



Manifestación contra la
pobreza en la Pl. Sant Jaume
de Barcelona el 17 de octubre.
Fotografía: Luzzatti

EDITORIAL:

**CONTRA LA POBREZA: HAGAMOS CRECER
LOS DERECHOS, LA SOLIDARIDAD Y LA PAZ**

PROYECTOS:

**ASAMBLEA DE MEDICUSMUNDI ÁFRICA
AUSTRAL EN MAPUTO, MOZAMBIQUE**

ENTREVISTA:

**JUAN GARAY Y PATRICK VAN DESSEL, EXPERTOS
EN SALUD PÚBLICA, ANALIZAN LOS RETOS
DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN EL SUR**

A FONDO:

¿LO HAS VISTO EN LOS MEDIOS?

**SENSIBILIZACIÓN Y EDUCACIÓN PARA EL DESARROLLO:
ROMPER CON EL PESIMISMO**

EDITORIAL 3

Contra la pobreza: hagamos crecer los derechos, la solidaridad y la paz

PROYECTOS 4

Asamblea de **medicmundi** África Austral en Maputo, Mozambique

ENTREVISTA 6

Juan Garay y Patrick Van Dessel

A FONDO 8

¿Lo has visto en los medios?

SENSIBILIZACIÓN Y EPD 10

Romper con el pesimismo

NÚMERO 130 • OCTUBRE 2010

REVISTA CUATRIMESTRAL
CASTELLANO

ESTA NAVIDAD FELICITA LAS FIESTAS CON LAS TARJETAS DE MEDICUMUNDI

Ya se acercan las fiestas de Navidad y si quieres desear unas felices fiestas y los mejores deseos para el nuevo año a tus clientes, amigos y familiares, puedes hacerlo de manera solidaria con las tarjetas y las postales electrónicas de **medicmundi**.

Porqué ahora más que nunca, apelamos a la responsabilidad y el compromiso de personas como tú, que con la decisión de adquirir nuestras tarjetas de Navidad hacéis posible que muchas personas de países empobrecidos puedan acceder a servicios de salud de calidad.

Solo tienes que entrar en la web www.medicmundi.es y hacer tu pedido on line, ya sea de postales en papel o de felicitaciones electrónicas, y estarás colaborando en hacer realidad el derecho a la salud.

CRÉDITOS

COORDINACIÓN, REDACCIÓN Y CORRECCIÓN

Margarida Garcia Ruiz

COLABORACIONES

Jon Inchaurrega

Carlos Mediano

Campaña "Salud para el Desarrollo"

María Elena del Cacho

TRADUCCIÓN

Irene Tor

FOTOGRAFÍAS

Flaviano de Pablo

Archivo de **medicmundi** Catalunya

Archivo "Salud para el Desarrollo"

Joan Luzzatti

Governo do Estado de São Paulo

DISEÑO

LUZZATTI

IMPRESIÓN

Gráficas San Sadurní

DEPÓSITO LEGAL

B-20068-2009



ACTIVIDADES DE MEDICUMUNDI CATALUNYA EN LLEIDA

Como todos los años, **medicmundi** Catalunya ha participado en la **VII Feria de Entidades Solidarias de Lleida, el Solidarium**, los días 16 i 17 de octubre, con un stand informativo, cuenta-cuentos a cargo de Montse Esquerda y la muestra fotográfica "Objetivos del Milenio" expuesta todo el mes de octubre en la Facultad de Ciencias de la Salud de la UdL.

Los días 21 y 22 de octubre, **medicmundi** Catalunya ha organizado el **IX Curso de Aproximación a la Medicina Tropical** dirigido a profesionales sanitarios y a estudiantes universitarios de la rama sanitaria. Contamos con la colaboración del Centro de Vacunaciones Internacionales Eixample de Lleida, el Instituto Catalán de la Salud, MILPA, la Regiduría de Derechos Civiles, Cooperación e Inmigración del Ayuntamiento de Lleida, la Universidad de Lleida, el Colegio Oficial de Médicos de Lleida, el Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Lleida y los Laboratorios Ferrer.

Desde estas líneas queremos agradecer a nuestro grupo de voluntarios y voluntarias de Lleida y a todas las personas y entidades colaboradoras su dedicación.

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

A través del catálogo 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.

Anímate a cambiar tus puntos y ayúdanos a seguir reforzando la Atención Primaria de Salud en Angola y Mozambique y a luchar contra el sida y, en especial, contra la transmisión de la enfermedad de madres a hijos/as en Mozambique.

medicmundi
catalunya

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

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

CONTRA LA POBREZA: HAGAMOS CRECER LOS DERECHOS, LA SOLIDARIDAD Y LA PAZ

El 17 de octubre se celebra el día internacional para la erradicación de la pobreza y 2010 es el año europeo de lucha contra la pobreza y la exclusión social, pero desafortunadamente, tenemos que seguir hablando de recortes en los presupuestos dedicados a gasto social y a cooperación al desarrollo. Es por esto que dedicamos el espacio de este editorial a adherirnos al manifiesto de la Confederación Catalana de ONG, de la que formamos parte, y reproducimos un extracto de este:

En Catalunya, el 19% de la población vive en la pobreza, y sólo en la población inmigrada este porcentaje sube al 25%. En el Estado español hay 9 millones de personas que viven en la pobreza, en Europa la cifra se eleva a 80 millones, y en todo el mundo más de 1.020 millones de personas sufren desnutrición, y de éstas, el 70% son mujeres y niñas.

La población vulnerable crece día tras día en todo el mundo. La crisis ha agudizado la pobreza existente y ha aumentado el número de personas que la sufren. Esta crisis global es el resultado de un sistema económico que favorece las desigualdades, y de un sistema educativo y comunicativo que predica la competitividad y el consumismo en lugar de la solidaridad. Se está generalizando la idea de que hemos gastado por encima de nuestras posibilidades y que ahora es necesario austeridad, y así se recorta el gasto social.

La crisis no la pueden pagar quienes no la provocaron, éste es un argumento que las ONG utilizamos desde hace más de 20 años. Ahora se quieren aplicar en nuestro país las mismas "recetas" que hemos denunciado como las causantes de la pobreza extrema de miles de personas en todo el mundo. Se eligió la opción de un modelo económico que genera desigualdades. Las políticas sociales están en peligro y los recortes presupuestarios amenazan también los ocho euros anuales que cada catalán y cada catalana dedicamos a la cooperación internacional a través de los impuestos.

Las ONG sabemos que la crisis global es una oportunidad de cambio estructural que puede abrir la puerta a un mundo más sostenible y justo para todos y todas o bien suponer una mayor sumisión de los pueblos del mundo a los intereses de unas minorías. Catalunya necesita un estado de bienestar y una cooperación internacional a la altura de su riqueza y de las demandas de su ciudadanía; y conjugar estos dos objetivos no sólo es posible, sino que es la única opción éticamente viable.

Por todo esto, demandamos al futuro Gobierno los siguientes compromisos:

1. Un compromiso público de no recortar ni el gasto social en Catalunya ni la cooperación internacional catalana, y de conseguir ingresos por otras vías.
2. Un compromiso público de lograr el 0'7 en la próxima legislatura y mejorar la calidad de la cooperación catalana.
3. Un compromiso público de abolir la deuda externa de los países empobrecidos.
4. Un compromiso público para que la solidaridad y la cooperación con los más desfavorecidos sea un principio rector de las políticas catalanas y para que la defensa de los derechos humanos y la construcción de la paz orienten la acción exterior de la Generalitat, y la de todos sus departamentos.
5. Un compromiso público por la educación en valores reconociendo el trabajo educativo y comunicativo como parte fundamental de la política pública de fomento de la cooperación, la paz y los derechos humanos.
6. Un compromiso público de reducir drásticamente el gasto militar español y transformarlo en inversión social.
7. Un compromiso público de pedir la imposición de tasas a las transacciones financieras y la eliminación de los paraísos fiscales.

8. Un compromiso público de luchar contra el fraude fiscal y la corrupción y de reinvertir los fondos recuperados en servicios sociales o cooperación internacional.

9. Un compromiso público de impedir o retirar los fondos públicos y subvenciones de cualquier tipo a aquellas empresas que vulneren los derechos humanos.

10. Un compromiso público de reducir la huella ecológica catalana y la huella de carbono.

Ante el reciente anuncio del Gobierno español de recortar 1.000 millones de euros de recursos para la solidaridad, pedimos al Gobierno de Catalunya su compromiso con todas aquellas personas y colectivos más vulnerables, y porque las medidas contra esta crisis tengan en cuenta las causas estructurales que la han provocado y las consecuencias de nuestros modelos de producción y desarrollo, generadores de desigualdades e injusticia. También pedimos a los partidos y a los líderes de opinión que no hagan un uso demagógico de las políticas sociales y de cooperación, y que no den a entender que es un "lujo" que no nos podemos permitir. Este discurso es falso y oportunista, y fomenta la irresponsabilidad, la insolidaridad y la xenofobia. Las políticas sociales y las políticas de cooperación son mecanismos complementarios de redistribución de la riqueza, que han de converger necesariamente. Y por último, queremos pedir a la ciudadanía que se movilice contra la pobreza y la exclusión social, porque una vida digna para todos los seres humanos aún es posible.

Confederación Catalana de ONG

(Federación Catalana de ONG para el Desarrollo, Federación Catalana de ONG por los Derechos Humanos y Federación Catalana de ONG por la Paz).

ASAMBLEA DE MEDICUSMUNDI ÁFRICA AUSTRAL EN MAPUTO, MOZAMBIQUE

medicmundi ha celebrado en Maputo, del 11 al 15 de octubre, una nueva edición de la Asamblea anual de los trabajadores y trabajadoras de Mozambique. Ésta sirve de punto de encuentro del personal de los proyectos y este año han asistido también responsables de **medicmundi** Catalunya, Madrid y Álava, tres asociaciones de **medicmundi** que trabajan en Mozambique.

La Asamblea constó de dos partes, una parte abierta al público en formato de jornadas y otra a puerta cerrada de trabajo interno de la organización.

Los días 13 y 14 de octubre se celebraron las jornadas abiertas "Cooperación en el sector salud en Mozambique: aspectos contemporáneos" en la Universidad Eduardo Mondlane de Maputo, y con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID), la Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo (ACCD) y la Generalitat Valenciana.

Con estas jornadas abiertas a la participación de todos los actores de la cooperación en Mozambique, **medicmundi** pretendía abrir un espacio de reflexión sobre diversos aspectos de la cooperación sanitaria que se realiza en el país, para contribuir a su mejora. Así se abordaron: aspectos relacionados con los modelos de financiación de los sistemas de salud, con especial atención a las metodologías implementadas en los distritos; potenciales aplicaciones de los sistemas de información geográfica sanitaria en la salud pública; o la incorporación de la perspectiva de género en las políticas sanitarias y las iniciativas de la sociedad civil al respecto, con presencia de representantes de la ONG WLSA y de la organización mozambiqueña *Forum Mulher* (Foro mujer); entre otros temas. Contamos con la presencia del embajador de España en Mozambique, el Sr. Eduardo López Busquets, miembros del Ministerio de Salud de Mozambique, como los directores provinciales de salud de Inhambane, Nampula y Cabo Delgado, y la responsable nacio-

nal de la política de género, la Sra. Francelina Romão, así como representantes de otras embajadas presentes en el país y de financiadores como AECID, con la Sra. Begoña Hermida, responsable de salud, y la ACCD, con el Sr. Rui Reis.

El resto de días, 11, 12 y 15 de octubre, se dedicaron al trabajo interno de la organización. Así pues, se presentaron las actualizaciones del Manual Administrativo de **medicmundi**; la nueva Guía de Obras, que sistematiza el proceso que sigue **medicmundi** en la ejecución de construcciones de infraestructuras sanitarias; y la evaluación intermedia del Convenio AECID de refuerzo de la Atención Primaria de Salud de **medicmundi** en Angola y Mozambique, por parte de su autor, el consultor Fernando de los Ríos.

Pese a ser unos días de trabajo de carácter interno, contamos también con la presencia de diferentes invitados que nos ayudaron a esclarecer diversos aspectos de nuestra tarea. Representantes del Instituto Nacional de Gestión de Desastres, principal órgano gestor en caso de emergencias, y de la Organización Mundial de la Salud, nos hablaron de como se afronta la prevención de riesgos en Mozambique. Esta información nos será muy útil para implementar la nueva línea de prevención de riesgos en este país, como ya estamos haciendo desde hace unos meses en Ecuador. La ONG suiza Helvetas nos expuso su experiencia en el fortalecimiento de la sociedad civil, para que ésta participe en los procesos de desarrollo, elemento clave para una buena gobernabilidad. Y finalmente, destacamos la presencia de representantes de los ministerios de Trabajo, de Negocios Extranjeros y Cooperación, de Educación y de Interior (migración), ministerios implicados en la expedición de los permisos de trabajo para cooperantes extranjeros, en una sesión en la que atendieron todas nuestras dudas acerca de los complicados procesos de legalización de los trabajadores expatriados en el país. A esta sesión invitamos a otras ONG extranjeras que trabajan en el país interesadas en el tema.

En definitiva, tres días para hacer balance del trabajo hecho en el último año, mejorar los procesos administrativos y seguir preparando y planificando las actuales y futuras intervenciones. Desde estas líneas



agradecemos a todas las personas que participaron en la Asamblea y las jornadas su colaboración y el gran trabajo hecho.

medicmundi Catalunya



SENSACIONES Y EXPERIENCIAS DE UN PRIMER VIAJE A MOZAMBIQUE

Maria Elena del Cacho, Presidenta de **medicmundi Catalunya** desde abril de 2010 después de haber ocupado diferentes cargos en la Junta Directiva y ser una de las responsables del proyecto del laboratorio de medicamentos de los campamentos saharauis, ha viajado a Mozambique por primera vez para asistir a la Asamblea y visitar algunos de los proyectos. Estas son sus reflexiones después de la intensa experiencia:

Mozambique despierta temprano, a las 6h Maputo está llena de vida y movimiento. En mi primer día en la ciudad me despierta el almuecín y es la primera de mis sorpresas. A partir de ahí todo mi viaje me ha dejado sensaciones contrapuestas.

*Estas dos semanas me han permitido conocer personas vinculadas a **medicmundi**, desde las personas que integran la oficina de Maputo, con Ivan como coordinador, a otros representantes de **medicmundi Madrid** y **medicmundi Álava** y a todos los y las cooperantes que están en los diferentes proyectos.*

*Después de mi primer contacto con este país y su capital, he pasado unos días en Montepuez con Neus, la coordinadora del proyecto de Cabo Delgado, y Laia, la sanitaria, que se han encargado de mostrarme cual es su trabajo diario junto con el resto de personal de **medicmundi** en terreno: activistas, logistas, guardas, etc.*

He visitado centros de salud y hospitales, he asistido a reuniones y comisiones técnicas, he comprobado las dificultades que tiene el personal sanitario en las comunidades, la carga de trabajo, las complicadas recogidas de datos, tan imprescindibles para hacer buenas planificaciones. He visto las largas colas de mujeres con sus hijos esperando pacientemente su turno para ser visitadas, y las largas caminatas de la población por sendas interminables que parecen no tener fin.

He comprendido mucho mejor el porqué se debe trabajar desde la base, lo necesaria que es la ayuda a nivel distrital y trabajar para fortalecer a la sociedad civil, la continua necesidad de adaptarse a la forma de trabajar del Ministerio de Salud y de coordinarse con otros donantes.

La vuelta a Maputo y a la Asamblea me devolvió a otra realidad, la de escuchar a personas comprometidas con su trabajo para intentar mejorar las condiciones del país y de la población. El manejo y la coordinación de los presupuestos internos y externos, como desde la perspectiva de género se intentan elaborar proyectos y leyes, como hay que implementar herramientas comunes que faciliten el trabajo, como por ejemplo el Manual Administrativo, etc.

Y también tuve tiempo para compartir momentos personales aprovechando las comidas y cenas que durante la semana de la Asamblea y de las jornadas de puertas abiertas tuvieron lugar. Con todo esto me quedo, he vuelto cargada de fotos en las que se plasman muchos momentos, pero sin duda me quedo con aquellas imágenes imposibles de captar con una máquina, me quedo con el recuerdo de todo lo que he visto y todas las personas comprometidas que he conocido, y con la certeza de que debemos seguir trabajando juntos para hacer realidad el derecho a la salud.

Maria Elena del Cacho
Presidenta de **medicmundi Catalunya**

CONVERSAMOS CON DOS EXPERTOS EN SALUD PÚBLICA SOBRE LOS RETOS DE LOS SISTEMAS SANITARIOS EN EL SUR

Juan Garay es médico internista con extensa experiencia en ONGD, gobiernos locales y universidades africanas y coordinador del equipo de Salud y Desarrollo de la Comisión Europea.

Patrick Van Dessel es médico especialista en salud pública con experiencia en distintos países africanos y de América Latina y actualmente es investigador de la Unidad de gestión y políticas públicas del Instituto de Medicina Tropical de Amberes.

Invitados por la campaña de **medicus-mundi** Catalunya y Farmacéuticos Mundi "Salud para el Desarrollo" visitaron Barcelona la pasada primavera para participar en una conferencia. Previamente, pudimos conversar con ellos acerca de la situación de los sistemas de salud de los países del Sur.

El panorama de la salud mundial es desalentador con más de 9 millones de menores de 5 años que mueren cada año, unas 300.000 mujeres que mueren durante el embarazo y el parto o las más de 2,5 millones de muertes por VIH/SIDA. ¿Cuáles son las causas?

Juan Garay (JG). Nadie lo sabe, pero es interesante ver el último informe de estadísticas mundiales de salud que acaba de publicar la OMS y hacer un poco de análisis y correlacionar los indicadores (mortalidad materna, mortalidad infantil...) con factores como la pobreza, los riesgos de salud (agua, saneamiento, tabaco, nutrición...) y todo ello con el acceso a servicios, financiación, recursos humanos... Y vemos que sí existe una clara correlación entre los indicadores de mortalidad materna e infantil y el acceso a los sistemas de salud públicos e integrales.

Haciendo un análisis rápido, se puede decir que los sistemas de salud no han mejorado en la última década en los países más pobres y hasta pueden estar un poco peor. En África, ahora es menor la proporción de mujeres que reciben atención de personal especializado durante el parto que hace 10 años. A pesar de que la ayuda internacional se ha multiplicado por 4 y de que el producto interior bruto ha crecido de media alrededor de un 4 – 5%. El sistema de salud no ha sido el receptor

de todo este beneficio. Por lo tanto, el parto no ha sido ni eficiente ni equitativo.

En cambio, un estudio publicado recientemente en la revista The Lancet habla de una reducción de la mortalidad materna anual de 500.000 mujeres a 340.000 mujeres...

JG. Las estadísticas oficiales siguen manejando como dato 500.000 muertes maternas anuales, porque es complejo realizar las estimaciones, pero es verdad que no se puede hablar de medio millón de muertes maternas eternamente, ni de 1 millón de muertes anuales por malaria, sino que hay que ajustar los datos.

En el caso de la mortalidad materna se dice que ha habido una reducción del 21% en 10 años. Pero es curioso que la reducción de la mortalidad materna, y también de la infantil, sea menor en los países africanos y mayor en Latinoamérica o el sudeste asiático. El 50 % de estas muertes se siguen dando en el continente africano.

¿Cuál es la causa de esta debilitación de los sistemas de salud?

JG. "Sistema de salud" es un concepto poco claro, en la Comisión Europea hemos intentado analizar mejor el concepto y conocer los aspectos críticos de un sistema de salud. Lo que está claro es que los sistemas de salud necesitan buenas políticas: eficientes, pertinentes, integradoras y participativas. Y necesitan recursos. Por debajo de un dintel de recursos públicos para salud es difícil retener los recursos humanos, suministrar los medicamentos necesarios, etc. para garantizar la cobertura universal.

Pero luego hay aspectos políticos a tener en cuenta. Algunos países con pocos recursos consiguen buenos resultados. Angola tiene la misma renta per cápita que Sri Lanka, pero la mortalidad materna es 30 veces menor en Sri Lanka. Malawi, con 30 veces menos de renta per cápita que Guinea Ecuatorial, tiene la mitad de mortalidad infantil.

Son ejemplos de cómo se pueden usar los recursos limitados de manera más eficiente. Pero hay que tener en cuenta que no es posible mantener un mínimo de calidad de los servicios de salud sin un mínimo para mantener los pilares funcionales.

¿Cuál es, aproximadamente, este mínimo?

Patrick Van Dessel (PVD). El debate está abierto pero la proporción de la que se habla cada vez más para que se garantice un sistema de salud integral y universal es dedicar el 15% del presupuesto a salud. Aún así, no hay una sola verdad. Chile, Costa Rica y Colombia, con los mismos recursos, han hecho cosas muy diferentes y Costa Rica ha logrado unos indicadores de salud mejores. Además, el uso eficiente de los recursos tiene que ver con la equidad en el acceso. Dentro de un mismo país hay múltiples realidades.

JG. El 15% es un compromiso de la Unión Africana que luego se extendió a más países. Es una referencia interesante. Pero claro el 15% de nada es nada. Hay muchos ejemplos interesantes. Costa Rica da el 25% y, en cambio, uno de los países que invierte menos en salud es India, con el 3% del presupuesto, y sin embargo, están mejorando los indicadores. El mínimo absoluto es difícil de establecer, hay muchas teorías, pero podríamos decir que con unos 25 euros por persona se puede hacer mucho, pero hay muchos países por debajo.

¿Dónde hay que buscar la solución? ¿En los países del Norte, en los del Sur, en la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD)?

PVD. Hay una responsabilidad muy grande en los países del Sur. Pero la situación en la que se encuentran los países del Sur es una consecuencia directa de las políticas impuestas por el Norte y por los consensos internacionales. A veces nos olvidamos de los 30 años de políticas neoliberales que tenían por objetivo reducir los gastos públicos. Ahora nos damos cuenta del impacto de éstas.



Juan Garay (izda) y Patrick Van Dessel en la mesa redonda de "Salud para el Desarrollo" en la Casa Elizalde de Barcelona.

Los países del Sur que llamamos "outliers", que están por encima de la media, sí que tienen un gran componente público de salud con visión social. Bueno, también puede haber sistemas de componente privado con visión social, pero prescindiendo de esto, lo importante es que los países del Sur organicen sistemas de salud pluralistas, integradores y con un verdadero punto de vista social. También es importante que garanticen la calidad, pero esto va muy ligado a los recursos disponibles.

¿Y cuál es el papel de los países del Norte?

PVD. Hay países del Sur que tenían sistemas de salud buenos, pero con las políticas restrictivas han cambiado y han dejado de funcionar. Por lo tanto, hay soluciones y respuestas que vienen de ambos lados, del Norte y del Sur.

Tenemos un reto que debemos afrontar para garantizar que los países que no llegan al umbral mínimo de gasto en salud puedan hacerlo con la ayuda externa necesaria, pero sin poner condiciones como se ha hecho en los últimos años.

JG. Quiero añadir que en las políticas neoliberales falta el enfoque del derecho a la salud y que los gobiernos adopten el rol de garantizar este derecho. Estoy de acuerdo con Patrick en qué las políticas, sobre todo las comerciales, en los países pobres influyen mucho más en los aspectos económicos que la AOD y que cualquier proyecto.

En cuanto a la función de los países del Norte en la salud global, hay que cambiar el modelo actual, porque las ins-

tituciones financieras como el Banco Mundial o El Fondo Monetario Internacional influyen más en el diseño de los programas que la AOD multilateral y bilateral. Lo que hay que pensar es en el derecho a la salud, y no enfocar el derecho a la salud como un aspecto económico, filantrópico, folclórico. El nivel de ayuda es importante, pero la ética de la ayuda también.

Lo segundo es la coherencia en las políticas financieras, comerciales, migratorias... y que la ayuda sea integral y de igual a igual, sin relaciones de poder.

PVD. Creo que se tiene que apostar también por la cooperación Sur-Sur.

Por ejemplo, Brasil tiene un sistema de salud sólido y puede jugar un rol importante en Latinoamérica.

¿Qué opináis de los partenariados público-privados?

JG. Las fuentes de la ayuda son lo de menos, lo que nos tenemos que cuestionar es qué se hace con esa ayuda. Se habla de sistemas innovadores de financiación de la salud, y están muy bien, pero si se respetan los compromisos de la eficacia de la ayuda, porque el enfoque parcial de la salud, es decir, tratar las enfermedades por separado, ha hecho mucho daño.

PVD. El sector privado también se tiene que tener en cuenta, porque no debemos cometer el mismo error que con en el sector público y tener enfoques verticales, de enfermedad por enfermedad, sino tener una visión integral de la salud.

El sector académico puede analizar las decisiones tomadas en el sector privado. Estas decisiones se tienen que tomar con la evidencia de que son útiles. Por ejemplo, hicimos un estudio de partenariados de tuberculosis en India, y nos dimos cuenta de que no son más eficaces que el sector público, y si en algún caso lo son, es a expensas del sector público.

¿Qué le diríais a la sociedad civil catalana ante el panorama actual? ¿Creéis que la sociedad civil europea puede hacer alguna cosa, o los retos quedan lejos de la población de los países del Norte?

JG. Las últimas encuestas del Eurobarómetro dicen que los ciudadanos europeos siguen siendo solidarios a pesar de la crisis. Es importante mantener el compromiso del 0.7%, que ese mínimo de solidaridad no se recorte, defender el derecho a la salud con financiación para que no haya países marginados de la financiación internacional. También creo que es necesario evitar el marketing fácil. El derecho a la salud es algo a alcanzar a largo plazo y no algo que podamos lograr fácilmente con eslóganes del tipo "con unos euros salva a un niño de la malaria", es algo mucho más complejo y la gente tiene que saberlo.

PVD. Debemos ser pacientes, la lucha continua, y algún día se logrará lo que debe ser. Tenemos que unir esfuerzos, porque ahora hay más dinero que antes, pero hace falta tener los criterios claros.

Salud para el Desarrollo
www.saludxdesarrollo.org

¿LO HAS VISTO EN LOS MEDIOS?

Catorce meses después de su inicio, la OMS (Organización Mundial de la Salud) ha dado por finalizada la “pandemia” de la Gripe A, que ha causado alrededor de 18.500 muertes. Desaparecida alarma social, analizamos el diferente tratamiento que se da a otra enfermedad que causa anualmente alrededor de un millón de fallecimientos.



Tras la caída del Muro de Berlín, el mundo ha dejado de estar dividido en ideologías y ha quedado separado económica y tecnológicamente. Al mismo tiempo, el Estado ha perdido fuerza ante el mercado.

Los medios de comunicación también se han visto influidos por esta tendencia. Responden a intereses económicos y políticos, muy alejados de la información objetiva o de la veracidad, y no les importa defender lo indefendible. Además, se ha impuesto en ellos el morbo y el espectáculo, dos de los factores con más peso en el escaparate mediático actual.

Así, los medios se dedican muchas veces a ofrecer datos, pero no contextualizan la información. De esta manera, noticias que tienen una relevancia directa para el lector como el paro o la situación económica quedan “diluidas” entre noticias deportivas, cotilleos o informaciones sin recorrido en una sopa de letras e imágenes destinada al consumo masivo. Otra arma es crear falsas polémicas o exagerar ciertos riesgos para convertirlos en alarma social.

La aparición en el escenario mediático de la Gripe A o virus H1N1 supuso un gran impacto en la Opinión Pública. Sin embargo, en los catorce meses que ha permanecido la enfermedad en los medios ésta ha provocado unas 18.500 muertes, bastantes menos que las causadas por la gripe común, que fluctúa entre 200.000 y 500.000 defunciones anuales.

Con la Gripe A pronto se encendió la alarma, ya que se auguraba una “probable y

rápida propagación” (ABC, 26/07/2009)¹. Se hablaba incluso de millones de muertes. Meses después, la alarma ha desaparecido; eso sí, con más pena que gloria. Una gloria que, si existiera un ranking de enfermedades asesinas, se llevarían el sida, la malaria y la tuberculosis, ya que, aparte de su capacidad letal, cuentan con el silencio internacional de quien debiera combatirlas.

La estrategia desplegada por la OMS con respecto a la Gripe A ha obligado a países sin grandes recursos a destinar dinero a una enfermedad que finalmente no ha sido tan mortífera como se anunciaba.

En el caso de que apareciese una pandemia mortal, los países más empobrecidos estarían en una situación de completa indefensión y con unos sistemas sanitarios muy frágiles, verían aumentadas de forma espectacular sus tasas de mortalidad.

Con motivo del 25 de abril de 2010, segundo Día Internacional de la Malaria que se conmemoraba, desde **medicmundi** publicamos una comparativa entre la Gripe A y la malaria durante 2009². En los meses que se llevaba de campaña mediática entorno a la Gripe A, Google había recogido 56.100 noticias respecto a ésta y 5.540 sobre malaria. En cuanto al número de muertes, el porcentaje era de 12.000 causadas hasta entonces por la Gripe A frente al millón aproximado provocado anualmente por la malaria.

Los recursos destinados a la lucha contra ambas afecciones fueron por el mismo camino: 4.950 millones de dólares dedicados a prevenir y curar la Gripe A y 1.700 millones para tratamientos contra la malaria. Un gasto que no se ha producido exclusivamente en el mundo desarrollado, sino que la estrategia desplegada por la OMS con respecto a la Gripe A ha obligado a países sin grandes recursos a destinar dinero a una enfermedad que finalmente no ha sido tan mortífera como se anunciaba. Quizás por ello, y por la relación que se ha descubierto que cinco de los 16 miembros del Comité de Expertos de la OMS mantenían con laboratorios que han fabricado medicamentos para la enfermedad (“Le Monde”, 12/08/2010)³, es por lo que este organismo internacional se encuentra hoy cuestionado. Dada la situación, se hace necesaria una investigación imparcial de cómo ha gestionado la OMS esta crisis, para así poder recuperar el crédito y a la vez aprender también de los errores.

El beneficio de las multinacionales⁴ en relación con la Gripe A ha sido amplio. Precisamente en abril, la farmacéutica Novartis emitía un comunicado en el que informaba de que había experimentado un 49% de aumento en sus beneficios netos en el primer trimestre de 2010, hasta los 2.900 millones de dólares. Estos beneficios se debieron especialmente a las ventas de las vacunas contra la gripe A H1N1.

El presidente del gobierno del Estado español anunció en comparecencia⁵ ante los medios que iba a gastar 333 millones de euros en combatir la Gripe A y que, siguiendo las recomendaciones de los expertos, se preveía la vacunación del 40% de la población. Sin embargo, la campaña de vacunación ha sido infe-



São Paulo, campaña de vacunación de la Gripe A.
Foto: Gilberto Marques/
Governo do Estado de SP

rior a las previsiones. Por eso, el Ministerio de Sanidad destruirá 4 millones de dosis; lo que supondrá un gasto de 28 millones de euros en vacunas no utilizadas, como ha informado “El Periódico”⁶.

Quizás una de las razones del poco protagonismo de unas enfermedades respecto a otras en la palestra mediática sea en qué parte del mundo provocan el mayor número de muertes.

¿Ha servido la experiencia al menos para que aprendamos a protegernos de una posible pandemia letal a escala mundial? Parece que no. La capacidad actual de producción anual de vacunas actual solamente cubriría a la mitad de la población mundial, y el 90% de esta producción se ubica en los países más enriquecidos.

En el caso de que apareciese una pandemia mortal, los países más empobrecidos estarían en una situación de completa indefensión y su población, ya de por sí muy castigada y con unos sistemas

sanitarios muy frágiles, vería aumentada de forma espectacular sus tasas de mortalidad. La solución está en cooperar para que, ante una situación de pandemia, toda la población mundial tuviese el mismo acceso a las formas de cura. Si consideramos la salud un derecho y no un elemento con el que se pueda comerciar, es urgente que se produzca en el menor tiempo posible una transferencia de tecnología y conocimiento desde los países enriquecidos a los más desfavorecidos, para que ellos mismos puedan afrontar este tipo de problemas.

Quizás una de las razones del poco protagonismo de unas enfermedades respecto a otras en la palestra mediática sea precisamente esa, en qué parte del mundo provocan el mayor número de muertes. Es lo que pasa con la malaria, que casi el 100% de los decesos suceden en países empobrecidos. Quizás cuando, como se prevé, el cambio climático haga volver la enfermedad a los países enriquecidos nos acordemos. Porque hasta ahora, ¿qué ves sobre esto en los medios?

Jon Inchaurreaga y Carlos Mediano
medicusmundi

REFERENCIAS (por orden de aparición)

- 1 **ABC:** <http://www.abc.es/20090726/nacional-sociedad/como-sobrevivir-gripe-20090726.html>
- 2 **COMPARATIVA:** http://www.medicusmundi.es/famme/noticias/sucedera_esta_noche
- 3 **LE MONDE:** http://www.lemonde.fr/planete/article/2010/08/11/grippe-a-des-experts-de-l-oms-avaient-des-liens-avec-des-fabricants-de-vaccins_1397798_3244.html
- 4 **BENEFICIO FARMACÉUTICAS:** http://www.cincodias.com/articulo/empresas/farmaceutica-Novartis-aumenta-49-beneficio-primer-trimestre/20100420cdscdsemp_4/cdsemp/
- 5 **PRESIDENTE GOBIERNO:** <http://www.youtube.com/watch?v=MyHHs3ura74>
- 6 **EL PERIÓDICO:** <http://www.elperiodico.com/es/noticias/sociedad/20100803/millones-vacunas-gripe-iran-basura/417608.shtml>

ROMPER CON EL PESIMISMO

Generar actitudes críticas y proactivas respecto a las desigualdades de salud en el mundo es una tarea que requiere constancia y creatividad. Las experiencias de **medicmundi** y otras ONG demuestran que se tiene que acabar con el pesimismo y ofrecer herramientas que despierten emociones para animar a la juventud a participar en la transformación social.

En nuestra sociedad, a priori, puede parecer una obviedad hablar del derecho a la salud ya que este está garantizado por un estado del bienestar sustentado en la educación y la sanidad públicas y universales, pero en el mundo hay 750 millones de personas que no tienen acceso a servicios de sanidad adecuados.

Enfermedades como la malaria, la tuberculosis, el sida o el cólera causan millones de muertes anualmente y afectan, principalmente, a países y personas con pocos recursos. Son las llamadas “enfermedades de la pobreza” –causa, pero principalmente consecuencia, de la falta de desarrollo humano–. Mientras que en los países desarrollados las principales causas de muerte son las enfermedades no transmisibles, como el cáncer o los problemas cardiovasculares, en los países en vías de desarrollo lo son las enfermedades transmisibles, las afecciones maternas y prenatales y las carencia nutricionales.

Estas causas, generalmente, se pueden prevenir y tratar, y responden a carencias en necesidades básicas, como el acceso al agua potable y el saneamiento, a una alimentación adecuada y a los servicios básicos de salud. Es preciso, por lo tanto, impulsar el desarrollo integral de todos los países, lo cual implica cambios profundos en el modelo económico y comercial vigente.

Educación para el desarrollo para generar crítica y compromiso

Una herramienta imprescindible para conseguir esta transformación social que permita la erradicación de la pobreza es la educación para el desarrollo (ED). *La educación para el desarrollo hace referencia a un proceso educativo encaminado a generar conciencia crítica sobre la realidad mundial y a facilitar herramientas para la participación y la transformación social en clave de justicia y solidaridad. La educación para*

*el desarrollo pretende construir una ciudadanía global crítica, políticamente activa y socialmente comprometida con un desarrollo humano justo y equitativo para todas las comunidades del planeta.*¹ Poco a poco, la ED va ganando terreno y son muchas las actividades de las ONG dirigidas a despertar la conciencia crítica en la ciudadanía que conduzca a la movilización social y a la presión política para generar cambios.

En la educación formal también está presente, con una gran variedad de recursos pedagógicos que las ONG ofrecen a los centros y que cada vez más se intentan coordinar desde los departamentos de educación de las administraciones. Sin embargo, todavía estamos lejos de integrar de manera transversal los objetivos de la ED en los currículos educativos de todos los niveles, de manera que su inclusión y su correcto desarrollo dependen de la buena voluntad de los centros y del profesorado.

Educación en salud: ¿cómo se puede pasar del intelecto a la actitud?

En el terreno de la educación en salud, esta está presente en los currículos escolares, en las aulas se habla de hábitos saludables, de alimentación, de consumo de drogas, de educación sexual, de medio ambiente y salud, etc., pero en un mundo globalizado es necesario abordar la salud de manera amplia, con una visión que vaya más allá de nuestra sociedad occidental desarrollada y de nuestro estado de salud, y que ofrezca a los alumnos una visión crítica del mundo donde viven e información sobre las causas y las consecuencias de dichas desigualdades.

Así pues, el primer paso es informar de esta realidad para después pasar al aspecto ético de la ED: *La ED yace sobre dos pilares. El*

*primero es el aspecto cognitivo o intelectual. Necesitamos conocer, estudiar y después analizar los hechos (...). El segundo pilar, aspecto técnico, supone un trabajo incluso más exigente para la ED. Consiste en la adquisición de una actitud de solidaridad bien entendida. Se trata de mantener una atención constante hacia la justicia y la dignidad humana. En este sentido, la ED se plantea el reto de ser una invitación al cambio de comportamientos individuales y colectivos que nos recuerde que nuestras decisiones afectan a nuestras vidas y también a la de los otros.”*²

Facilitar los conocimientos puede resultar una tarea asequible, aunque tampoco es fácil discernir entre la gran cantidad de información disponible pero ¿cómo se puede despertar el interés e implicar al alumnado joven en la lucha contra la pobreza en una sociedad consumista como la nuestra? Este es el gran reto de la ED, no sólo con la gente joven, también con la sociedad en general, y se trata de un trabajo a largo plazo.

Romper con el pesimismo y trabajar con emociones

Uno de los primeros aspectos que hace falta trabajar es romper con el pesimismo. En ocasiones, los mensajes sobre la salud en los países en vías de desarrollo (PVD) han sido excesivamente negativos, tanto que apenas dejaban lugar a la esperanza de poder transformar la realidad de los PVD. Es preciso explicar iniciativas en favor de la salud y del desarrollo en los PVD que hayan resultado exitosas para demostrar que el cambio sí es posible cuando adoptamos las medidas adecuadas. Este es uno de los aspectos que trabajamos desde **medicmundi** Catalunya con la campaña “Salud para el Desarrollo”,³ juntamente con la ONG Farmacéuticos Mundi, para demostrar que la consecución progresiva del derecho a la salud es posible si hay voluntad política para hacerlo.

Una campaña como esta aglutina diferentes tipos de actividades para diferentes públicos. Los seminarios y las jornadas técnicas son actividades que acostumbran a funcionar con públicos ya implicados y concienciados. Para llegar a públicos más

1 HEGOA, *Diccionario de Educación para el Desarrollo*, Gema Celorio y Alicia López de Munain.
2 Coordinadora de ONG para el Desarrollo de España (2005), *Educación para el*

desarrollo. Una estrategia de cooperación imprescindible. Pàg. 13.

3 www.saludxdesarrollo.org

4 www.medicamentsquenocuren.org

5 www.stopmalaria.org



Esta Navidad colabora con Medicus Mundi

TARJETAS NAVIDEÑAS Y FELICITACIONES ELECTRÓNICAS

Entra en www.medicusmundi.es


medicusmundi