la construcción de puestos de salud, en general de mala calidad, en el contexto de la rehabilitación inicial post guerra.

Aunque el proyecto inicial incluía una lista de intervenciones prioritarias, se propuso a las autoridades empezar por la elaboración de un Plan de Reconstrucción para toda la región, que

incluiría intervenciones sobre estructuras existentes y la construcción de otras nuevas. Dada la relativa flexibilidad de los fondos de la ONG, se optó por complementar lo que donadores mayores y más rígidos estuvieran financiando. En el momento de iniciar el proyecto, el MISAU estaba en conversaciones con varios Bancos de Desarrollo para la rehabilitación de toda la red de hospitales y centros de salud grandes, por lo que **medicumundi** se dedicó a la red periférica⁷.

Además de la coherencia en la intervención, la aprobación de un plan sirvió para evitar –o por lo menos limitar– el regateo tan frecuente cuando la construcción de nuevas estructuras hace que autoridades dentro y fuera del sector se “interesen” por la localización y las características de las obras a realizar.

6 En el MISAU se llegó a acuñar el término “seminaritis” para describir una situación en la que el personal atendía actividades de formación –sistemáticamente en forma de reuniones sin ninguna actividad práctica– para complementar su sueldo con los perdiem ofrecidos por los financiadores internacionales.

7 Sin embargo, y como es habitual, la financiación prevista para hospitales no se concretizó, y si lo hizo una línea de fondos para unidades periféricas. En la segunda fase del proyecto, MMC dedicó sus fondos a las estructuras de sede distrital, al Hospital Rural de Montepuez y a los hospitales distritales de Balama y Namuno.



A pesar de que la autoconstrucción por parte de la ONG, la modalidad más frecuente en aquel momento, fuera más fácil de implementar, también en este caso se atendió la petición del gobierno y se contrataron los trabajos a empresas locales. La función del logístico consistía en el diseño de las obras (aunque basado en las orientaciones del MISAU), negociación de contratos, fiscalización de la calidad de las obras y, en no pocas ocasiones, salir al rescate de una empresa con menor capacidad de la anticipada.

En resumen, el Proyecto de Desarrollo Sanitario de la Región Sur de Cabo Delgado nació con la voluntad explícita de integración en el funcionamiento normal del sistema, pero también con la pretensión de introducir cambios que podrían modificar (y con suerte, mejorar) el sistema para las próximas décadas y que pudieran ser asumidos por el mismo a medio plazo.

La actividad diaria del equipo, sin embargo, tenía poco que ver con estas grandes líneas estratégicas. El tiempo se iba en actividades de rutina, en la atención a pacientes, en la resolución de los mil problemas de cada día.

Durante toda la primera fase del proyecto, las autoridades sanitarias no dispusieron de ningún técnico local con capacidad quirúrgica, distritos de más de 100.000 habitantes no tenían un médico nacional, el sistema de información era rudimentario y, peor todavía, pocos técnicos lo entendían o tenían algún interés. Sin embargo, nadie parecía tener prisa por obtener resultados. En palabras de un asesor del MISAU y dadas las condiciones de la provincia: “si la intervención no era un fracaso rotundo en su primera fase, habría que plantear por lo menos una década de esfuerzos continuos”.

Quizás una de las pruebas de que alguna cosa estaba cambiando fue la respuesta a la epidemia de meningitis de 1996. Aquel año, y por primera vez en la historia reciente, la provincia de Cabo Delgado se vio sacudida por una emergencia de gran tamaño; sólo en la Región Sur se atendieron más de 4.000 casos de meningitis meningocócica, forzando a la puesta en marcha de una docena de puntos de tratamiento en zonas remotas. Lo que caracterizó esa epidemia, sin embargo, fue que por primera vez el sistema se hizo cargo de la respuesta a una gran emergencia “sin llamar a la caballería”, es decir, a la ayuda externa. Du-

rante años, la capacidad demostrada en la contención de la epidemia fue motivo de orgullo para los técnicos que habían participado en ella.

Los equipos que inician proyectos como este tienen una ventaja porque pueden “dibujar” el perfil del proyecto; los equipos que vengan detrás tendrán que conocer y asumir lo hecho por sus predecesores, para adaptar las modificaciones necesarias. El inconveniente, claro está, es que quien inicia un proyecto rara vez es capaz de seguirlo, de evaluar si lo que se planteó como una solución nueva resultó ser en realidad un error nuevo.

En recuerdo de Carmen Jiménez, primera representante de Medicus Mundi Catalunya en Mozambique, fallecida en 2014 después de una larga lucha, en gran parte librada en aquel país, contra el cáncer.

Xavier Mòdol y Teresa Seisdedos

Miembros del primer equipo de medicumsmundi Catalunya en Mozambique



“A LUTA CONTINUA” EL USO DEL AUDIOVISUAL COMO HERRAMIENTA DE CAMBIO SOCIAL

Cada día, estamos más convencidos de que el audiovisual y la comunicación pueden ser unas potentes herramientas para el cambio social. Un ejemplo podría ser el documental “Ciutat Morta”. Su emisión en la televisión pública catalana y, sobre todo, la gran campaña de comunicación que ha hecho el equipo del documental desde hace más de un año han conseguido un gran revuelo en la sociedad, los medios y las instituciones. Creemos que, de la misma manera, el medio cinematográfico puede resultar muy útil para promover el debate sobre el derecho a la salud y la manera de conseguirlo en todo el mundo. Así está sucediendo, en el sector de la cooperación, con nuestro documental “A Luta Continua”.

Con la idea de usar el audiovisual en favor del derecho a la salud, desde el año 2007 organizamos la muestra de cine “Salud, derechos y acción” y nos hemos lanzado a la producción de audiovisuales. Nos estrenamos en 2007 con el docudrama “Silêncio da mulher” (Silencio de mujer) sobre el VIH en Mozambique y en 2014 estrenamos el documental “A luta continua” (La lucha continua), una revisión crítica

del sistema de salud y la estructura de la ayuda en Mozambique. Continuaremos con esta línea con “Kafana” (Ya basta), un documental sobre la lucha del pueblo saharauí por construir un sistema de salud en los campos de refugiados de Tindouf, que estrenaremos el 28 de mayo en Barcelona y, ya más adelante, con otro acerca de los efectos de la industria extractiva en la salud de la población mozambiqueña.

Pero volvamos a “A luta continua” y al porqué de este trabajo con Kanaki Films.

Han pasado más de 30 años desde que en la conferencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de Alma Ata se lanzó el sueño de “Salud para todos y todas” y se apostó por una estrategia, la “Atención Primaria de Salud” (APS),





como la forma más eficaz y eficiente para lograr este objetivo. ¿Estamos más cerca de ese sueño hoy en día? ¿La APS se ha convertido en el referente para el fortalecimiento de sistemas de salud que aseguren cobertura universal? ¿Es Mozambique un ejemplo a seguir en este sentido?

Estas preguntas son las que trata de responder *"A luta continua"*. Lo cierto es que el Gobierno de Mozambique ha defendido que la APS es su principal apuesta sociosanitaria para la mejora de la salud de la población. Esta orientación ha guiado, de forma teórica, todas las políticas sanitarias, siguiendo las

recomendaciones establecidas por la propia OMS, que considera que la APS puede resolver hasta el 80% de los problemas sanitarios de la población.

No obstante, la práctica demuestra que los recursos financieros, humanos e institucionales del gobierno, y sobre todo, los recursos que provienen de sus socios, no se aplican siempre en esta dirección. Si las evidencias y políticas internacionales demuestran que es la mejor opción, si la política nacional se basa en este enfoque, ¿por qué no se prioriza la APS en Mozambique? ¿Se está así realmente trabajando en el fortalecimiento del sistema de salud?

A través de entrevistas con responsables del Ministerio de Salud, donantes, agencias internacionales, representantes de la sociedad civil y los propios funcionarios sanitarios, el documental *"A Luta Continua"* repasa las dificultades que tiene Mozambique para construir un sistema de salud para todas y todos.

El documental se estrenó en los cines Girona de Barcelona el pasado mes de mayo, como clausura de la 8ª edición de la Muestra de Cine "Salud, derechos, acción", y ya en el mes de julio fue el turno de la capital mozambiqueña, Maputo, donde se esperaba con gran expectación. En ambas ocasiones la proyección





no dejó a nadie indiferente y se generaron intensos e interesantes debates sobre el papel de la cooperación internacional en el desarrollo de los sistemas de salud, la atención primaria y la mercantilización de la salud. Y desde entonces se han repetido ya en 33 espacios de toda España, Mozambique y Ecuador, en filmotecas, universidades, jornadas de la AECID, diferentes fóruns mozambiqueños y un largo etcétera, que continuará en los próximos meses. Y de eso se trata, de generar debate, de reflexionar sobre las mejores opciones para garantizar, no sólo en Mozambique sino en cualquier país del mundo, sistemas públicos de salud al servicio del derecho a la salud de la población

y no del interés de unos pocos capitales y empresas. Nosotros apostamos firmemente por la Atención Primaria de Salud para conseguirlo. ¡Hagámosla posible!

El documental on line y toda la información relacionada (materiales, artículos, agenda de proyecciones, etc.) está disponible en nuestro blog www.medicusmundi.cat

Ivan Zahinos y Margarida Garcia
medicusmundi Catalunya



LA CARENCIA DE PERSONAL SANITARIO, EN EL ORIGEN DE LA RÁPIDA EXPANSIÓN DEL ÉBOLA

Artículo de **Carlos Mediano**, director de Estudios de **medicmundi**, publicado el 26 de septiembre de 2014 en el diario El Mundo



Julio de 2014, distrito de Kailahun, Sierra Leona: voluntarios de la Cruz Roja se preparan manipular cadáveres de personas muertas por Ébola. FOTO: FICR / Kathy Mueller

Hemos considerado interesante publicarlo de nuevo en nuestra revista dada la alarma producida en todo el mundo por esta epidemia y, en especial, en España, por el caso de contagio de una enfermera en Madrid. Creemos que merece la pena una reflexión sobre el abordaje de esta epidemia y, sobre todo, acerca de las causas que nos han llevado hasta esta situación. Y lo hacemos ahora, que ya no se habla del asunto en los medios de comunicación, porque la epidemia, aunque más controlada, sigue vigente en África. Y porque la verdadera epidemia en salud, la desigualdad, está presente, desgraciadamente, en demasiados rincones del planeta.

La epidemia de ébola que sufre África Occidental se ha convertido en la mayor alarma mediática de los últimos años. Los motivos están claros. Por un lado, su alta letalidad, por otro la falta de medidas de prevención seguras y la ausencia de un tratamiento específico, pero sobre todo, su rápida expansión y por ende la posibilidad de que pueda afectar a los países desarrollados.

Sin embargo, y a pesar de todas estas circunstancias, el ébola no es la única crisis sanitaria a la que se enfrentan estos países, y son otras enfermedades como la malaria, el cólera o la tuberculosis las que acaban con un mayor número de personas cada año. Por tanto, si bien es cierto que se deben tomar medidas para frenar esta enfermedad endémica, también lo es que cuantitativamente no tiene, por lo menos hasta el

momento, la importancia en términos de mortalidad que tienen otras enfermedades.

Lo que sí que coincide en todas las epidemias es que los recursos económicos, técnicos y humanos para erradicarla no son suficientes, prueba de ello es que a principios de septiembre la Organización Mundial de la Salud (OMS) pidió

que se cuadruplicaran los esfuerzos contra el ébola por parte de las agencias humanitarias.

Liberia, Guinea y Sierra Leona son los tres países más afectados por este virus, y no es casualidad que también estén dentro de la lista de los 15 países con menos personal sanitario por habitante -en los puestos seis, diez y catorce respectivamente. Las malas cifras también se repiten en términos de mortalidad materna, datos que son un buen indicador de la fortaleza o debilidad de un sistema de salud. Sierra Leona es el país que tiene la tasa de mortalidad materna más alta del mundo, estando Guinea y Liberia en los puestos nueve y diez, respectivamente. Y los países desarrollados somos parte del problema: Liberia y Sierra Leona son dos de los cinco países africanos que pierden más del 50% de sus médicos porque migran a los países de la OCDE.

Con estos números tan alarmantes, lo que está claro es que la escasez de personal sanitario es un gran problema en todos los países africanos, y que los sistemas de salud son extremadamente frágiles. Pero ojala el problema solo fuera la cantidad, en muchas ocasiones lo que falla es la ausencia de personal de salud bien capacitado. Es fundamental la formación sanitaria, pero también el desarrollo de capacidades básicas como la asimilación de otros patrones culturales, competencia indispensable para que puedan ser aceptados por la población, evitando rechazos. En África hay 731 etnias diferentes por lo que esperar un comportamiento homogéneo es complicado.

El caso concreto de la epidemia del ébola es un ejemplo ideal de la importancia de ampliar la formación sanitaria en ámbitos que trascienden de lo puramente clínico. Y es que se han detec-

tado serias dificultades para convencer a la población local de que, en ciertos rituales funerarios, hay que extremar las medidas de prevención del contagio de la enfermedad, ya que en el momento del fallecimiento es cuando la infectividad es más alta. Pero este es un trabajo, el de la confianza personal entre el sanitario y la comunidad, que no puede hacerse durante una emergencia, sino que es necesario incorporarlo en los objetivos a medio y largo plazo de formación de personal.

Y si dejamos a un lado los conocimientos, los profesionales sanitarios también necesitan medios materiales, técnicos y económicos. Sin embargo, la nota dominante en la mayoría de las intervenciones es la precariedad de recursos, condición que explica por qué los trabajadores de salud están directamente afectados por esta epidemia, e incluso mueren, empeorando así el problema de la escasez de recursos humanos.

FORTALECIMIENTO DE ESTRUCTURAS LOCALES

Para **medicusmundi** la única solución a largo plazo es fortalecer los sistemas de salud locales, que son quienes deben responder a las necesidades de la población. Y dentro de este fortalecimiento, es necesario invertir en un programa de recursos humanos, en el que cada país sepa cuánto personal sanitario necesita y qué perfiles profesionales debe tener, e invertir en la formación, mantenimiento y retención de estos, ya que son un elemento clave para asegurar la salud.

Sin embargo, y a pesar de todo lo que hemos visto, sería un error pensar en que la solución es conseguir suficientes trabajadores sanitarios para

luchar contra esta u otras epidemias. Ahora es el ébola, y es importante poner todos los esfuerzos para controlar este brote, pero ¿qué pasara el año que viene? ¿será una epidemia de sarampión o una nueva gripe? ¿u otras viriasis hemorrágicas como las de Marburg o de Lassa?

La salud no se puede compartimentar, y aunque parece que no hay más enfermedad que el ébola en estos momentos, no podemos olvidarnos de otras como la malaria, la tuberculosis, el VIH o las diarreas... todo ello en un entorno de extrema pobreza, que es el mayor determinante de salud de una persona.

Carlos Mediano

Director del Departamento de Estudios de **medicusmundi**.

EN MAYO UNA NUEVA CITA CON EL MEJOR CINE SOBRE SALUD: LLEGA LA 9ª EDICIÓN DE “SALUD, DERECHOS, ACCIÓN”

Un año más, y ya van nueve, estamos preparando, junto a Farmacéuticos Mundi, una nueva edición de esta muestra de cine que empezó en 2007 en los Cines Verdi Park de Barcelona y que desde hace un tiempo se ha trasladado a los Cines Girona de la ciudad condal, además de acercarse a muchas otras localidades catalanas con sesiones de cine fórum.

Un projecte de Medicus Mundi Catalunya i Farmacéutics Mundi sobre el dret a la salut al món. Històries, luites personals i col·lectives, creativitat audiovisual i també tota la informació pràctica del programa i els espais on tindrà lloc cada sessió.

¡Consulta la web www.salutdretsaccio.org!

Películas, documentales y debates acerca del derecho a la salud en el mundo, acercando proyectos, instituciones, movimientos sociales y luchas globales y locales en defensa de la salud. Esta es un año más la apuesta de la Muestra. Y para ello también hemos estrenado la web www.salutdretsaccio.org, un espacio con toda la información práctica de la Muestra (y de todas las ediciones anteriores) pero sobre todo,

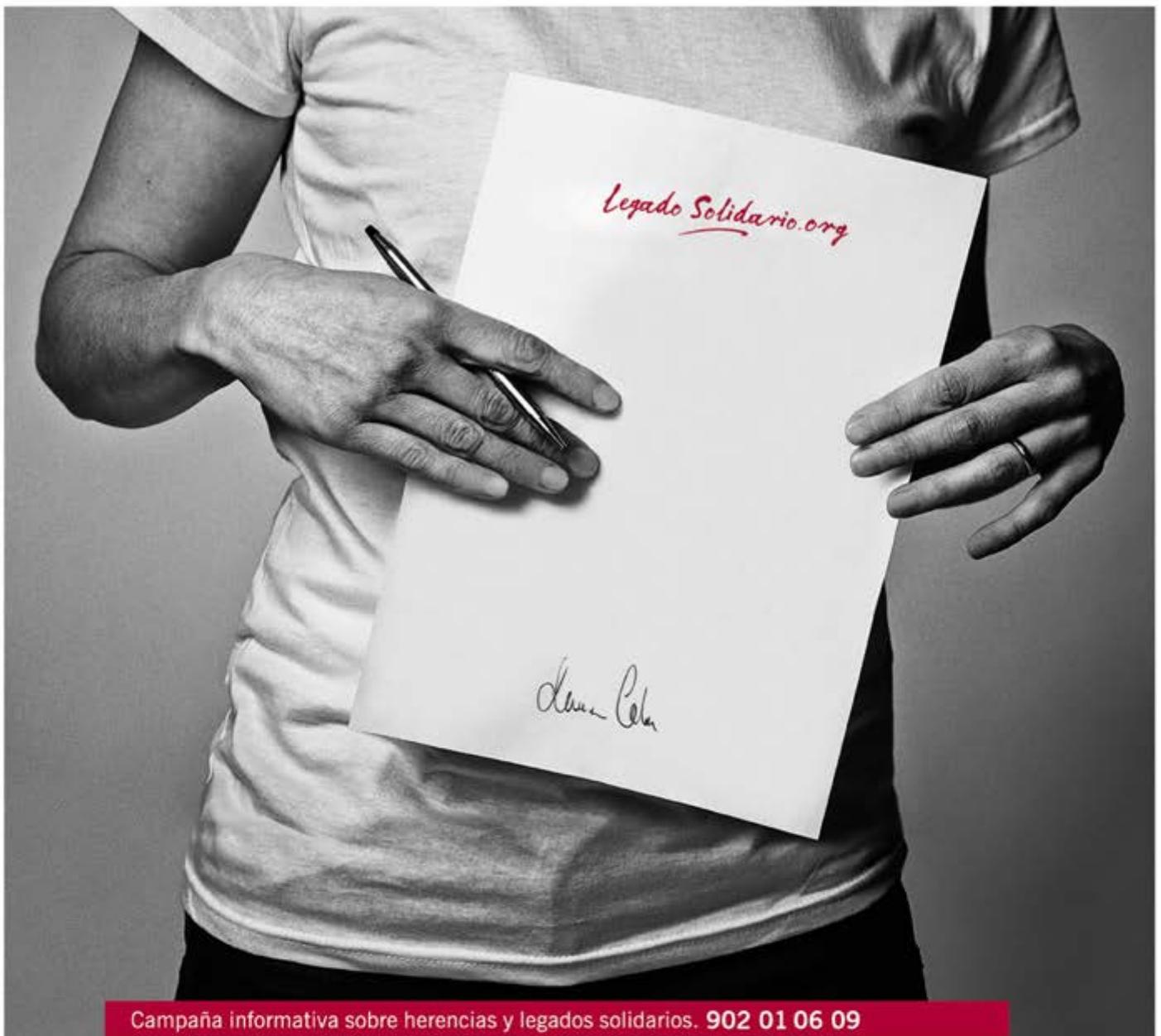
un espacio que quiere conectar todas estas luchas, movimientos y personas que trabajan para que el derecho a la salud sea una realidad.

Te esperamos todos los jueves del mes de mayo en los Cines Girona (C/Girona, 175, Barcelona). Y te avanzamos en primicia que este año también tendremos un documental de producción propia, “Kafana”

(Ya basta), esta vez sobre la construcción de un sistema de salud en un rincón del desierto del Sahara, en los campamentos de refugiados saharauis de Tindouf (Argelia). Toda la información en la web de la Muestra y las redes sociales.

Actividad gratuita. Reserva tu entrada en la web de la Muestra.

www.salutdretsaccio.org



Campanya informativa sobre herències i legats solidaris. 902 01 06 09

Hay deseos que cambian el mundo

Deja escrito el tuyo en testamento.
Haz un Legado Solidario.

Legado Solidario.org

