

Médicos del Mundo

REVISTA TRIMESTRAL N° 22 JUNIO 2009

www.medicosdelmundo.org

SUMARIO N°22

- /02 ESPECIAL **De la información al compromiso**
- /10 EN EL TERRENO **Sáhara | Ecuador | Honduras**
- /14 DOSSIER SALUD **Mortalidad infantil en países menos desarrollados**
- /16 NUESTRAS CALLES **Nueva representación en Almería**
- /20 ALERTA **Plaga de epidemias en la República Democrática del Congo**
- /24 TESTIMONIO **Nuestros socios, nuestras socias**

MÉDICOS DEL MUNDO | MÉDICOS DO MUNDO | MUNDUKO MEDIKUAK | METGES DEL MÓN



De la información al compromiso

LA PARTICIPACIÓN COMO INSTRUMENTO DE RENDICIÓN DE CUENTAS



COMBATIMOS TODAS LAS ENFERMEDADES, INCLUIDA LA INJUSTICIA

Revista trimestral de Médicos del Mundo-España. Dirección-Redacción: Médicos del Mundo, Conde de Vilches 15. 28028 Madrid. Tel.: 91 543 60 33
Fax: 91 543 79 23 E-mail: comunicacion@medicosdelmundo.org www.medicosdelmundo.org **Presidenta:** Teresa González
Directora de Comunicación: Raquel González **Editor:** Víctor Valbuena **Redactora:** Rosario Estébanez **Diseño:** Raimundo Fernández
Imprime: Afánias Industrias Gráficas D.L.: M-34447-1997 Esta revista está impresa en papel reciclado libre de cloro con certificado FSC.



Información participación compromiso

RENDICIÓN DE CUENTAS

La **rendición de cuentas** debe entenderse en el sentido más amplio de su definición. No se trata de dar respuesta a la normativa legal que afecta a una determinada organización y, tampoco, a rendir cuentas desde un punto de vista puramente económico y financiero.

La rendición de cuentas debe entenderse como el proceso para explicar periódicamente, y de una forma clara y rigurosa, lo que se hace, el cómo y el por qué se hace. Es decir, rendir cuentas significa explicar la razón de ser y los valores, el modelo organizativo y de gobierno, las actividades que se realizan, para quién se realizan y el impacto que se consigue con ellas, el cómo se financian y de dónde se obtiene la financiación, el equipo que hace posible esa actividad y las políticas de gestión de ese equipo, las políticas de comunicación, y un largo etcétera que, en definitiva, deben contribuir al conocimiento general de la organización.

TRANSPARENCIA

La **transparencia** es la actitud que se adopta a la hora de rendir cuentas. El objetivo es tener una actitud pro-activa en esa rendición de cuentas e incorporarla como un valor ético y estratégico de la organización. Ser transparentes y rendir cuentas es imprescindible porque las organizaciones tenemos el **deber** de informar sobre nuestras políticas y actuaciones pero también, y no menos importante, porque es un **elemento generador de confianza**.

Es necesario que socios, socias, donantes, amigos, amigas, simpatizantes, colaboradores, personal empleado, voluntarios, voluntarias y las propias poblaciones beneficiarias de nuestras actuaciones, conozcan mejor y tengan elementos para evaluarlos. No es una tarea fácil, porque cada colectivo requiere una rendición específica, pero la recompensa al esfuerzo es tener la **oportunidad** de que se nos conozca tal y como somos, tal y como actuamos.

Para Médicos del Mundo, cada avance en la transparencia y rendición de cuentas es un paso más hacia el objetivo último de compartir con todos esos colectivos, y con la sociedad en general, el cómo nuestra realidad organizativa y nuestra forma de hacer responde y contribuye a la consecución de nuestra misión. Y por eso, estamos trabajando activamente en esta dirección.

SER TRANSPARENTES... CON NUESTRAS CUENTAS

Un elemento importante en la transparencia es explicar, y hacerlo de forma adecuada, el cómo y en qué invertimos el dinero de nuestros donantes, ya sean públicos o privados. A continuación detallamos, tomando como base las cifras del ejercicio 2008, el origen de nuestros fondos, es decir, de dónde obtenemos la financiación para llevar a cabo nuestra actividad, y la aplicación de esos fondos, el cómo los empleamos.

2008 EN CIFRAS

ORIGEN DE LOS FONDOS

Origen de los ingresos 2008.

INGRESOS PRIVADOS
36,79%

3.075 SOCIOS Y SOCIAS
95.848 DONANTES
7.827 EMPRESAS COLABORADORAS

INGRESOS PÚBLICOS
63,21%

APLICACIÓN DE LOS FONDOS

Gastos por función 2008.



Gastos Cooperación Internacional 2008, por actividad



Gastos Misión 2008.



Gastos Inclusión Social 2008, por actividad.



76 PROYECTOS DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN 22 PAÍSES O TERRITORIOS

28 PROYECTOS DE INCLUSIÓN SOCIAL, 80.614 INTERVENCIONES SANITARIAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES A 21.298 PERSONAS EN 12 COMUNIDADES AUTÓNOMAS

848 PERSONAS VOLUNTARIAS EN SEDES AUTONÓMICAS Y CENTRAL, Y 52 PERSONAS VOLUNTARIAS EN PROYECTOS DE COOPERACIÓN AL DESARROLLO

INGRESOS 2007 POR ORIGEN DE FONDOS

INGRESOS PÚBLICOS	Euros	%
Subvenciones oficiales imputadas a resultados	13.219.442	63,21%
INGRESOS PRIVADOS		
	Euros	%
Cuotas de socios y donantes fidelizados	5.130.033	24,53%
Promoción para captación de recursos	953.198	4,56%
Donaciones y legados imputados a resultados	567.952	2,72%
Subvenciones de organismos o entidades no oficiales	573.396	2,74%
Otros ingresos privados	467.929	2,24%
	7.692.508	36,79%
TOTAL INGRESOS	20.911.950	100,00%

GASTOS 2008 POR LÍNEAS DE ACTIVIDAD

LÍNEA DE ACTIVIDAD	Euros	%
MISIÓN	16.463.575	77,85%
Proyectos Cooperación Internacional y Acción Humanitaria	11.118.967	52,57%
Programas de Inclusión Social	3.446.901	16,30%
Desarrollo Asociativo	1.024.707	4,85%
Mobilización Social	873.000	4,13%
CAPTACIÓN	1.829.416	8,65%
SOPORTE DE LA ACTIVIDAD	2.855.894	13,50%
TOTAL GASTOS	21.148.885	100,00%
RESULTADO DEL EJERCICIO	-236.935	100,00%

COMO GASTAMOS 1 EURO



HERRAMIENTA DE INDICADORES DE TRANSPARENCIA Y BUEN GOBIERNO

Alberto de Castro, vocal del Grupo de Transparencia y Rendición de Cuentas de la Coordinadora de ONG para el Desarrollo hasta marzo de 2009.

En la pasada Asamblea General de la Coordinadora de ONG de Desarrollo (CONGDE), de fecha 28 de marzo, se aprobó una nueva Herramienta de Indicadores de Transparencia y Buen Gobierno, creada desde la propia Coordinadora a través del Grupo de Transparencia y Rendición de Cuentas, en un proceso altamente participativo que ha durado aproximadamente tres años.

La aprobación de la herramienta es un hito importantísimo que nace de la necesidad y el deseo del propio sector de construir un discurso común en cuanto a los conceptos de transparencia y rendición de cuentas y, a su vez, de mejorar los mecanismos para aumentar la confianza y el conocimiento de la sociedad de nuestras organizaciones.

Se trata de una batería de indicadores ordenados por temática, claramente definidos y descritos, ponderados según su importancia y con fuentes de verificación concretas, indicadores objetivos pensados para que puedan ser verificados por cualquier auditor externo.

El proceso de elaboración de la herramienta ha sido un largo camino que se iniciaba en septiembre de 2006. En una reunión de directores y directoras de ONGD se valoró la necesidad de dotarnos de recursos que, por un lado, homogeneizaran nuestras acciones en el ámbito de la transparencia y la rendición de cuentas y, por otro lado, permitiesen el poder mostrar fácilmente a la población en general como afrontábamos este reto. Para ello, se creó un grupo de trabajo con cerca de una veintena de organizaciones miembros de la Coordinadora y fue, durante la preparación del Primer Encuentro del Sector, que ya comenzamos a debatir sobre el tema con una vocación clara y decidida hacia un formato concreto, hacia la creación de una herramienta.

Y ha sido un proceso muy participativo. El Grupo ha trabajado con un ritmo de reuniones alto y con gente de numerosas organizaciones muy cualificada y con mucha entrega. La herramienta ha ido creciendo en contenido, en alcance, en definición, en rigurosidad a medida que el Grupo avanzaba en el trabajo pero también a medida que se compartían los resultados de ese trabajo con el resto del sector. Especial relevancia adquieren, en este sentido, una encuesta y un taller en los que participaron más de una treintena de organizaciones aportando numerosas ideas y reflexiones que ayudaron a crear algunos indicadores, a reformar otros para adaptarlos mejor a la realidad tan plural del sector y, en la mayoría de los casos, a

explicar, en la propia herramienta y de una forma más detallada, algunos de los indicadores. Tanto es así que las versiones se han ido sucediendo hasta lograr la configuración actual pero ya con ideas de futuro para temas aún sin desarrollar como la relación con proveedores, el medio ambiente y muchos más.

La versión actual comprende 76 indicadores organizados por bloques y divididos en dos grandes grupos o temáticas:

- A) **TRANSPARENCIA**, 26 indicadores clasificados en 4 bloques: Órganos de gobierno y ejecutivo; Misión, Visión y Valores; Base Social y Apoyos, y Planificación y rendición de cuentas.
- B) **BUEN GOBIERNO**, que cuenta con 50 indicadores distribuidos en 7 bloques: Órganos de gobierno y ejecutivo; Misión, Visión y Valores; Planificación y Evaluación; Gestión Económica; Personas; Socios Locales, y Responsabilidad Social Organizativa.

Para cada bloque, cada uno de los indicadores se clasifica como "relevante" o "de inexcusable cumplimiento" y tiene una puntuación entre 5 y 20. La suma total de todos los indicadores de un bloque es siempre 100. La herramienta evalúa, para cada bloque, si la organización cumple o no cumple, y cumplirá siempre que se consigan todos los indicadores de inexcusable cumplimiento y se obtenga una puntuación igual o superior a 70.

La herramienta no pretende dar una nota o puntuación de las diferentes organizaciones, si no que trata de medir el cumplimiento o incumplimiento de cada uno de los bloques. Con ello se pretende evitar comparaciones y desequilibrios entre áreas de actividades y se busca el propio fin de la herramienta que es la mejora.

La herramienta está diseñada para que todas las organizaciones miembro de la Coordinadora (entre ellas Médicos del Mundo), puedan evaluar su grado de transparencia y buen gobierno de una forma homogénea y con unos indicadores claramente pensados para tal fin. El proceso de evaluación será voluntario durante el 2009 donde se prevé que sean las propias organizaciones, con recursos propios internos, los que hagan su propia evaluación. Para el 2010 el proceso seguirá siendo voluntario pero ya habrá de ser verificado por un auditor externo. A partir del 2011 la verificación será obligatoria.

Desde la Coordinadora estamos convencidos de que éste es un gran paso adelante en este proceso complejo, pero a la vez necesario y enriquecedor, de mejorar nuestra manera de compartir con la sociedad en general nuestra razón de ser. Una nueva época ha comenzado y en breve podremos ver sus resultados.

ADEMÁS, MÉDICOS DEL MUNDO...

... se somete anualmente a una auditoría externa de Cuentas Anuales (firma Deloitte en el ejercicio 2008).

... somete muchos de sus proyectos y programas a auditorías externas exigidas por nuestros financiadores en relación a la justificación económica y financiera.

... está sujeta a la Ley de Subvenciones y al control de las Administraciones Públicas que conceden las financiaciones.

... está calificada como ONG de Desarrollo acreditada por la AECID y ECHO.

... cumple con el 100% de los principios de transparencia y Buenas Prácticas de la Fundación Lealtad desde 2002.

... elabora participativamente su planificación y presupuestación anuales (aprobadas por el órgano de gobierno) en base al Plan Estratégico.

... cuenta con una Unidad de Evaluación, Calidad y Auditoría Interna para valorar si la actuación de la Asociación es eficiente y eficaz y está de acuerdo a los objetivos marcados por el Plan Estratégico.

... cuenta con un sistema de seguimiento de todos los proyectos y programas que incluye visitas al terreno de supervisión y monitorización y evaluaciones.

... cuenta con procedimientos y normas definidas internamente que contribuyen a una mejor gestión y garantizan el control interno en la ejecución de las operaciones.

... pone a disposición del público toda la información relevante sobre la Asociación, con explicaciones detalladas sobre el origen y aplicación de los fondos.

... informa periódica y personalizada a socias, socios y donantes sobre las actividades que se realizan.

... celebra Asambleas Generales de Socios y Socias, espacios abiertos a todos los integrantes de la Asociación para solicitar información adicional, incidir sobre los órganos de gobierno y la gestión y ejercer control y supervisión sobre todos los ámbitos de la Asociación.

... es miembro de la Red Internacional de Médicos del Mundo y ha suscrito sus códigos éticos y de conducta.

... participa en Redes, Plataformas y Coordinadoras del Sector; adoptando sus códigos de conducta, como la CONGDE, la Plataforma de ONG de Acción Social y la Plataforma Nacional de Voluntariado.

Gracias a vuestras aportaciones hemos podido...

GRACIAS A VUESTRO APOYO

Durante 2008, en Médicos del Mundo trabajamos por la defensa del derecho a la salud en 22 países o territorios de África, América y Asia a través de más de 76 proyectos de Cooperación Internacional. Además, formamos parte de una Red Internacional que ha desarrollado más de 270 proyectos en 72 países de todo el mundo.

Gracias a vuestra respuesta a nuestras campañas de 2008, seguimos trabajando para mejorar el acceso a la salud de más de 2.5 millones de personas en riesgo de exclusión social en España y en el mundo, en diferentes áreas de intervención: atención primaria, VIH/Sida, salud sexual y reproductiva, tuberculosis y emergencias. "La atención sanitaria ha mejorado tras la llegada de Médicos del Mundo", comenta Hadija Buda, madre de familia y beneficiaria de uno de nuestros proyectos en Chakwere, Tanzania. "Mi hijo pequeño recibió, desde el embarazo, tratamiento para la prevención de la transmisión vertical del VIH. Hoy es seronegativo y está muy sano".



... reforzar el sistema de salud para el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en Mauritania mediante la mejora de las infraestructuras (laboratorios y salas de consulta), la formación del personal encargado del programa y de los agentes comunitarios de salud y la implementación de campañas entre la población. A final del 2008, trabajamos en la formación de personal de enfermería sobre técnicas de prevención, diagnóstico y control de la tuberculosis y en el acompañamiento de actividades del Programa Nacional de lucha contra la Tuberculosis.



... reducir la mortalidad de los habitantes de Elías Piña, en la República Dominicana, a través del proyecto que, mediante la promoción de higiene y la reparación e instalación de pozos y fuentes en comunidades y escuelas, ha permitido el acceso a agua potable de más de 1000 familias y 900 alumnos y alumnas.



... controlar el brote de cólera en la región de Biombo, Guinea Bissau, donde, hasta finales del 2008, se ha producido un descenso continuado de casos y puede considerarse que la epidemia está contenida. Se han coordinado actividades de vigilancia epidemiológica con la Dirección Regional de Salud así como de concienciación y sensibilización comunitaria (13.000 familias participantes) para la adopción de medidas de control y desinfección (90% de las viviendas, desinfectadas).



... gracias a las aportaciones al Fondo de Emergencia hemos podido entregar kits de alimentos, higiene y alojamiento a más de 22.000 personas damnificadas por el paso de una onda tropical en el departamento de Colón, Honduras. También apoyamos al Ministerio de Sanidad cubano en la recuperación del sistema público de salud tras el paso de los huracanes Gustav e Ike por la isla.



... apoyar a la población damnificada por el ciclón Nargys en Myanmar, prestando asistencia sanitaria de emergencia con acceso a servicios de atención primaria, agua y saneamiento a la población de Yangón y Ayeryarwadi (más de 100.000 personas) mediante la implantación de clínicas móviles y la habilitación de acceso a fuentes de agua y saneamiento.



... continuar reforzando el sistema de salud palestino en el distrito de Salfit en Cisjordania, donde hemos capacitado 45 profesionales en el área de salud mental, a siete de ellos en acciones de crisis. También llevamos a cabo atención a nivel comunitario con charlas y materiales para las familias, y en las escuelas.



... trabajar con la población del municipio salvadoreño de Cuisnahuat por la salud sexual y reproductiva de más de 14.000 personas, a través de la atención al parto por personal especializado, la realización de citologías, dotación de saneamiento (letrinas) y la promoción de la planificación familiar y el uso del preservativo. Se ha conseguido la vacunación completa (tuberculosis, polio, sarampión) del 40% de niños y niñas menores de 5 años, y el 100% de la atención sanitaria integral para menores de un año.



... prestar atención sanitaria de emergencia las más de 5.000 personas heridas que acudían a los dos mayores hospitales de la Franja de Gaza tras la ofensiva israelí de diciembre de 2008. Llevamos materiales para intervenciones en cirugía ortopédica, mejorando la capacidad de los centros hospitalarios de Shifa (Gaza Ciudad) y Nasser Hospital (Khan Younis) para atender a la población afectada. Se reforzó la asistencia técnica en intervenciones quirúrgicas complejas gracias al apoyo de especialistas internacionales.

... construir y equipar centros de salud, formar personal sanitario y comunitario y ofrecer acceso a agua y saneamiento a más de 9.500 personas de zonas desfavorecidas de Sierra Leona, el país más pobre del mundo.



... fortalecer y trabajar junto con los Ministerios de Sanidad de Angola, Mozambique, Namibia, Senegal y Tanzania en la lucha contra el VIH/Sida, en la prevención de la transmisión del virus y atendiendo a la población seropositiva mediante el apoyo a las redes sanitarias y la formación de personal.

Así mismo, fortalecemos los sistemas públicos de salud de Angola, Mozambique y Senegal para el acceso a atención primaria de poblaciones más desfavorecidas. ¿Cómo? Educando sobre los principales problemas de salud y métodos de prevención, promocionando una nutrición apropiada, el abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales. Estos programas atienden a más de dos millones de personas de forma continuada y hasta el 2011 para conseguir un resultado sostenible en el tiempo.

EVALUACIÓN DE PROYECTOS

Donato Capozzi, director del departamento de Operaciones de Médicos del Mundo.

Hay una rendición de cuentas esencialmente financiera, que se refiere a la contabilidad y el uso de los recursos, que se explicita mediante herramientas como las auditorías. Por otro lado, hay una rendición de cuentas de mayor alcance, que se refiere al impacto de la ONG en un contexto más amplio y más largo plazo. Este segundo tipo de rendición de cuentas utiliza como instrumento la evaluación de proyectos y programas.

La evaluación, entendida como instrumento de rendición de cuentas, trata de descubrir si una intervención concreta ha causado un cierto resultado o si un cambio observado es atribuible a una intervención. Mientras que este propósito de la evaluación tiene solamente un uso limitado para el cambio organizativo interno de la organización, es potencialmente importante para las instituciones y las organizaciones que han actuado como contrapartes locales y las personas socias, voluntarias y trabajadoras de la organización.

Las estructuras organizativas y los procedimientos de una ONG tienen que adaptarse constantemente a realidades muy cambiantes y a nuevos retos y experiencias para poder mejorar constantemente la actuación global y mantener su relevancia en su contexto. La información que se obtenga a raíz de las evaluaciones puede representar una herramienta valiosa de aprendizaje en estos procesos de cambio, más allá de su uso para la rendición de cuentas.

En el caso de Médicos del Mundo España, se ha incrementado paulatinamente el número de evaluaciones realizadas en los últimos años. Hace cuatro o cinco años se trataba todavía de eventos episódicos bastante aislados. Sin embargo, en el momento actual se realizan evaluaciones ya en número más significativo. Entre 2004 y 2008 se ha desarrollado una veintena de evaluaciones, mientras que en el primer semestre de 2009 ya hemos realizado unas doce, para, a final de año llegar a 18 o 19 evaluaciones. La gran mayoría han sido evaluaciones externas desarrolladas por empresas consultoras y en otros casos, minoritarios, por consultores particulares. Un porcentaje significativo de los proyectos evaluados pertenecía a programas sectoriales desarrollados simultáneamente en varios países, con líneas estratégicas comunes.

EVALUACIÓN DE POLÍTICAS

Evidentemente, los proyectos de Cooperación Internacional no son las únicas actividades de la organización que pueden someterse a un proceso de evaluación. La organización encuentra su razón de ser también, entre otros, en los proyectos y programas de Inclusión Social en España, las estrategias sectoriales, los planes estratégicos y operativos, las políticas sobre cooperación en salud y las asociativas. Todos estos factores contribuyen a definir la organización en este momento de su desarrollo y son susceptibles de ser sometidos a un juicio de mérito y valor.

La evaluación de políticas es una actividad compleja que necesita, en primer lugar, que dichas políticas sean claramente definidas en documentos aprobados y compartidos en la asociación, que se defina de forma clara el objeto de la evaluación y que este sea evaluable.

Durante mucho tiempo el propósito principal de las evaluaciones en las ONG ha sido el de satisfacer demandas de rendición de cuentas hacia los donantes públicos. Estos esperan que los resultados convenidos sean alcanzados y al comisionar evaluaciones no están muy interesados en aprender sobre procesos de cambio social. Sin embargo, los donantes se están interesando de cada vez más por la evaluación de los proyectos que financian, debido a su interés creciente en el fortalecimiento de elementos de gestión fundamentados sobre la calidad de la actuación.

Por otro lado, es fundamental para una organización como la nuestra realizar una rendición de cuentas hacia sus simpatizantes, socias y socios, ya que representan su enlace con la sociedad civil y la base de su legitimidad. A este respecto, la participación de varios actores en la evaluación de proyectos y una mayor profesionalidad representan medios eficaces de alcanzar responsabilización, legitimidad y apoderamiento por parte de todos los niveles y componentes de la organización.

La evaluación debe crear aquel conocimiento que permita posibles cambios fundamentales en las políticas, particularmente de cara a problemas o a programas que no son tan eficaces como quisiéramos. En esta perspectiva, la evaluación ayuda en mejorar la calidad, eficacia, sostenibilidad y relevancia de las intervenciones, y aumenta la capacidad de alcanzar los objetivos de desarrollo.



Venimos ejercitando la transparencia y la rendición de cuentas con nuestra base social desde nuestra constitución, mucho antes de que estos términos comenzaran su andadura en el territorio del mundo de la gestión empresarial.

Confianza y compromiso

En los últimos años, los conceptos de *transparencia* y *rendición de cuentas* han alcanzado un importante protagonismo mediático y un amplio reconocimiento. Pero lo cierto es que son conceptos bastante recientes.

Apadrinados por el sector de la empresa privada a principios de los 90 como reacción a la crítica sobre la opacidad del gobierno de estas entidades y a la presión social consecuencia de escándalos y prácticas de corrupción o de vulneración de derechos de significadas empresas, estos conceptos traspasaron con inusitada facilidad la frontera del mundo empresarial y *colonizaron* los territorios del sector público y de las organizaciones sociales.

Pero en este proceso de generalización nos olvidamos que, tanto los poderes públicos como una parte importante de las organizaciones sociales, muy especialmente las constituidas como asociaciones, en su propia identidad tienen instalados procesos de transparencia y rendición de cuentas muy anteriores a esta nueva corriente. Las asociaciones, frente a otras figuras jurídicas como la empresa o las fundaciones, tienen mecanismos de renovación democrática y periódica de los órganos de gobierno, obligación de aprobación de la gestión en asambleas abiertas a socios y socias en las que cada persona tiene el mismo poder o capacidad de intervención, mecanismos que permiten a los miembros de la asociación ejercer control sobre el gobierno y la gestión de la misma...

Es decir, mucho antes de que se iniciara el desarrollo de los *nuevos* conceptos de transparencia y rendición de cuentas desde el sector de la empresa privada, en el mundo asociativo ya se venían practicando desde la visión de la participación, la apropiación, el formar parte de un proyecto común alrededor del cual un conjunto de personas se vinculan desde una relación basada en la igualdad, el compromiso y en criterios democráticos.

Si *deconstruimos* los conceptos de transparencia y rendición de cuentas descubriremos que los significados originales que desarrollan son la confianza y la credibilidad, atributos que se crean desde la relación, desde la interacción, desde la comunicación entre personas. Es por ello que para una organización de carácter asociativo, que se basa en la participación como elemento básico de cohesión y que le da sentido, la generación de confianza y de credibilidad entre todas las personas y colectivos involucrados en su actividad, forma parte de su propia identidad, es, en definitiva, una necesidad para su propia existencia.

Al final, una asociación es, en esencia, un colectivo de personas unidas por un ideal, unos valores y unos objetivos comunes. Y la argamasa necesaria para ese trabajo conjunto es la confianza y la credibilidad mutua.

Por esa razón, desde Médicos del Mundo, una asociación independiente de personas voluntarias unidas por la defensa del derecho universal a la salud, siempre hemos apoyado, participado e impulsado las iniciativas, herramientas y buenas prácticas orientadas a la transparencia y la rendición de cuentas. No como un fin en sí mismo, no como una necesidad de justificación de comportamientos, sino como un elemento básico de intercambio y relación basada en la confianza y orientada a promover una mayor participación e implicación, como un ejercicio de responsabilidad.

Herramientas como la que se presenta en esta revista (herramienta de indicadores de transparencia y buen gobierno), promovida por la CONGDE, nos parecen extraordinariamente válidas y adecuadas y permitirán a todo el sector mantener un discurso común alrededor de estos conceptos y contribuir a consolidar la confianza de la ciudadanía en estas organizaciones, en su labor y en los valores que representan y promueven.

Pero también nos gustaría recordar que en una asociación, como Médicos del Mundo, venimos ejercitando desde nuestra constitución la transparencia y la rendición de cuentas con nuestra base social mucho antes de que estos términos comenzaran su andadura en el territorio del mundo de la gestión empresarial. En Médicos del Mundo nos hemos dotado de herramientas de control y de seguimiento que nos garanticen la buena práctica de acuerdo con la Misión y los valores de la Asociación.

Creemos que conviene recordar en todo momento lo que somos y dónde estamos. Y después, seguir trabajando para mejorar el caudal de confianza y de credibilidad que es la puerta a la participación y a la involucración.

Hoy queremos, con toda transparencia, dar cuenta de lo que hacemos con tu apoyo. Pero sobre todo queremos agradecerte tu confianza y tu participación.

Ave Mari Aburto

Tesorerera de la Junta Directiva de Médicos del Mundo

SÁHARA LUZ EN EL DESIERTO

Tomás Pellicer, coordinador de las comisiones oftalmológicas de Médicos del Mundo.

Las comisiones oftalmológicas de Médicos del Mundo visitan los campamentos de personas refugiadas saharauis dos veces al año desde 1994. Durante esta década y media de trabajo, hemos montado tres quirófanos con moderno material de intervención, en el que se ha operado a 1.500 pacientes.

Cuando en 1994 se empezó a gestar el proyecto *Atención oftalmológica en los campamentos de personas refugiadas saharauis*, el objetivo era sencillo. Se trataba de montar un quirófono dotado para cirugía oftalmológica que permitiera operar a unos 100 pacientes al año, atendido por un pequeño grupo de personas voluntarias especialistas y formar un equipo de personal técnico local que ayudara en el quirófono.

El objetivo se cumplió desde los primeros viajes y desde hace 15 años, una comisión de especialistas en Oftalmología, Anestesia, Enfermería y Óptica y personal técnico de mantenimiento y logística, se desplaza dos veces al año a los campamentos de personas refugiadas para realizar su trabajo, siempre con la colaboración de personal local.

A medida que pasaron los años, gracias al apoyo al proyecto y al esfuerzo y sacrificio del voluntariado, el objetivo inicial ha sido ampliamente

superado. Del quirófono inicial, hemos pasado a tres, dos de ellos en el hospital de Rabuni y uno en el hospital de Dajla, a 160 kilómetros de distancia, que funciona desde 2005. Todos ellos están dotados de material moderno, que nos permite aplicar las mismas técnicas quirúrgicas que en cualquier centro sanitario español.

También hemos equipado con material de exploración básico sendas consultas en cada uno de los hospitales regionales, lo que permite a nuestras comisiones trabajar en cada uno de los campamentos, diagnosticando y tratando in situ y seleccionando los casos quirúrgicos para su traslado a nuestro quirófono más próximo.

PRÓTESIS

En 2003, pusimos en marcha, gracias a la colaboración de uno de nuestros voluntarios, un taller de prótesis oculares, que ha permitido resolver graves problemas estéticos, en su mayor parte producidos por mutilaciones en personas heridas de guerra y víctimas de minas.

También hemos instalado y dotado tres talleres de óptica, con el material suficiente para proporcionar gafas graduadas y de sol a la población necesitada.

En este último viaje, hemos puesto en marcha un plan de erradicación del tracoma y otro de detección precoz del glaucoma, lo que,

confiamos, nos va a permitir reducir el número de personas ciegas, muchas de ellas niños y niñas.

Podemos decir que el proyecto se encuentra en un momento excelente, con un buen equipamiento técnico, aunque con muchos desafíos aún por superar: Se han operado más de 1.500 pacientes, hemos atendido a varios miles de personas enfermas en las consultas, pero las necesidades siguen siendo ingentes, teniendo en cuenta que atendemos a más de 150.000 personas que viven en unas condiciones precarias, en uno de los terrenos más hostiles que se conocen y con la ayuda humanitaria como principal medio de subsistencia.

Como coordinador, me siento muy orgulloso de la evolución del proyecto, que cada año, además de cumplir sus objetivos, ha ido proponiéndose nuevas metas a superar en años sucesivos. Mi agradecimiento a Médicos del Mundo, que desde el principio creyó en el proyecto y le ha dedicado cada vez más esfuerzo económico y organizativo, a las entidades que año tras año han hecho posible la financiación del mismo y sobre todo a las docenas de voluntarios anónimos que sacrifican sus vacaciones para hacer posible el éxito de nuestra misión, a cambio del cuál, recibimos el cariño impagable de un pueblo que desde hace 33 años espera pacientemente que la comunidad internacional haga justicia y les permita recuperar su tierra y su libertad.



Consulta óptica en el hospital de Rabuni.

NUEVO PROYECTO EN ECUADOR

Isabelle Raud, coordinadora de país de Médicos del Mundo.

Médicos del Mundo abrió en enero 2009 un proyecto de apoyo para el fortalecimiento de la red sanitaria pública y la gestión local de la salud, prestando especial atención a las mujeres en edad fértil, en la zona de costa del cantón ecuatoriano de Eloy Alfaro, fronterizo con Colombia.

La zona, habitada por 15.348 personas (52% hombres, 48% mujeres), está conformada por 30 comunidades dispersas en tres islas (Limones, Pampanal y La Tolita) y una zona continental, La Tola, a lo largo de los ríos Cayapas y Mataje. Solo a las comunidades de La Tola puede accederse por tierra; en el resto, el acceso es fluvial.

La idea de realizar una intervención sociosanitaria surgió en julio de 2005, después de un encuentro del movimiento social indígena y negro celebrado en Quito. En esa ocasión, el representante de una de las asociaciones participantes ilustró la precaria situación social, económica y sanitaria de las comunidades del área y la persistente condición de marginación en la que se mantienen las poblaciones afrodescendientes, además de su lucha para defender su derecho alimentario y el ecosistema del manglar de la agresiva expansión de las grandes empresas camaroneras y madereras.

Las misiones de contacto y exploratoria que Médicos del Mundo emprendió en 2005 y 2006,

permitieron confirmar la presencia de importantes problemas colectivos de salud, la preocupante dificultad de acceso sanitario de la población y la presencia de una organización comunitaria fuertemente motivada en la implicación en acciones que condujeran a una mejora sostenible de las condiciones socio-sanitarias. Se verificó el grave impacto ambiental y socioeconómico provocado por la indiscriminada construcción de grandes piscinas artificiales para la industria camaronera. También se recogió toda la información y documentación necesaria para la formulación de un proyecto sociosanitario en la zona.

Finalmente se tomó la decisión de dar cobertura a todas las comunidades de influencia del Área de Salud 8, y se identificaron las contrapartes institucionales (el Hospital de Limones, cabecera del Cantón) y comunitaria (personas promotoras de salud, con liderazgo comunitario, representantes de organizaciones y el Centro de la Comunidad Epidemiológica y Medicina Tropical).

El hospital de Limones cuenta con un laboratorio y ofrece servicios de atención médica general y hospitalización. El área de salud de Limones tiene cinco subcentros rurales de salud, cada uno a cargo de una persona médica y una auxiliar de enfermería. Las personas promotoras de salud asumen la vigilancia sanitaria de su comunidad cuando no existe subcentro, además de participar en las visitas bimestrales de las brigadas médicas.

FORMACIÓN, EMPODERAMIENTO, AGUA

Médicos del Mundo colaborará en la formación continua de los profesionales de los servicios de salud y del personal sanitario mediante talleres de análisis y formación. Se formará, fortalecerá y desarrollará el seguimiento de una red de promotores de salud y se reforzarán las brigadas médicas coordinadas desde el hospital de Limones. Además, se realizará una línea de base para conocer la caracterización de los recursos humanos institucionales con respecto al manejo de la estrategia de salud sexual y reproductiva.

También se desarrollarán acciones con la contraparte comunitaria: se constituirán comités de personas usuarias y se formará en salud a sus miembros, a organizaciones de base y a redes locales; y se apoyarán las actividades de dos organizaciones de mujeres en el área de salud. Se donará a las comunidades una lancha fluvial.

Junto a acciones para la educación en género y en salud sexual y reproductiva (un programa de radio, una revista trimestral, ferias de la salud), el proyecto se completa con la rehabilitación de los sistemas de agua en las comunidades de Olmedo y El Bajito y la puesta en marcha del sistema de tratamiento de agua de punto de uso. En las poblaciones de Limones y de las islas del Manglar no hay agua potable, el líquido procede del río.



Trabajo con asociaciones de mujeres.



Las casas de la zona están construidas sobre pilares para evitar daños por las periódicas inundaciones.

UN MES EN HONDURAS

Elena Cárdenas y Joan Plovins, enfermera y médico voluntarios de Metges del Món Illes Balears.



En junio del año pasado se nos presentó la oportunidad de colaborar en un proyecto de salud maternoinfantil que Médicos del Mundo desarrolla en la provincia de Santa Bárbara, Honduras. Aceptamos sin pestañear.

De Palma de Mallorca salimos Joan Plovins, médico de familia, y Elena Cárdenas, enfermera, ambos de Metges del Món Illes Balears. Partimos el día 29 de octubre y después de unas interminables 22 horas de escalas, avión y coche, llegamos a San Pedro Sula. Al día siguiente emprendimos camino hacia Santa Bárbara por una carretera llena de baches increíbles, pero con un paisaje maravilloso: verde, limpio, reluciente, transparente, con muchos riachuelos y ríos con aguas torrenciales. No en vano era tiempo de lluvias.

Dos horas después alcanzamos nuestro destino final. Dejamos el equipaje en la oficina y nos dirigimos al Hospital Regional Integrado, donde nos esperaba el subdirector, el Dr. Jorge Peraza, que nos enseñó el hospital, nos presentó a su gente, pudimos ver el tipo de atención que se da...

El hospital es anticuado, construido hace 50 años y con pocas mejoras desde entonces. Tiene 62 camas, la mayoría sin sábanas ni mantas; cada persona ingresada se trae las suyas de casa. Las personas enfermas están muy bien atendidas por un personal muy preparado. Aprovechan lo poquito que tienen para cuidar lo mejor posible a los pacientes. El Hospital cuenta con servicios de rayos, laboratorio, quirófano y urgencias, pero carece de material moderno que agilice el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades más comunes.

Además, cuentan con una brigada médica que se desplaza a aquellas comunidades del departa-

mento (provincia) cuyos habitantes no pueden acudir al hospital por hallarse a gran distancia, estar los caminos intransitables o, simplemente, porque son extremadamente pobres y no disponen de ningún medio de transporte.

La brigada está formada por un médico, dos auxiliares de enfermería, un educador de salud y un chofer. Su trabajo es, sobre todo, de atención primaria, y si algún caso necesita hospitalización, se traslada al paciente en la furgoneta de la brigada médica.

CORTANDO CAFÉ

En estas comunidades viven entre 300 y 400 personas, en un centenar de casas dispersas y con un centro común donde se levantan la escuela, la iglesia y una sala para las consultas. La brigada médica fue creada gracias a un proyecto del País Vasco, que concluye en enero de 2009. Como el Departamento Nacional de Salud no se puede hacer cargo de la brigada, ésta desaparece por falta de medios económicos.

A nuestra llegada, nos unimos a la brigada médica en su visita mensual a varias comunidades: Tontolo, San Manuel, Candelaria, Nuevo Cilolac, Cerro Alto... En todas ellas pasamos visita de atención primaria y educación para la salud a las embarazadas. Sólo acuden a consulta las mujeres con sus niños y niñas, pues los hombres no van a menos que estén muy enfermos. Tienen que ir al campo a trabajar de sol a sol. Ésta es una zona cafetalera y nos encontrábamos en el momento de "cortar", de cosechar, labor a la que acude toda la familia, hasta los miembros más pequeños, que dejan de ir a la escuela.

En las comunidades muy alejadas de los centros urbanos, la brigada también administra tratamientos e instala una consulta de urgencia, pues transporta una farmacia ambulante.

EL PROBLEMA DEL AGUA

Hubo días en los que nos quedamos en el hospital. Joan, atendiendo en el servicio de Urgencias, y yo recorriendo las salas de Maternidad y Pediatría. Me reuní con el ginecólogo y el pediatra del hospital, quien me aconsejó que insistiera a las madres sobre la importancia de la alimentación equilibrada y del tratamiento de las aguas, ya que hay muchos casos de diarrea.

En Honduras el problema del agua es sumamente grave. Muchos de los trastornos gastrointestinales de la población provienen de la falta de higiene con el agua, dado que la del grifo no está tratada. Los cortes de agua son frecuentes, por lo

que es necesario llenar pilas y bidones para sacar agua según se necesite. En estas reservas de agua pueden poner sus huevos los mosquitos que transmiten enfermedades como el dengue o la malaria. Para evitarlo, ha de tratarse el agua con abate, un larvicida que impide el desarrollo de los vectores.

La segunda quincena de noviembre la dedicamos a impartir un taller de educación para la salud a varios grupos de parteras y personas colaboradoras voluntarias de salud. Estas parteras llevan muchos años ejerciendo su profesión, pero que no habían recibido un curso de reciclaje desde hacía 14 años. Así que las formamos para que detecten situaciones de peligro en las embarazadas y las remitan al hospital. Les entregamos material educativo, técnico y de escritorio y un maletín de atención al parto.

Mientras, a las personas colaboradoras voluntarias, las formamos para que detectasen situaciones de peligro en niñas y niños (diarrea y neumonía) y los derivaran al centro de salud más cercano. También les entregamos material para realizar controles en menores (peso, talla, vacunas, etc.). Todo el material distribuido fue financiado por el Govern de les Illes Balears.

Si me preguntan qué es lo que más me ha gustado de esta tierra, diré que su gente. Sobre todo la bondad y la sencillez de las mujeres y hombres que hemos ido a formar para que presten un mejor servicio a su comunidad. Son gente voluntaria, de todas las edades, muchas analfabetas. Todas maravillosas. Ocupan su tiempo libre en ayudar a sus vecinas, vecinos, educándolos en temas de salud. Todo ello a cambio de nada.

Ellos y ellas son los verdaderos cooperantes.



Matrona participante en los talleres de formación.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN PAÍSES MENOS DESARROLLADOS

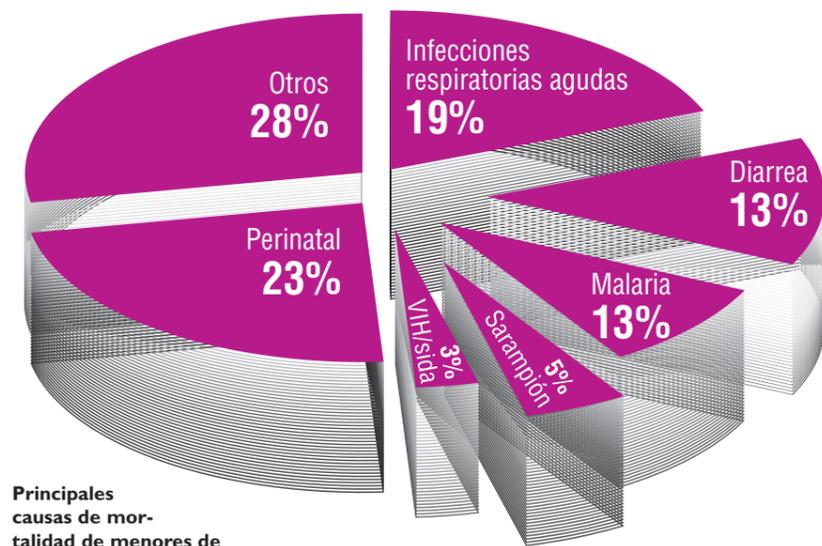


Es necesario que se destinen más recursos para lograr que la mayoría de los partos sean atendidos por personal médico, de enfermería o comadronas y comadronas capacitados para prevenir, detectar y tratar eventuales complicaciones obstétricas.

Enrique Fanjul, pediatra de atención primaria y cooperante de Médicos del Mundo.

Por primera vez en la Historia, la mortalidad mundial de menores de cinco años ha bajado de los 10 millones de muertes anuales. Según datos de 2007 de UNICEF, el número mundial de fallecimientos de niños y niñas ha descendido a los 9,2 millones, después de rozar el pico de los 13 millones en 1990.

No obstante, la pérdida de 9,2 millones de vidas infantiles sigue siendo un hecho inaceptable. Todavía se está lejos de alcanzar lo establecido por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), un compromiso para erradicar la pobreza firmado por 147 jefes y jefas de Estado y de Gobierno en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas de septiembre de 2000. El ODM número 4 tiene como meta reducir en dos terceras partes la mortalidad de menores de cinco años, entre 1990 y 2015, es decir, evitar la muerte de unos 5,4 millones de niños y niñas durante este período.



Principales causas de mortalidad de menores de cinco años en todo el mundo, en el año 2000.

Fuente: Organización Mundial de la Salud.

La mayoría de las muertes de menores de 5 años son, según UNICEF, consecuencia de una de estas causas o la combinación de varias: complicaciones en el periodo neonatal, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, sarampión, malaria y malnutrición.

COMPLICACIONES EN EL PERIODO NEONATAL

Muchos niños y niñas de los países empobrecidos enferman y mueren durante los periodos perinatal y neonatal, etapas de la vida de gran significado emocional. El parto de la madre y el nacimiento del bebé

están sujetos a más creencias y supersticiones que cualquier otra fase de la vida. Las enfermedades durante estos periodos pueden ser particularmente siniestras por las grandes consecuencias que pueden llegar a tener durante la vida de la persona.

La mayoría de las y los recién nacidos sólo requiere sencillos cuidados durante y después del parto: un ambiente caliente y seco, contacto con la madre, lactancia materna en la primera hora de vida, vitamina K, mantener el cordón umbilical limpio y seco, colirio o pomada antibiótica ocular y vacunas según directrices.

Es necesario que se destinen más recursos para lograr que la mayoría de los partos sean atendidos por personal médico, de enfermería o comadronas y comadronas capacitados para prevenir, detectar y tratar eventuales complicaciones. También debe garantizarse el acceso a centros de atención obstétrica de emergencia en caso de complicaciones inesperadas.

ENFERMEDADES DIARREICAS

Las enfermedades diarreicas son una de las causas principales de morbilidad infantil en los países empobrecidos y una importante causa de malnutrición. Cada año se producen cerca de 1,8 millones de muertes de menores de cinco años; ocho de cada diez ocurren durante los primeros 24 meses de vida.

La diarrea implica tres o más deposiciones líquidas. Generalmente, es un síntoma de infección gastrointestinal que puede ser causado por distintos organismos: virus, bacterias o parásitos que se propagan a través del agua, alimentos contaminados o de persona a persona como resultado de una higiene deficiente. La diarrea grave provoca deshidratación y puede amenazar la vida, sobre todo en personas de corta edad, malnutridas y/o inmunodeficientes.

Elementos esenciales en el tratamiento de una niña o niño con diarrea son la administración de sales de rehidratación oral y la alimentación continua. Igual importancia cobra la instrucción a personas cuidadoras sobre alimentación, prácticas de higiene, rehidratación oral y detección de posibles complicaciones y derivación a un servicio sanitario de nivel superior.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Las infecciones respiratorias son la causa más frecuente de enfermedad y mortalidad en la infancia, en países tanto desarrollados como en vías de desarrollo. Los agentes causales son de origen vírico o bacteriano, generalmente, siendo el *Streptococo Pneumoniae* el agente etiológico más importante, tanto por su frecuencia como por su severidad en todo el mundo y particularmente en el trópico. Su incidencia es mayor en periodos fríos y secos, al final de la época de lluvias,

y coincide con un aumento de los casos de malaria en zonas endémicas.

Las neumonías en países menos favorecidos presentan unas tasas de mortalidad de entre el 15 % y el 25%, generalmente como consecuencia de una detección y un tratamiento tardíos, un problema común a todos los lugares de recursos limitados.

Una detección temprana, que en muchos casos no es algo complicado, y un tratamiento relativamente sencillo, que puede ser llevado a cabo por personal sanitario con una formación muy básica (una persona agente de salud, por ejemplo) podría prevenir el agravamiento de la enfermedad.

SARAMPIÓN

El sarampión es una enfermedad viral altamente contagiosa que puede conllevar serias complicaciones y provocar una alta mortalidad. El sarampión grave está geográficamente delimitado a países empobrecidos. En algunas zonas es la más grave de las enfermedades infecciosas comunes de la infancia.

El cuadro clínico está compuesto por una fase catarral, o prodrómica, con tos, rinitis, conjuntivitis y fiebre, y una fase exantemática, caracterizada por erupción cutánea, fiebre elevada y tos.

El sarampión es un excelente ejemplo de la interacción entre nutrición e infección en niños y niñas. El sarampión es mucho más grave que cualquier otra enfermedad común, con una mortalidad hasta 400 veces superior, en menores que sufren de malnutrición. A su vez, el sarampión tiene un efecto muy negativo en el estado nutricional del niño o niña.

La vacunación contra el sarampión, con un coste inferior a 0,30 dólares estadounidenses por dosis, ha sido la mejor medida de salud pública en términos de coste efectividad para mejorar la salud infantil, consiguiendo una reducción de la mortalidad infantil de hasta un 75% en lugares con programas de vacunación ampliada.

MALARIA

La malaria es una importante causa de muerte y enfermedad en niños, niñas y personas adultas en zonas tropicales. Causa cerca de un millón de muertes al año, constituyendo los niños y niñas menores de cinco años y las mujeres embarazadas, la población más vulnerable.

La enfermedad clínica es causada por la infección de los hematíes por un parásito del género *Plasmodium* (transmitido por la picadura del mosquito *Anopheles*) y la consecuente rotura de estos hematíes y posterior liberación de toxinas y pirógenos. Causa anemia, fiebre, aumento del tamaño del bazo y, posteriormente, complicaciones más severas.

La inmunización contra la malaria es compleja y sólo en áreas de intensa transmisión se comienza a limitar el grado de parasitación en personas a partir de los cinco a diez años, disminuyendo la mortalidad a partir de este tiempo. Las personas adultas que habitan en

estas zonas, excepto las mujeres embarazadas, pueden delimitar la parasitación y la enfermedad.

MALNUTRICIÓN

Se calcula que la malnutrición afecta a más de 50 millones de niños y niñas menores de cinco años de edad en países empobrecidos. La malnutrición grave es un trastorno médico y social; es el resultado final de una falta crónica de atención nutricional, y a menudo emocional, del niño o niña, debida a la ausencia de conocimientos, a problemas familiares o a la pobreza.

La malnutrición puede complicar gravemente cualquiera de las otras enfermedades causantes de la mayoría de las muertes en menores de cinco años.

El tratamiento adecuado del paciente con malnutrición requiere identificar y corregir problemas médicos y sociales. Si se considera que la enfermedad es sólo un trastorno médico, es probable que el niño o niña recaiga cuando vuelva a su casa y que otras personas menores de la familia sigan expuestas al riesgo de sufrir los mismos problemas. Las muertes pueden ser evitables en la mayoría de los casos, y, como lo demuestran los recientes éxitos, existen soluciones de eficacia comprobada. Sabemos que cuando los niños y niñas cuentan con acceso a servicios de atención a la salud integrados, basados en la comunidad y respaldados por un sistema eficaz de remisión de casos, es posible salvar muchas vidas.

Gran parte del progreso experimentado en diversas partes del mundo se debe a la adopción generalizada de medidas y políticas sanitarias básicas, como la lactancia materna exclusiva, la vacunación contra el sarampión, el suministro de suplementos de vitamina A y el empleo de mosquiteras impregnadas con insecticida para prevenir el paludismo, el tratamiento adecuado de la neumonía, enfermedades diarreicas, malnutrición aguda e infección por VIH/Sida. Otras medidas importantes son la promoción de la higiene y el acceso a agua potable y a servicios adecuados de saneamiento.

A pesar de todas estas medidas, la incidencia de la malnutrición y las enfermedades se ve multiplicada por un agente de tremenda importancia: los conflictos armados, principales culpables de que muchos de estos niños y niñas no tengan acceso a vacunas, sales de rehidratación oral o comida suficiente.

Las guerras actuales destruyen infraestructuras civiles y vías de suministro antes que tanques o bases militares. Muchas de las víctimas de los conflictos, sobre todo en el caso de niños y niñas, no mueren directamente por proyectiles, sino por la separación de sus familias, hogares, granjas, pozos y otras fuentes de apoyo y subsistencia.

Si un país desea grandes avances en su desarrollo, quizás sólo pueda conseguirlo 20 ó 30 años después de que se hayan proporcionado servicios médicos, nutricionales y sociales a niños y niñas, esto es, cuando estas personas sean miembros efectivos de una sociedad adulta.

NUESTRAS INTERVENCIONES

Felicitas Ibáñez, *desk* África I de Médicos del Mundo.

Médicos del Mundo contribuye a reducir la mortalidad infantil en todos los países en que trabaja a través del fortalecimiento institucional de nuestras contrapartes sanitarias. Este fortalecimiento se traduce en la mejora de las instalaciones en las que se desarrollan las actividades médicas infantiles: las consultas pediátricas y las antenales, las salas de parto... Además de la rehabilitar, se dota de equipamiento pediátrico (estetoscopios, balanzas...) y medicación infantil a los centros al mismo tiempo que se da formación al personal sanitario responsable del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las personas más pequeñas. Este trabajo institucional lo desarrollamos en países como Angola, Mozambique o Senegal.

Una de nuestras principales preocupaciones es la escasez de formulaciones pediátricas (sobre todo para luchar contra el VIH/Sida) que existen en algunos de los países de intervención. Esto hace que de forma sistemática realicemos campañas de incidencia política local con los ministerios de salud para asegurar el derecho a la salud de niños y niñas.

También desarrollamos un trabajo comunitario muy importante con las familias, poniendo especial énfasis en la prevención y el cuidado de la salud de los niños y niñas, promoviendo las campañas de vacunación, la frecuentación de las consultas externas y la identificación por la comunidad de los signos de gravedad que indican la necesidad de llevar al pequeño al médico para ser observado. Se hacen proyectos más específicos en algunas regiones, como el Sáhara, donde desarrollamos un componente específico de nutrición.

Hay que destacar que cada vez más en los países en vías de desarrollo hay un aumento de la prevalencia de malnutrición crónica en la infancia debido a la situación de pobreza en la que viven. Esta es también una de nuestras preocupaciones desde el punto de vista de incidencia política

NUEVA REPRESENTACIÓN EN **ALMERÍA**

Alexandra Ríos, mediadora sociosanitaria de Médicos del Mundo.

En junio de 2008 Médicos del Mundo Andalucía abrió una oficina de representación en Almería para desarrollar un programa de reducción del daño y promoción de la salud dirigido a personas en situación de prostitución.

Almería es la segunda provincia andaluza, precedida de Málaga, en la que la presencia de población inmigrante es más representativa; de ello se deriva que Médicos del Mundo Andalucía haya mostrado interés por intervenir en esta provincia desde hace tiempo. Hace unos años se empezó también a prever una posible intervención en el tema de prostitución, por las peculiaridades de su ejercicio en la zona.

Consciente de la importancia de llevar a cabo acciones en la provincia, la organización convocó a socias y socios de la zona e inició las gestiones para encontrar la financiación del programa *Reducción de daños y promoción para la salud de personas en prostitución*. Es así que, con la donación de una Unidad Móvil para el programa por parte de Cajamar y la posterior firma del convenio de intervención en prostitución con la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que estimó necesaria la intervención, el programa vio la luz en junio del 2008, en la zona del levante y centro de Almería, donde también se firmaron sendos convenios de colaboración con los Distritos Sanitarios y la Consejería de Salud.

PERSONAS USUARIAS

La presencia de mujeres inmigrantes en situación de prostitución en la provincia empezó a ser notable a partir de 1999, con características comunes al resto de la Comunidad Autónoma: aumento del fenómeno de la prostitución, del número de clubes y de las mujeres extranjeras (principalmente subsaharianas, marroquíes, rumanas, rusas, lituanas, colombianas, ecuatorianas y brasileñas), que se dedican a ésta actividad. Sin embargo, la problemática pronto presentó tipologías propias relacionadas con asentamientos de población inmigrante en determinados territorios, en cortijadas o zonas de invernaderos.



En estos espacios está presente una prostitución que presenta mayor degradación y donde las mujeres se encuentran en condiciones más precarias. La magnitud del problema es, aún, bastante desconocida.

Mujeres de nacionalidad rumana y con edades comprendidas entre los 18 y los 50 años, forman el colectivo más numeroso atendido por nuestro programa. La actual situación de crisis empuja a muchas personas (en situación regular y de países miembro de la Unión Europea como Rumania o Bulgaria) a la prostitución. También es importante el porcentaje de personas inmigrantes en situación de prostitución cuya situación administrativa es irregular.

EL PROGRAMA

Los recursos humanos con los que contamos son un equipo técnico formado por una enfermera, una mediadora sociosanitaria y personal voluntario, que están encargados de desarrollar diversas actividades, tanto asistenciales y preventivas como informativas y formativas sobre salud biopsicosocial de las personas en situación de prostitución.

“Necesitamos alguien que nos diga qué está bien y qué no, porque con tantas enfermedades en el mundo, sino te proteges, no vives”, afirma una mujer rumana en situación de prostitución en un club, atendida por nuestro programa.

PRÓXIMOS PASOS

Carlos Artundo, presidente de Médicos del Mundo Andalucía.

El inicio de nuestra intervención y apertura de una sede en Almería era una asignatura pendiente para Médicos del Mundo desde hacía varios años. El por qué tiene que ver con la importancia del fenómeno de la inmigración así como las especiales condiciones y necesidades de Almería en el contexto de Andalucía.

El equipo se encuentra ya formulando una nueva intervención de atención sociosanitaria a inmigrantes, que se prevé que se ponga en marcha en la segunda parte de este año. La intención es focalizar la atención en lo psicosocial y la salud mental, algo innovador dentro de Médicos del Mundo.

En noviembre de 2009 celebraremos talleres con asociaciones de inmigrantes. La intención es reforzar las capacidades y formar a personas de estas asociaciones o que trabajan con inmigrantes en conducción de grupos de autoayuda para que puedan organizarlos en sus propias sedes y locales.

Las intervenciones han tenido una gran acogida, principalmente por las usuarias del programa, quienes manifiestan la importancia de nuestras actuaciones.

Aparte de acercarnos a las zonas de trabajo de las personas usuarias, otro punto importante de referencia es la nueva sede, que se encuentra en la capital almeriense y cuyo fin es contar con un espacio donde dinamizar la vida asociativa de Médicos del Mundo en Almería, y donde llevar a cabo la atención de las diferentes personas usuarias del programa presente y de los proyectos futuros.

Nuestra presencia en la provincia ha generado expectativas en las diferentes asociaciones de inmigrantes con las cuales queremos llevar a cabo el montaje y funcionamiento de un nuevo programa de atención sociosanitaria, donde prime la salud mental de este colectivo.

Alexandra Ríos, mediadora de Médicos del Mundo, y **Francisco Cortés**, responsable de identidad corporativa de Cajamar, frente a la Unidad Móvil donada a la organización.

El equipo desarrolla actividades de atención sanitaria (vacunaciones contra virus de la hepatitis B y tétanos, acceso a pruebas rápidas de VIH, analíticas de sangre, test de embarazo, acceso a controles ginecológicos...); atención social (incluida información, orientación y derivación para los diferentes recursos sociales y sanitarios existentes en la provincia y tramitación de la tarjeta sanitaria); de educación para la salud (salud sexual y reproductiva, higiene íntima, prevención de ITS, métodos anticonceptivos, etc).

En cada visita se proporciona a las personas usuarias material preventivo, como preservativos masculinos y femeninos, lubricantes y *dental-dam*.

Hasta el día de hoy hemos atendido a un total de 100 mujeres, distribuidas en dos puntos de calle, dos pisos privados y ocho clubes de alterne.



Atención informativa y educativa en un club de Almería.

Dos personas voluntarias de médicos del Mundo, empaquetando el material que se distribuye a las personas usuarias del programa.



FOTO: Sergi Cámara.

Revisión de la Ley de Extranjería

Corren tiempos de crisis económica, especialmente sensibles a la construcción de estereotipos negativos sobre las personas inmigrantes. Y es precisamente ahora, en este contexto, cuando el Gobierno propone modificar la Ley de Extranjería. Las organizaciones que trabajamos por los derechos fundamentales, por el derecho a la salud, como Médicos del Mundo, debemos estar alerta y movilizarnos ante cualquier recorte de derecho.

A Médicos del Mundo le preocupa que esta ley sea un retroceso de derechos para las personas migrantes, porque representan uno de los grupos más vulnerables de la sociedad. Nos preocupan especialmente esas 800.000 personas indocumentadas que se estima se encuentran en España en situación irregular; un caldo de cultivo para la explotación laboral y todo tipo de abusos. Estas personas viven con el temor de ser expulsadas del país, por lo que en muchas ocasiones no solicitan la protección de un Estado que les niega el reconocimiento.

La actual Ley de Extranjería reconoce el derecho al acceso a la salud de todas las personas que se encuentren en territorio español en las mismas condiciones que las españolas, tengan la situación administrativa que tengan. Sin embargo, la realidad a la que estamos asistiendo en nuestra labor cotidiana es que los requisitos administrativos que se solicitan, como estar en el padrón, suponen una barrera para acceder a ese derecho.

Las razones por las que muchas personas no llegan a estar empadronadas

son varias y van desde la dificultad de contar con un domicilio estable, al miedo al registro y la expulsión. En todo caso, son las Administraciones locales las que deciden los requisitos para empadronarse. El resultado es que finalmente un derecho fundamental reconocido por ley se está viendo afectado y limitado por cuestiones administrativas que varían de una Comunidad Autónoma a otra, incluso de una ciudad a otra.

Es fundamental garantizar que la nueva ley se expresa que el derecho al acceso a la salud debe estar garantizado y que ningún requisito administrativo pueda servir de obstáculo.

ELECCIONES EUROPEAS

Médicos del Mundo solicitó a los candidatos a las elecciones europeas del 7 de junio que expresaran públicamente cuál es su compromiso con la defensa del derecho a la salud respecto a la población inmigrante en situación irregular.

De esta manera pretendemos conseguir clarificar qué grupos parlamentarios sí están dispuestos a trabajar para garantizar este derecho cada vez más inalcanzable en muchos Estados europeos.

Médicos del Mundo en Europa ha puesto en marcha la Red HUMA (www.humanet.org) para defender y hacer realidad que las personas emigrantes en situación irregular accedan en pie de igualdad al resto de ciudadanos a los servicios sanitarios públicos.

Simulacro de inundación con alumnado de primaria



Con el objetivo de sensibilizar sobre la vulnerabilidad de las comunidades más pobres ante las catástrofes naturales, Obra Social Caja Madrid organizó, junto a Médicos del Mundo, Acción contra el Hambre, Intermón Oxfam y Bomberos Unidos sin Fronteras, un simulacro de una inundación con el alumnado de primaria del colegio público Eijo y Garay de Madrid.

Por un día, niños y niñas rescataron a personas que se habían refugiado en los tejados de las casas, reanimaron a quienes habían sufrido una parada cardiorrespiratoria, alimentaron a personas desnutridas y abastecieron de agua a

poblaciones afectadas. El objetivo de esta *gymkana* fue sensibilizar al alumnado sobre las consecuencias que las inundaciones tienen sobre la vida de las personas más vulnerables y mostrar las actuaciones que estas ONG llevan a cabo cuando ocurre catástrofes de ese tipo.

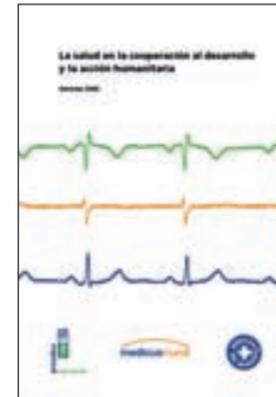
A lo largo de siete años, Médicos del Mundo, Acción contra el Hambre, Bomberos Unidos sin Fronteras e Intermón Oxfam han llevado a cabo más de 86 acciones en 45 países a través del Plan de Emergencia de la Obra Social de Caja Madrid.

El pasado 12 de mayo, Médicos del Mundo renovó el convenio de colaboración con el Plan de Emergencia de la Obra Social de Caja Madrid.

Jesús González, vicepresidente de Médicos del Mundo Andalucía, en el hospital de campaña montado para la ocasión.

Informe 2008

La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria



El sector salud pierde peso en la cooperación española a pesar del incremento de la Ayuda Oficial al Desarrollo

El 10 de marzo se presentó el Informe *La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria 2008*. Según el documento, elaborado por Médicos del Mundo, Medicus Mundi y Prosalus, la ayuda española al desarrollo para la salud registró en 2007, un aumento de 51 millones de euros. De esta forma, España se sitúa entre los 10 primeros donantes del Comité de Ayuda al Desarrollo y de la Unión Europea. Ahora bien, tal evolución debe ser situada en un contexto de crecimiento general de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) lo que hace que, en realidad, la salud pierda peso relativo con respecto a otros sectores de actuación. Por otra parte, se cuadruplicó el volumen de ayuda reembolsable en este sector, algo que según el informe es inaceptable.

En términos globales, la situación de la salud mundial es mejor que hace 30 años, aunque continúa estando lejos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El cumplimiento de los compromisos en tiempos de crisis y la coordinación entre actores se constituyen en piezas claves para conseguir actuaciones más efectivas.

El informe dedica especial atención a la cooperación descentralizada. Según el documento, la heterogeneidad en los presupuestos y prioridades de las Comunidades Autónomas, dificulta la efectividad de las actuaciones. El informe aboga por mecanismos de coordinación que faciliten la interacción entre actores.

El informe puede descargarse en la siguiente web: http://www.actionforglobalhealth.eu/content/download/13779/71358/file/Interior_BAJA%20RESOLUCION.pdf

Nuevo informe de Acción por la Salud Global

Salud en crisis



El día 7 de abril, Día Mundial de la Salud, la red Acción por la Salud Global presentó *Salud en crisis*, un informe que advierte que los gobiernos europeos pueden utilizar la crisis económica como excusa para abandonar sus compromisos de salud en los países en desarrollo. Según el documento, la crisis económica mundial demuestra que los gobiernos deben mostrar la misma determinación que han tenido para salvar el sistema bancario para llevar a cabo una acción urgente para la salud. Se calcula que una recesión podría causar la muerte anual de entre 200.000 y 400.000 niños y niñas menores de cinco años.

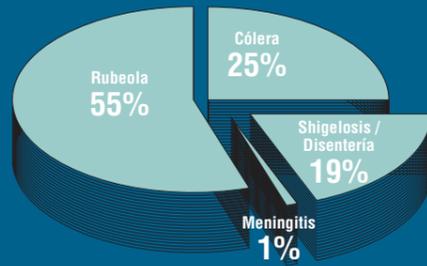
El informe revela que las acciones tomadas por los gobiernos europeos desde las reuniones de 2008 no alcanzan los niveles comprometidos. Demuestra que, a pesar de las promesas para alcanzar el objetivo europeo de destinar el 0,56% del PIB a la ayuda al desarrollo, muchos países no están en este camino o tienen un gasto inapropiado. España se acerca a este objetivo al destinar el 0,5% a la Ayuda Oficial al Desarrollo. Sin embargo, sólo destina un 0,014% a salud, una cifra que queda lejos del compromiso del 0,1% asumido para este sector.

Las conclusiones del informe fueron presentadas en el Congreso de los Diputados el 21 de abril, en el marco de la Jornada sobre Salud y Cooperación al Desarrollo, en la que participaron representantes de grupos políticos y personas vinculadas al ámbito de la salud y el desarrollo.

El informe puede descargarse en: <http://www.actionforglobalhealth.eu/content/download/31721/161328/file/SALUD%20en%20Crisis,%20AOD%20Española.pdf>

Epidemias en Katanga

En el 2007 se reportaron en el distrito de Tanganyka (provincia de Katanga) más de 21.000 casos, más de la mitad, de rubéola. La zona del lago homónimo se confirmó como endémica del cólera.



EL CÓLERA es una infección intestinal causada por la ingestión de agua y alimentos contaminados por la bacteria *Vibrio Cholerae*. Provoca diarrea abundante con rápida progresión a la muerte. Con higiene y acceso a fuentes de agua y saneamiento seguras se previene el contagio. El tratamiento incluye desinfección y rehidratación.

LA RUBEOLA es una enfermedad vírica que, si es contraída por la madre durante el embarazo, supone una grave amenaza para el feto. Se transmite a través de estornudos, tos o el contacto con superficies contaminadas. La posibilidad de que una persona no vacunada adquiera la enfermedad si convive con alguien que la tiene es del 90%.

LA SHIGELOSIS es una forma de disentería, una enfermedad infecciosa transmitida a través de moscas, alimentos, agua u objetos contaminados. Su tratamiento incluye provisión de medicamentos e hidratación.

LA MENINGITIS es letal si la inflamación de las meninges es causada por bacterias y hongos. Progresa con rapidez por lo que el diagnóstico y tratamiento precoz es importante para prevenir secuelas graves y la muerte.



FOTO: Jacky Naegelen / Reuters.

Otras epidemias

La RDC tiene el 80% de las reservas mundiales de coltán, mezcla de los minerales columbita y tantalita, que se utiliza en casi la totalidad de dispositivos electrónicos: móviles, GPS, satélites artificiales, armas teledirigidas, televisores de plasma, videoconsolas, ordenadores portátiles... El coltán sale de las minas a puestos comerciales clave, donde lo adquieren mercaderes extranjeros que lo envían al exterior, principalmente a través de Ruanda. Las empresas con capacidad tecnológica suficiente convierten al coltán en el codiciado tantalo en polvo y luego venden esa pólvora mágica a Nokia, Motorola, Compaq, Sony y a otros fabricantes que lo utilizan en teléfonos celulares y otros ingenios high tech.



FOTO: Bruno Fert.



FOTO: Veronique Burger.

¡ALERTA!

REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO

Plaga de epidemias

La estabilidad política, el contexto económico y la situación social de la República Democrática del Congo siguen siendo extremadamente frágiles, también después de la reelección democrática de Joseph Kabila como presidente en 2006. La situación de exclusión sanitaria en la que viven millones de personas es gravísima. Nuestro Programa de apoyo al sistema de salud y refuerzo de capacidades locales de la República Democrática del Congo busca ofrecer acceso a la atención sanitaria y prevenir las epidemias que afectan ya a más de un millón de personas.

La República Democrática del Congo (RDC), uno de los gigantes de África, es, a pesar de su riqueza en recursos naturales, uno de los países más pobres del mundo (puesto 168 de 177 en el listado del Índice de Desarrollo Humano del PNUD). Su economía y su situación social se han visto azotadas por una reciente historia repleta de conflictos e inestabilidad. Los recursos mineros del país han sido durante este siglo objetivo principal de los países ricos, la corona belga, empresas, y dictaduras brutales nunca dispuestas a perder el control de los mayores yacimientos de uranio, coltán, diamantes, oro, gas y petróleo.

Esta situación ha resultado en la muerte de casi 4 millones de personas, en hambruna y enfermedades y en el desplazamiento forzoso de varios millones de personas refugiadas. La situación sanitaria de la población continúa degradándose, la mortalidad materna e infantil aumenta, el personal sanitario formado emigra y la población civil sufre la insuficiencia de servicios sanitarios primarios.

¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO PARA CAMBIAR ESTA REALIDAD?

Médicos del Mundo está presente en la RDC desde hace 15 años y desarrolla un programa de refuerzo de atención primaria en el norte de la provincia de Katanga, al sur del país. Desde el 2002 lleva a cabo un trabajo constante de apoyo en la prevención de epidemias de meningitis, cólera, disentería y rubéola en el distrito de Tanganyka.

A través de su acción Médicos del Mundo trabaja con las instituciones y las comunidades en la mejora de la calidad y el acceso a servicios sanitarios de la población local (más de 1.090.000 personas) y en la prevención de epidemias con alta mortalidad, como la rubéola.

POR EL DERECHO A LA SALUD DE LA POBLACIÓN DE LA RDC

Estamos dotando de medicamentos y material médico para el tratamiento de las cuatro enfermedades endémicas de esta zona:

- Apoyando el funcionamiento de 121 centros de salud, 5 maternidades en grandes hospitales, y 3 centros de tratamiento de cólera.
- Llevando a cabo la cloración preventiva del agua en brotes epidémicos del cólera y rehabilitando centros de tratamiento de la misma.
- Sensibilizando a la población sobre las epidemias y las campañas de vacunación.
- Reforzando los equipos de vacunación (aportando material para mantener la cadena de frío).
- Formando y supervisando equipos de vacunación y realizando campañas de vacunación.

AYÚDANOS A LUCHAR CONTRA LAS EPIDEMIAS EN EL DISTRITO DE TANGANYKA

POR FAVOR, COLABORA CON MÉDICOS DEL MUNDO
enviando el **cupón adjunto**, llamando al **902 286 286**,
a través de **www.medicosdelmundo.org**
o mediante transferencia a ccc **2100 / 4466 / 99 / 0200020000**

**Tu aportación, por pequeña que sea,
ES IMPORTANTE**



República Democrática del Congo

- Población: **62.636.000 habitantes**
- Esperanza de vida: **45,8 años**
- PIB por habitante: **520 U\$**
- Índice de Desarrollo Humano: **0.411** (posición 168 de 177)
- Analfabetismo hombres: **19,1%**
- Analfabetismo mujeres: **45,9%**
- Población sin acceso a agua potable: **54%**
- Médicos por cada 100.000 habitantes: **11**
- Mortalidad infantil: **161 por cada 1.000 nacidos vivos**
- Gasto en salud pública: **1,1% del PIB**

NO NECESITA
SELLO
FRANQUEAR
EN DESTINO



Médicos del Mundo
Apartado de Correos
Nº 1.820 F.D.
28080 MADRID

RESPUESTA COMERCIAL
F.D. Autorización nº 15087
(B.O.C. y T. de fecha 06/08/96)

DOBLAR POR AQUÍ

/24 TESTIMONIO

NUESTROS SOCIOS NUESTRAS SOCIAS

- 1) ¿POR QUÉ TE HICISTE SOCIO O SOCIA DE MÉDICOS DEL MUNDO?
- 2) ¿A QUÉ RENUNCIAS Y QUÉ RECIBES AL SER SOCIO O SOCIA?
- 3) ¿QUÉ ESPERAS DE MÉDICOS DEL MUNDO?
- 4) ¿QUÉ PROYECTOS TE LLAMAN MÁS LA ATENCIÓN?



José Francisco
GETXO, 68 AÑOS

- 1) Quiero paliar en una muy pequeña parte los problemas de las personas más desfavorecidas en el mundo.
- 2) No tengo que renunciar a nada importante, solo a una pequeña parte de mi tiempo.
- 3) Transparencia total en la gestión y que se emplee el máximo de sus ingresos hacia los fines de la organización.
- 4) La dedicación del voluntariado, sobre todo.



Mª Luisa
TOLEDO, 40 AÑOS

- 1) Considero que soy una privilegiada y aunque no puedo hacer mucho, si algo puedo ayudar... Me gustaría que otras personas hicieran lo mismo si me tocara estar del otro lado.
- 2) Conozco a la organización y a personas que trabajan en ella y me gusta el planteamiento.
- 3) Espero que lo poco que doy sirva para algo y sea bien utilizado en beneficio de otras personas.
- 4) La intervención en otros países a través de proyectos de Cooperación y el trabajo aquí, sobre todo con las personas en situación de prostitución e inmigrantes. Me parece importante el trabajo de concienciación y sensibilización, tenemos mucho que aprender y más en esta época de crisis.



Rafael
ZARAGOZA, 45 AÑOS

- 1) Conocía a personas de Médicos del Mundo, que me informaron sobre la labor que llevaba a cabo la organización y me transmitieron confianza.
- 2) Pago una pequeña cuota que no me supone ningún sacrificio y que, sin embargo, junto con las cuotas del resto de socios y socias, sí que supone mucho en la ayuda a muchas personas.
- 3) Espero de las ONG que cubran espacios de solidaridad y ayuda que los Gobiernos, bien por pura dejadez o bien porque sus compromisos políticos y de relaciones internacionales, no se lo permiten, no atienden adecuadamente o simplemente no los atienden.
- 4) Ninguno en concreto, pero valoro la seriedad de las personas que trabajan en la organización, algunas de las cuáles tengo la suerte de contar entre mis amigos, y su vocación universal.



Yolanda
PAMPLONA, 41 AÑOS

- 1) Quiero estar más implicada; empecé como voluntaria y quiero ampliar mi compromiso más allá del voluntariado.
- 2) Significa implicarme más en la organización y la oportunidad de conocer Médicos del Mundo desde dentro.
- 3) Espero que el trabajo que estoy haciendo como voluntaria tenga continuidad, es decir, continúe en esa misma línea aunque yo no pueda estar, y con ello poder transformar un poquito más la realidad.
- 4) El proyecto de Mutilación Genital Femenina, porque es un tema bastante desconocido y actualmente hay mucha población africana afectada. Además, a nivel personal me interesan mucho los temas de género.