



FOTO: Juan Aguilar. Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución 2.0 Genérica.



MOMENTO DE CAMBIOS

La nueva realidad que impone la crisis exige más compromiso y más solidaridad

APRENDER DE LOS ER Y CONSOLIDAR LO LO



José Antonio Alonso
director del Instituto
Complutense de Estudios
Internacionales

El análisis de la Cooperación Española a lo largo de estos últimos años no puede sino conducir a la decepción. En poco tiempo se han sucedido la proclamación exaltada de propósitos desmedidos, el crecimiento intenso pero desordenado de los recursos, la elusión de las reformas internas del sistema buscando externalizar la gestión, la acumulación progresiva de los incumplimientos, el debilitamiento del sistema institucional público y la regresión en las cifras de ayuda a través de recortes no siempre comprensibles.

Como resultado entre muchos sectores de la cooperación reina el desánimo, cuando no el desconcierto. No sólo porque se adivinan tiempos difíciles para la cooperación, en un entorno de severas restricciones presupuestarias, sino porque, además, no se sabe hacia qué modelo se encamina nuestro sistema.

España inició esta última etapa de la política de cooperación en una situación verdaderamente crítica. La segunda legislatura del PP, entre 2000 y 2004, había logrado desmontar buena parte de los logros, muy meritorios por cierto, de los cuatro años anteriores. Se dejaron caer los recursos, sólo acrecentados con operaciones de cancelación de deuda, se sometió la política de ayuda a una torsión indebida, poniéndola al servicio de objetivos muy distintos a los del desarrollo, y se alimentó un clima de tensión y desconfianza entre la Administración y buena parte de los actores del sistema de ayuda.

No es extraño entonces que sectores de la ayuda esperasen de las nuevas autoridades, surgidas de las elecciones de 2004, un cambio radical en la política de cooperación. Respon-

diendo a estas expectativas, el nuevo gobierno hizo del crecimiento de la ayuda una de sus señas de identidad. El objetivo era alcanzar el 0,5% del PIB al final de la primera legislatura, y el 0,7%, al final de la siguiente (este segundo objetivo se pospuso al 2015 en el marco de un acuerdo comunitario).

Aunque se prometieron cambios en el sistema de gestión, los avances fueron limitados: se constituyó la DGPOLDE [Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo], la unidad de planificación y evaluación del sistema, con rango de dirección general, y se alteró el estatuto jurídico de la AECID [Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo], convertida en Agencia Estatal. No obstante, la dotación de recursos humanos de la primera estuvo muy por detrás de las tareas que se le encomendaban y el cambio de estatuto de la Agencia no fue acompañado de una auténtica reforma de sus estructuras y recursos.

Finalmente, como parte del esfuerzo reformador, se adscribió la política española de una manera muy firme (incluso mimética) a la agenda internacional, dominada por los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la agenda de la eficacia de la ayuda (Declaración de París y Agenda de Acción de Accra). Todo ello acompañado de un meritorio esfuerzo por mejorar los sistemas de planificación, aunque con muy limitados progresos en el campo de la evaluación.

CRECIMIENTO DESORDENADO

De todos estos progresos parciales el más visible fue el crecimiento de los recursos: entre 2003 y 2008, la ayuda pasó de algo más de 2.000 millones de euros a cerca de 4.700 millones de euros; en términos relativos al PIB, esto supuso pasar del 0,26% a cerca del 0,47%. Se trata de un crecimiento notable, que se produjo, en todo caso, de una manera desordenada. El abusivo recurso a la canalización de la ayuda a través de instituciones multilaterales, el despliegue de nuevas prioridades geográficas y la incursión en campos de ayuda diversos son expresivos de ese desorden, que ha incrementado los niveles de dispersión sectorial y geográfica de la ayuda.

A partir de 2009, estamos, sin embargo, sumidos en el proceso inverso, de progresiva reducción de la ayuda. De hecho, los recursos de 2011 es difícil que alcancen los 4.300 millones de euros previstos (quedándose en un entorno del 0,4% del PIB). El inmediato futuro no augura cambio alguno en esta tendencia, habida cuenta del horizonte temporal de las restricciones presupuestarias. En todo caso, lo preocupante no es sólo el decrecimiento de la ayuda, sino también los discutibles criterios con los que se están haciendo los recortes.

No ha habido una revisión del Plan Director de acuerdo con los nuevos parámetros presupuestarios que ha impuesto la crisis; y no parece que exista un plan argumentado acerca de cómo reajustar las partidas para aminorar los costes del ajuste. Como consecuencia, la ayuda se está recortando allí donde menores resistencias políticas existen. Dada que no son actores políticos del sistema español, los organismos multilaterales son los principales candidatos para sufrir los recortes. Lo que hace dudar de la auténtica vocación multilateral de nuestra cooperación, al tiempo que plantea problemas severos a la composición de la ayuda, ya que la canalización de los recursos a algunos sectores (como la educación y la salud) se ha hecho predominantemente a través del canal multilateral (por medio de las iniciativas FTI [Fast Track Initiative] y del Fondo Global). No es extraño que como consecuencia del proceso el peso de los sectores sociales básicos haya caído.

Aunque el panorama actual no es muy ilusorio, conviene sobreponerse al pesimismo y echar la mirada atrás para extraer algunas conclusiones acerca del camino recorrido. A este respecto, cinco ideas parecen especialmente pertinentes:

- En primer lugar, existe una insana costumbre en el mundo de la cooperación de asociar el compromiso de los gobiernos con objetivos cuantitativos en materia de ayuda. Es comprensible dados los reiterados incumplimientos de los donantes, pero ese proceder tiene un efecto perverso: hace que los gobiernos centren su atención más en

Comparativa >

4.233 millones de euros Previsión de la Ayuda Oficial al Desarrollo neta en 2011. Agencia Española de Cooperación Internacional: <http://bit.ly/qH462M>

6.300 millones de euros Cantidad que podría ingresar España anualmente si gravara con un 0,05% las transacciones financieras internacionales. Informe *Impuestos para frenar la especulación financiera*, del Nóbel de Economía Joseph Stiglitz: <http://bit.ly/qgWFW6>

11.559 millo aporta financiero español por el Fondo de Banca. Banco de España: <http://>

RORES GRADO

los recursos disponibles que en los medios requeridos para hacer que esos recursos se gestionen adecuadamente.

- En segundo lugar, una buena política de cooperación requiere un sistema complejo de gestión, dotado de recursos humanos adecuadamente formados y de directivos especializados. Dadas las carencias existentes en España, es imposible hacer crecer la ayuda de una manera sostenida si no se invierte en las capacidades institucionales del propio sistema. El recurso a externalizar la gestión, apelando al sistema multilateral, es al cabo una falsa salida.

- En tercer lugar, el desarrollo es un proceso complejo y las necesidades de los países en desarrollo son plurales: pero de ello no se debe deducir que la cooperación deba hacerse presente en todos los campos. Más bien, al contrario, sólo es posible avanzar en la eficacia de la ayuda si cada donante analiza qué es lo que hace mejor y define sus prioridades de manera selectiva.

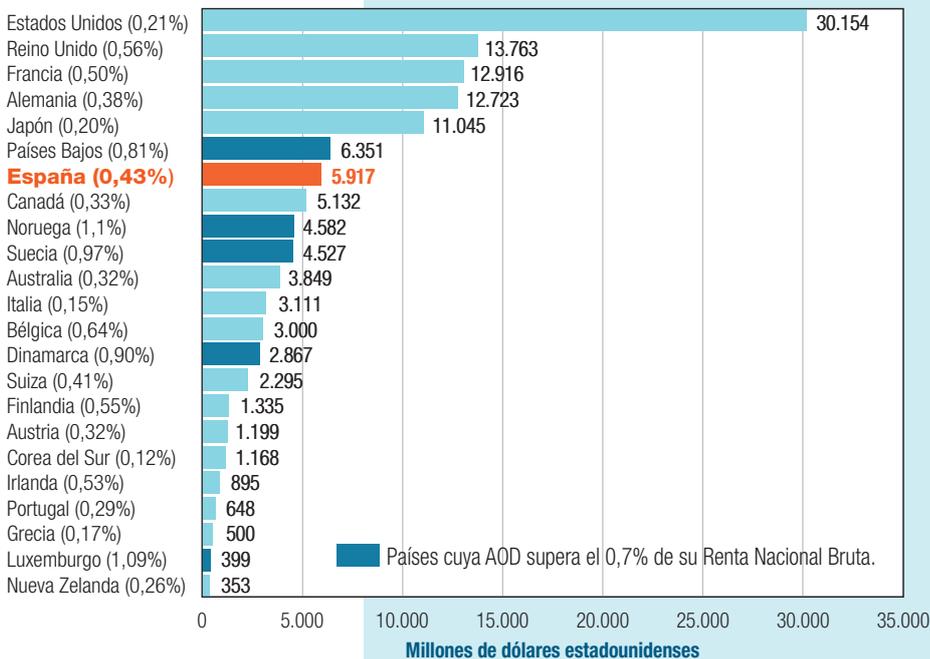
- En cuarto lugar, es necesario avanzar en la profesionalización del sector. Las ONG han hecho un esfuerzo en este sentido, aunque todavía tengan terreno que recorrer: sería necesario que la Administración diese muestras de que está dispuesta a avanzar también en ese campo. Lo que comporta elegir directivos para el sistema con capacidades probadas y experiencia en este campo de la política pública.

- Por último, la mejora del sistema requiere de un sistema continuado de aprendizaje. Es importante planificar la ayuda, pero debe hacerse más esfuerzo (y de mayor calidad) en la evaluación.

La relación previa no agota las enseñanzas de este período, pero son suficientes para iluminar lo que debemos hacer en el futuro: fijar los objetivos de una manera más realista, fortalecer el sistema, avanzar en la profesionalización de los directivos, definir las prioridades de forma más selectiva e invertir en el aprendizaje y la evaluación.

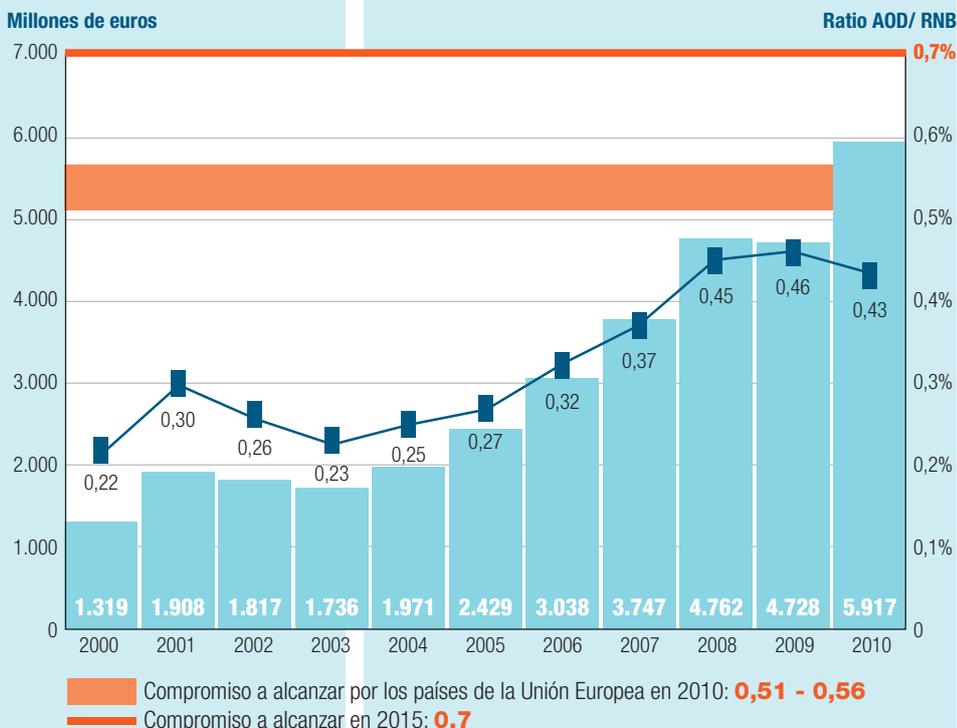
AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO DE LOS PAÍSES MIEMBROS DEL COMITÉ DE AYUDA AL DESARROLLO, EN 2010. Fuente: OCDE (bit.ly/mdm-rev-31-3b).

País (ratio AOD / RNB)



EVOLUCIÓN DE LA AOD ESPAÑOLA DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA.

Fuente: Elaboración propia con datos de los Seguimientos de los Planes Anuales de Cooperación Internacional 2000 / 2009 (Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación) y OCD.



nes de euros Fondos dos y comprometidos al sistema e Reestructuración Ordenada [//bit.ly/novNKR](http://bit.ly/novNKR)

30.000 millones de euros Dotación inicial del Fondo para la Adquisición de Activos Financieros para la compra de activos financieros de máxima calidad con el fin de fomentar la financiación a empresas y particulares residentes en España. FAAF: <http://bit.ly/pJTCYq>

59.515 millones de euros Fraude fiscal en España. Sindicato de Técnicos del Ministerio de Hacienda: <http://bit.ly/rfNQFH>

LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA EN SALUD MENOS SALUDABLE



José María Medina

director de
Transversalización,
Incidencia y Aprendizaje
de Médicos del Mundo

El período 2005-2008 constituyó una etapa de importante expansión de la Cooperación Española. La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) del Estado español, que se había mantenido más o menos congelada en el cuatrienio anterior, creció casi un 140 % en términos absolutos. Con esa misma tendencia creció también la AOD dedicada a salud, que se vio incrementada tanto por el monto de recursos dedicados a este sector como en su peso relativo dentro del conjunto de la ayuda española.

Esta tendencia refleja la importancia que se le ha querido dar a este sector de la salud en base al doble carácter que tiene en el desarrollo: por un lado, la salud es un fin en sí misma, es un derecho humano que se debe garantizar a todas las personas. Pero además la salud es una condición o prerrequisito para el desarrollo; una población con una deficiente situación de salud difícilmente podrá acometer un sólido proceso de desarrollo.

Durante la Presidencia Española de la Unión Europea se impulsó la elaboración y aprobación de una Comunicación de la Comisión sobre Salud Global en la que hubo un importante liderazgo de nuestro país, reforzando así el mensaje de que el sector salud es muy importante para nuestra cooperación.

Sin embargo, después de que en 2009 y 2010 se haya producido un estancamiento de la ayuda en salud y un comienzo de retroceso, en 2011 se prevé una caída tan fuerte que situará a la ayuda para el sector salud en cifras por debajo de las que tenía en 2006 y en un porcentaje respecto al total de la AOD inferior al de los últimos diez años.

Esta situación no se explica simplemente por la crisis: mientras el total de la AOD previsiblemente se reducirá entre un 10 y un 20 % respecto a la ejecutada en 2008, la AOD para el sector salud se reducirá más de un 50 %.

AOD EN SALUD

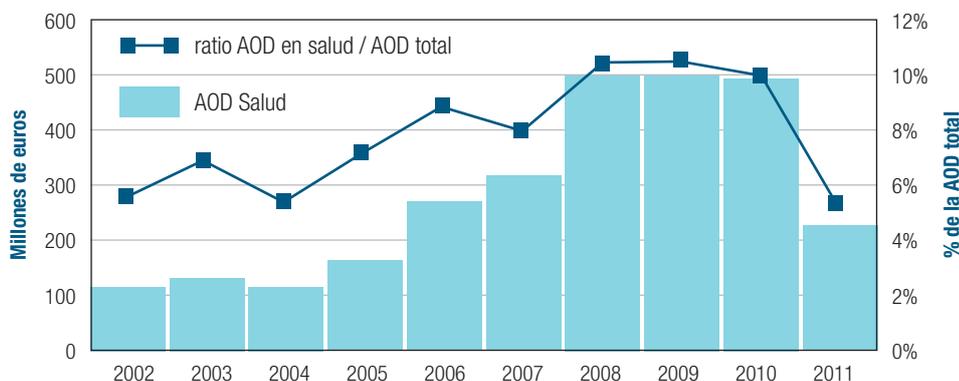


PORCENTAJE RECOMENDADO

ESPAÑA 2011



EVOLUCIÓN DE LA AOD ESPAÑOLA EN SALUD Y SU PESO RELATIVO EN LA AOD TOTAL



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos publicados en los informes de seguimiento de los planes anuales de cooperación. Los datos de 2010 y 2011 son previsiones a partir de las previsiones presupuestarias de los Planes Anuales de cooperación Internacional (PACI).

PAÑOLA,

RECOMENDACIONES AL NUEVO GOBIERNO

El Congreso de los Diputados y Diputadas aprobó recientemente un estudio sobre las perspectivas de la cooperación internacional española para el desarrollo, en cuya elaboración ha participado Médicos del Mundo. El documento aprobado recoge algunos de nuestros posicionamientos, aunque no todos.

Por ello, Médicos del Mundo quiere hacer públicas una serie de recomendaciones referentes a las políticas de salud y la ayuda oficial al desarrollo (AOD) dirigidas a las autoridades políticas locales, autonómicas y, especialmente, al Gobierno central emanado de las elecciones del 20 de noviembre.

Nuestras recomendaciones son:

- 1.** Evitar que los recortes presupuestarios afecten el derecho humano a la salud y el acceso a la atención sanitaria de colectivos en situación de especial vulnerabilidad.
- 2.** Eliminar las barreras administrativas que impiden el acceso a la salud de estos colectivos, dado que vulneran su derecho humano a la salud.
- 3.** Promover la mediación socio-sanitaria para paliar las barreras culturales que limitan el acceso de estos colectivos a una adecuada atención sanitaria.
- 4.** Fomentar la sensibilización social y la educación para una ciudadanía global de modo que nuestra sociedad, conozca, comprenda y se comprometa ante los problemas de las personas en situación de exclusión, en el Estado español, y en países empobrecidos.
- 5.** Cumplir, en plazos razonables, con los compromisos suscritos, como dedicar a la AOD el 0,7% de la renta nacional bruta. La cooperación no es una política reservada para tiempos de bonanza.
- 6.** Mejorar la calidad y ejecución de la ayuda, de modo que se ejecute el máximo posible de lo planificado.
- 7.** Destinar el 15% de toda la AOD a salud y la priorizar otras necesidades sociales básicas.
- 8.** Considerar la salud como derecho humano, y por ende, avanzar hacia la cobertura universal mediante sistemas públicos de salud que prioricen la atención primaria.
- 9.** Extremar el cuidado en el uso de instrumentos crediticios en la AOD, dado que pueden generar más deuda en los países en desarrollo, y en la canalización de la ayuda a través de organismos multilaterales y asociaciones público-privadas.
- 10.** Promover la participación de la sociedad civil en el diseño, desarrollo y seguimiento de las políticas públicas relativas a inclusión social y a cooperación internacional.



Entierro simbólico de la ayuda oficial al desarrollo, movilización de protesta ante los recortes de la Generalitat de Catalunya al presupuesto de cooperación. FOTO: Cortesía de Andrea Lotfe / La Lupa Comunicació Social.

QUÉ PUEDO HACER YO

Sumarme

a la campaña *Si se mueve ficha, que sea por la salud*, de la red Acción por la Salud Global (<http://bit.ly/qw1Mec>) y firmar la petición *Héroes por un mundo más sano* (www.heroesporunmundomassano.org).

Difundir

las acciones lanzadas durante la pasada *Semana contra la Pobreza*, bajo el lema *Únete a la Rebelión*, y las futuras movilizaciones contra los recortes convocadas por la Coordinadora Española de ONG para el Desarrollo, en su página web (www.coordinadoraongd.org), cuenta de Twitter (@coordingd) o perfil en Facebook ([on.fb.me/pUFqyL](https://www.facebook.com/on.fb.me/pUFqyL)).

Informarme

de los recortes en mi Comunidad Autónoma.

Participar

de las acciones de denuncia sobre los recortes en cooperación de las coordinadoras autonómicas.

- Exigir que se cumplan los compromisos políticos relativos a la AOD y la lucha contra la pobreza.
- Intervenir en los debates que se mantienen en el Observatorio de la Deuda en la Globalización sobre el futuro de la cooperación internacional.
- Difundir, a través de las redes sociales y de nuestro entorno, las movilizaciones frente a la reducción de la cooperación al desarrollo.

tribuna

HAMBRUNA EN EL CUERNO DE ÁFRICA

**Ricardo Angora**

voluntario y cooperante de Médicos del Mundo en la misión exploratoria en el Cuerno de África

La hambruna vuelve a afectar una vez más a esta castigada región de África. Este verano las imágenes de televisión mostrando a niñas y niños desnutridos, mujeres exhaustas cruzando la frontera Somalí en busca de ayuda y a personas ancianas gravemente enfermas, han hecho saltar las alarmas de la comunidad internacional. Pero aparte de elocuentes declaraciones y testimoniales aportaciones de fondos, ninguna medi-

da de calado se ha puesto en marcha por parte de los Estados miembro de Naciones Unidas.

La realidad es que 13 millones de personas se encuentran en situación de grave inseguridad alimentaria en el Cuerno de África, una región que comprende un vasto territorio de semidesérticas tierras y cuya población no consigue más que reducidas cosechas, insuficientes para cubrir las necesidades de alimentación. La mayoría son seminómadas, se desplazan grandes distancias en búsqueda de pastos para sus rebaños, que este verano han quedado diezmados por la falta de agua y forraje. Así, las amplias y empobrecidas familias Somalíes no disponen de recursos para adquirir alimentos en

los mercados, donde han visto multiplicarse los precios desde el encarecimiento de las materias primas en 2007.

Esta situación hubiera sido reversible aplicando políticas de desarrollo y ayudas sociales por parte del Gobierno. Pero el conflicto, la inseguridad y la inestabilidad política que afectan a Somalia desde hace 20 años, han impedido que estas medidas se hayan podido poner en práctica. La lucha entre los diferentes bandos está causando grandes desplazamientos de población que huye de la barbarie. A lo largo del año, cerca de 2 millones de personas del centro y sur de Somalia se han visto forzadas a abandonar sus casas, tierras y pertenencias y a caminar con lo imprescindible en busca de zonas seguras. Un diez por ciento, las más afortunadas, han conseguido cruzar las fronteras vecinas y alcanzar los campos de personas refugiadas de Dadaab, en Kenia, y Dolo Ado, en Etiopía. Allí, las agencias de Naciones Unidas y ONG como Médicos del Mundo nos esforzamos en proporcionar, los medios para sobrevivir y mantener a salvo de la violencia a la población.

La guerra es la principal causa de la hambruna, las enfermedades y la muerte en Somalia. Para el conflicto urge una solución política. Para paliar la crisis humanitaria son necesarios 1.500 millones adicionales de euros. Mientras tanto, las organizaciones humanitarias continuaremos con nuestra responsabilidad de mantener con vida a la castigada población Somalí.

respiración artificial

-habrá que recortar un poquito de aquí,
un poquito de allí
sobre todo un poquito de *allí*



CESAR LLAGUNO



cartas a la asociación

Los textos deben enviarse a comunicacion@medicosdelmundo.org o, por correo postal, a A/A **Publicaciones** c/ Conde de Vilches 15 28028 Madrid

Médicos del Mundo se reserva el derecho de publicar los textos, resumirlos o extractarlos.

sumario

- 02** DOSSIER
MOMENTO DE CAMBIOS
- 08** DESDE MI VENTANA
EN HAITÍ
- 10** NUESTRO TRABAJO ALLÍ
UNA DÉCADA DE COOPERACIÓN EN MOZAMBIQUE
- 12** NUESTRO TRABAJO AQUÍ
MUJERES TRANSEXUALES
- 14** MOVILIZACIÓN
DERECHOS EN LOS CIE
- 16** BREVES
GRACIAS
- 17** INFORMES
DESAFÍOS DE LA AYUDA HUMANITARIA EN GAZA
- 20** ENTREVISTA
ALICIA ALEMAN, LA AOD DESCENTRALIZADA

31 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
comunicación@medicosdelmundo.org
www.medicosdelmundo.org

Presidente **Álvaro González**
Directora de Comunicación **Raquel González**
Editor **Víctor Valbuena**
Redactora **Rosario Estébanez**
Diseño **Cósmica®**
Imprime **Afanias Industrias Gráficas**

D.L. M-34447-1997

Esta revista está impresa en papel reciclado libre de cloro con certificado FSC.



“NO TENEMOS DUDAS SOBRE LA RESPUESTA DE TODAS LAS PERSONAS QUE FORMAMOS PARTE DE ESTA ASOCIACIÓN: MÁS SOLIDARIDAD, MÁS COMPROMISO Y MÁS VOLUNTARIADO”

NOS QUEDAN LOS VALORES

En estos días, la recepción de noticias, de valoraciones de expertos o simplemente de comentarios en nuestro entorno cercano se ha convertido en una fuente de desasosiego, desesperanza y angustia. Todo gira alrededor de la crisis financiera, que se encamina a una crisis social, y que amenaza con convertirse en el fin de una época, en un cambio de ciclo lleno de incertidumbres y miedos.

Las organizaciones sociales de solidaridad, orientadas al trabajo con las personas más desfavorecidas tanto en los países más empobrecidos como en las calles de nuestras ciudades, no son ajenas a este estado de ánimo y a las consecuencias de la crisis. Surge el temor a un retroceso en los avances conseguidos en el ámbito de los Derechos Humanos, de la cooperación al desarrollo y de la inclusión social como consecuencia de los efectos de la crisis, al tiempo que la cadena de recortes de los poderes públicos en estas políticas se va haciendo patente.

Posiblemente sea cierto que estamos ante un cambio de ciclo que nos obligará a adaptarnos a un nuevo escenario, a repensar nuestra acción y la forma en la que la llevamos a cabo. Pero, ¿qué actitud debemos adoptar ante esta panorámica?

Me rebelo ante la impotencia, la resignación y la desesperanza. Ahora, más que nunca, es el momento de renovar el com-

promiso que nos reúne alrededor de los valores y la misión de Médicos del Mundo: la solidaridad como nexo de relación, la ayuda a las personas más vulnerables como principio, la defensa del derecho a la salud como identidad y el compromiso voluntario como motor.

Pueden producirse recortes en el gasto público orientado a servicios sociales y a la ayuda oficial al desarrollo. Y puede ser necesario repensar nuestras formas de actuación en un contexto cambiante y en evolución. Pero no tenemos dudas sobre el compromiso de todas las personas que formamos parte de esta asociación: más solidaridad, más compromiso con las personas más necesitadas y más voluntariado.

Tomando prestada la poesía de Blas de Otero, podemos afirmar en estos tiempos: ¡Nos quedan los valores!

Álvaro Glez

Álvaro González
presidente de Médicos del Mundo



ZEN



José Manuel Muñoz, Magüé
coordinador de país en funciones en Haití

Hoy domingo, fin de semana, anunciaba un día tranquilo. Con tapones en los oídos y mi antifaz a lo Audrey Hepburn, eludo el ajetreo del alba: cacareos, música de iglesia y limpieza del jardín del guarda.

De repente suena el móvil, que me saca de un sueño en el que disfrutaba de un desayuno degustación con cremosos quesos a las finas hierbas, con mi equipo de Haití, en medio de un jardín y bajo una roja carpa. “Hola, Manuel. Soy B****, la periodista que quiere hacer un reportaje sobre Haití”, escucho al otro lado de la línea. Me cuenta que quiere hacerme un seguimiento en un día de trabajo en las unidades de tratamiento de cólera (UTC) e ir a los dispensarios rurales donde brindamos atención a mujeres embarazadas. Quiere plasmar la vida haitiana, las costumbres, la cultura, a través de españolas y españoles que viven aquí. Aún dormido, le digo que vale y que la llamaré más tarde.

Me quito el antifaz y toda la luz de la mañana satura mis retinas. Debido a la mosquitera veo cuadriculadas las copas de los altos mangos entrecortando las nubes. El marco de la ventana encuadra la escena.

Tras un plátano y un té, más despejado, retomo la conversación con la periodista. Me cuenta que al llegar a Puerto Príncipe le ha impactado que “no había papeleras en las calles”. Yo me quedo a cuadros, como las cuadrículas del pai-

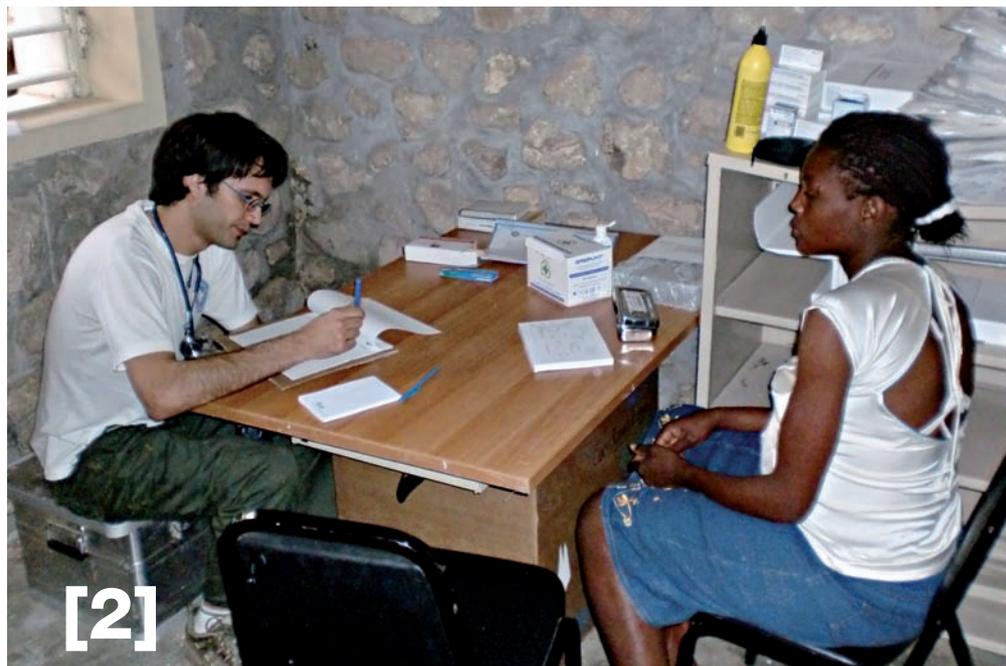
saje por la mosquitera. Le explico que eso es normal, que le pasa a todo el mundo la primera vez. Esa sensación se llama “el síndrome del turista en Calcuta”. No podemos evitar ver todo desde nuestro prisma, desde nuestros prejuicios y no comenzamos a entender algo hasta pasar, al menos, tres meses en el lugar. Así que, para profundizar en este nuevo mundo, en las normas sociales, se requieren algunos años de convivencia. Y para hablar el idioma, entre otras cosas.

En mi caso vine a Haití por una emergencia [provocada por el brote de una epidemia de cólera, en un país que se recupera del devastador terremoto de enero de 2010] y mi campo de convivencia con la población local ha estado muy limitado. Aunque lleve ya cuatro meses en Petit Goâve, éstos han transcurrido en un período muy convulso, demasiado convulso como para poder sacar alguna conclusión válida fuera de mis estereotipos. A la periodista la remito a los de Comunicación de Madrid; entre periodistas se entienden. En lo que a mí respecta, ya me he perdido un buen desayuno onírico con surtido de quesos.

QUECHUAS DE PAYASO

Antes de salir de casa me cambio y me pongo el *mono de trabajo*, unos pantalones de Cristina con las perneras desteñidas por el cloro, y me calzo las “quechuas del Mariano” (unas botas del 46 largo, cuando yo gasto un 41). La ropa en la UTC, con tanto cloro, se estropea que da gusto y solemos reciclar la de quienes ya han pasado por aquí. A veces es divertido averiguar a quién pertenecía antes.

Hoy voy andando hasta la UTC, que está en unos jardines a la entrada del hospital. El camino es una travesía de tierra jalonada por mangos, postes eléctricos torcidos y casas de



[2]



[3]

ladrillo que dan la sensación de que les falta un acabado. La calle tiene vida: niños y niñas jugando, una chiquita sacando agua de una bomba pública, una adolescente haciendo un peinado de fantasía a otra. El toque de color los dan los muros del TITI, unas oficinas donde se compra lotería. A mi paso voy saludando y me saludan: “Koman ou ye”, “pa pi mal”. Me paro a comprarle un cacillo a una señora risueña, que me vendrá bien para preparar mi Earl Grey helado. Tras ella, un señor sentado en un tronco alza las manos para que sus hijas le enjabonen las axilas. Coloridas imitaciones chinas de motos Bultaco van y vienen por la travesía, y alguna que otra *pick up* de ONG levanta polvo a su paso.

Cuando camino por aquí suelo ir mirando al suelo, viendo el acompasado pisar de mis quechuas de payaso y cómo van levantando el polvo. Aquí el sistema de canalización está a cielo abierto y pegado al paso, con lo que hay que mirar muy bien dónde pisan: ya llevamos cuatro personas expatriadas accidentadas, entre ellas el que escribe, por caídas en las zanjas de canalización.

Ya llego al hospital y a la UTC, que está en un ábside robado al pavimento del aparcamiento de la ambulancia. Entre escombros y muros fisurados se levanta el complejo de tiendas y blancos plásticos con un omnipresente olor a cloro. Al entrar parece estar en una escena de la película 2001. Una alfombra bañada en lejía, donde puedes leer un irónico “Welcome”, te indica el inicio de la zona *sucia*, el triaje, y dentro, cual *tetris*, persiste el blanco de las camas. Son las típicas camas de cólera, con un gran agujero a la altura de las nalgas, sobre las que descansan cuerpos débiles de ojos hundidos. Si alzas la vista, destaca el bosque de *ringers*, los sueros venosos de hidratación; a ras de suelo,

el orden simétrico de los cubos bajo el agujero de cada cama.

A pesar de la alta humedad hay una continua actividad, entre higienistas con fumigadores, enfermeras y familiares rehidratando con sales orales. Y entre tanto blanco destaca el oscuro de esos cuerpos y los vivos colores de las tazas de plástico para beber. El sonido es una amalgama de fumigaciones, eventuales arcadas y deposiciones líquidas. En una esquina, una anciana al cuidado de su marido come espaguetis. Hoy, 24 pacientes y solo 22 camas.

Es de admirar la entrega del personal local: enfermeros, enfermeras, médicas, médicos e higienistas de Haití que en turnos consiguen sacar a estas personas adelante tras unos 50 litros de rehidratación y muchos cuidados. Estamos para poner los medios a su alcance y darles formación, pero una vez hecho esto, el elogio es para ellas y para ellos.

Haití es un país donde la cooperación en los ámbitos ministeriales es difícil por falta de dirigentes con compromiso. Pero es un país lleno de personas comprometidas que se agrupan en múltiples asociaciones comunales con potencial de cambio. Ahí es donde podemos aportar más.

El día siguió y ahora, en la noche, escribiendo estas últimas líneas, me acompaña el compás de la música *gaga*¹: tubas y djembés llenos de ritmo y vida.

¹Gaga o *rará*, estilo musical criol, espontáneo y visceral.

[1] Unidades de Tratamiento de Cólera de Médicos del Mundo, en Petit Goâve

[2] El autor, brindando consulta.

[3] Los efectos del terremoto aún se dejan ver en las calles haitianas.

“ La calle tiene vida: niños y niñas jugando, una chiquita sacando agua de una bomba pública, una adolescente haciendo un peinado de fantasía a otra ”



RESULTADOS DE UNA DÉCADA DE COOPERACIÓN

MOZAMBIQUE



Eva Duarte

coordinadora de Médicos del Mundo en Mozambique

Médicos del Mundo lleva 11 años trabajando en Mozambique. Nuestra labor se ha centrado, entre otras áreas, en colaborar con las autoridades sanitarias locales en la lucha contra el VIH/Sida y mejorar la salud sexual y reproductiva de la población. Esta década larga de cooperación, financiada en gran parte por entidades públicas, se traduce en efectos tangibles sobre la salud de las y los mozambiqueños.

En el año 2000, Mozambique sufrió el embate de unas fuertes inundaciones, Miles de personas se vieron obligadas a abandonar sus hogares. La ayuda directa a 4.000 personas desplazadas del distrito de Matola supuso la primera intervención de Médicos del Mundo en el país, para después, dar inicio a un proyecto de saneamiento y educación para la salud de 10.500 familias del barrio de Khongolote. Desde entonces, la organización no ha cesado su trabajo con y para la población mozambiqueña.

La prevención y tratamiento del VIH/Sida y la mejora de la salud sexual y reproductiva (SSR) son dos de las grandes áreas en las que esencialmente se ha basado nuestro trabajo, además del fortalecimiento del sistema sanitario público, la lucha contra otras enfermedades o la promoción de la equidad de género.

La primera intervención relacionada con VIH/Sida fue el apoyo en 2001 a la construcción

y funcionamiento de un Centro de Consejo y Test Voluntario en Matola. Hoy siguen funcionando en el país muchos centros similares. El desarrollo de infraestructuras continuó durante años con la financiación de ayuntamientos como los de Barcelona, Bilbao, Madrid y Zarautz (Guipúzcoa), que también apoyaron proyectos de SSR y VIH/Sida que desarrollábamos entonces. Posteriormente, se emprendió la ejecución de cuatro proyectos, en las provincias de Cabo Delgado y de Maputo, integrados en dos Convenios con la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

La intervención en VIH/Sida abarca varios aspectos, desde la prevención, a los tests, pasando por los cuidados domiciliarios y el tratamiento antirretroviral. “He recibido mucho apoyo de Médicos del Mundo, cuenta Rofina, costurera de profesión, que convive con el virus. “A través de los cuidados domiciliarios venían a visitarme, me escuchaban y me proporcionaban tratamiento”.

También se trabaja en la prevención de la transmisión vertical de VIH en siete maternidades del distrito. Los resultados conseguidos invitan al optimismo. Hoy, el 90% de las mujeres embarazadas que acuden a un centro de salud de las zonas donde trabajamos se hace la prueba del sida. En caso de obtener un resultado positivo, 70 de cada 100 mujeres, así como el 96% de sus recién nacidos, reciben tratamiento para evitar la transmisión de enfermedad durante el parto. Como resultado, el 92% de las niñas y niños de madres seropositivas nace sano.

UNA RED SANITARIA MÁS FUERTE

Otro de los componentes del trabajo es, en conjunto con las autoridades locales, el desarrollo de acciones que fortalezcan los servicios de salud. Por ejemplo, en la provincia



de Maputo se han construido un módulo de atención pediátrica, urgencias y farmacia en Ndavela, una de casa de espera para madres en Boquisso y una maternidad en Khongolote, y se han mejorando los sistemas de agua y electricidad y dado una mano de pintura a varios centros de salud. En Cabo Delgado se han edificado o rehabilitado los centros de Cariacó, Eduardo Mondlane y Nacuta y se han instalado incineradoras y fosas biológicas. También se ha aportado equipo, ambulancias, sistemas de aire acondicionado y material de laboratorio, como máquinas de CD4 (para la medición del sistema inmunológico), equipamiento bioquímico y hemoglobímetro (para detectar casos de anemia).

“Con la construcción de la Maternidad, nuestras condiciones de trabajo han mejorado significativamente”, afirma una enfermera del centro de salud de Khongolote. “Antes no teníamos condiciones y era muy difícil dar seguimiento a las pacientes durante y tras el parto”.

Parte fundamental de todo sistema de salud son las personas que lo componen. Así, hemos colaborado con la formación continua de unos 800 miembros del personal médico, técnico y de Enfermería, así como a 32 parteras tradicionales, a personas con liderazgo comunitario y a activistas de cuidados domiciliarios que atienden a más de 250 pacientes en sus casas.

Se estima que con el apoyo en construcciones, así como con las capacitaciones de personal, se ha aumentado en un 10% el parto institucional (el que se da en condiciones adecuadas) y el número de consultas prenatales, y en un 20% el número de personas usuarias de métodos de planificación familiar. El 100% de las embarazadas acude a su centro de salud.

Nada más dar a luz en la maternidad de Khongolote, una mujer afirma: “Me siento feliz por poder parir cerca de casa, porque antes íbamos a Ndavela y todo se complicaba y se hacía difícil. Estaba muy lejos”.

70% MENOS DE MALARIA

Otras áreas prioritarias de nuestro trabajo son la tuberculosis, el cólera, la malaria, los sistemas de información en salud, la salubridad y el laboratorio. Algunas corresponden a aspectos estructurales y son claves para el buen funcionamiento del sistema sanitario, como la obtención de información y el análisis epidemiológico que permitan evaluar las intervenciones realizadas o la mejora de los sistemas de planificación y gestión, como por ejemplo, el apoyo presupuestario directo que hemos brindado a los planes anuales del distrito.

Se ha experimentado un aumento del 32% de las consultas externas realizadas, del 30% del diagnóstico y tratamiento correcto de infecciones de transmisión sexual, una disminución de los casos de malaria del 70%, así como un aumento de la integración de servicios: el 100% de las personas pacientes de tuberculosis se someten a la prueba del VIH.

En el área específica de género, se ha conseguido la formación del Comité Intersectorial contra la violencia de género de la provincia de Maputo (formado por instituciones públicas y actores de la sociedad civil) y se han realizado numerosas charlas y materiales sobre Derechos de la Mujer y Violencia Intrafamiliar. En este área, que contempla una importante labor de divulgación entre toda la población, se ha trabajado estrechamente tanto con instituciones como con organizaciones locales.

Toda esta labor se apoya con acciones de sensibilización, gran parte de las cuales se ha realizado con asociaciones locales que

Médicos del Mundo ha ido capacitando gradualmente procurando su auto sostenibilidad (fortaleciéndolas en temas de asociacionismo, gestión, coordinación...). Las personas activistas de estas organizaciones han distribuido material de incidencia, educación y comunicación (panfletos, camisetas, manuales, obras de teatro) y trabajado en escuelas, centros de salud y empresas con personas con liderazgo local, docentes, estudiantes, grupos de madres...

Médicos del Mundo ha apoyado la celebración anual de ferias de salud, de días conmemorativos, campañas de vacunación y convocatorias de los consejos comunitarios de salud, actividades donde se encuentran y trabajan conjuntamente la parte sanitaria institucional y representantes comunitarios y la población. Dos veces al mes se dan charlas sobre SSR, cólera, malaria, tuberculosis, derechos y deberes del paciente... en 15 barrios y 5 empresas (181 trabajadores y trabajadoras) de Matola, y cada semana se emiten programas de radio en portugués y lenguas locales sensibilizando sobre temas de salud.

La eficacia de la ayuda es una realidad en Mozambique. Lo importante es trabajar en enfoques integrados, a nivel institucional y a nivel comunitario, tratando la salud como un derecho básico y un bien público, sin olvidar el objetivo por el que trabajamos, las personas.

MUJERES, TRANSEXUALES EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN



Médicos del Mundo atendió a 670 personas transexuales durante 2010. FOTO: Sara Janini.

ALGUNOS DATOS

670 PERSONAS TRANSEXUALES ATENDIDAS POR MÉDICOS DEL MUNDO EN 2010

78,3% EXTRANJERAS

21,7% ESPAÑOLAS

25-34 AÑOS, FRANJA ETARIA MAYORITARIA

40,78% DEL TOTAL

1.291 INTERVENCIONES EN 2010

67,3% SOCIALES

23,7% SANITARIAS

08,8% PSICOLÓGICAS

325 TALLERES

236 INTERVENCIONES EDUCATIVAS EN 2010

98.469 PRESERVATIVOS DISTRIBUIDOS

28.052 SOBRES DE LUBRICANTE REPARTIDOS

18.644 FOLLETOS SOBRE EDUCACIÓN PARA LA SALUD ENTREGADOS



El 90% de las mujeres transexuales entrevistadas por la Fundación Triángulo desea abandonar la prostitución.

FOTO: Sara Janini.



Alejandro Ballesteros
voluntario de
Médicos del Mundo

A pesar de que los estudios estadísticos muestran que el colectivo de personas transexuales es poco numeroso en España, en los últimos años ha logrado hacerse presente en los medios de comunicación social y ser conocido por el conjunto de la población. Es cierto que esa visibilización ha sido, en muchos casos, confusa o contradictoria, pero al menos ha permitido que expresen sus demandas sociales como colectivo discriminado.

En paralelo a esta mayor visibilidad social, desde lo público han ido surgiendo diferentes acciones relacionadas con el colectivo: se han creado Unidades de Atención a la Disforia de Género en hospitales públicos (Barcelona, Madrid, Málaga, Valladolid...); varias Comunidades Autónomas han incluido la intervención de reasignación sexual en su catálogo de servicios sanitarios, y otras planean hacerlo en el futuro. Finalmente, en marzo de 2007, se aprobó en el Congreso de los Diputados (y Diputadas) la Ley 3/2007, reguladora de la rectificación registral en la mención relativa al sexo de las personas, conocida como Ley de Identidad, antigua reivindicación de las asociaciones de personas transexuales.

En esta ley, por primera vez, se define la transexualidad como "realidad social que requiere una respuesta del legislador, para que la inicial asignación registral del sexo y nombre propio puedan ser modificadas, con la finalidad de garantizar el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad de las personas cuya identidad de género no se corresponde con el sexo con el que inicialmente fueron inscritas". El cambio del sexo en los registros públicos supone un gran avance en la regulación social del colectivo.

No obstante, la realidad del colectivo es bastante más compleja y, además de las luces ya comentadas, también tiene sus "sombras", especialmente relacionadas con la discriminación social.

La experiencia de Médicos del Mundo con el colectivo de personas transexuales se deriva de los programas de Inclusión Social de intervención con personas en situación de prostitución. Desde estos programas se nos permitió el acercamiento, especialmente a mujeres transexuales, que presentan una realidad concreta con peculiaridades que no son observa-

das ni consecuentemente trabajadas desde los recursos sanitarios y sociales públicos.

En 2001, nuestras sedes autonómicas de la Comunidad de Madrid y de Canarias tomaron la iniciativa de emprender intervenciones que permitieran el conocimiento de la realidad del colectivo, especialmente de las mujeres transexuales en situación de prostitución, dada su dificultad para acceder a los recursos normalizados.

Actualmente, nuestra sede madrileña desarrolla un programa de Atención Socio-sanitaria a personas transexuales. En Barcelona y Málaga, además de Madrid, se imparten durante el último trimestre del año cursos de formación como agentes de salud para 45 mujeres transexuales.

PRINCIPALES RIESGOS PARA LA SALUD

El colectivo atendido por Médicos del Mundo no es homogéneo. Por un lado, están aquellas personas, "reasignadas" o no, con trabajo y permiso de residencia (o nacionalidad española), que, está claro, sufren discriminación por su condición pero la legislación existente les garantiza un cierto amparo legal. Frente a ellos y ellas se sitúa otra parte del colectivo, donde destacan las mujeres transexuales en situación de prostitución, la mayoría de las cuales carece del certificado de disforia de género y no puede, aunque lo desea, abandonar la prostitución.

A su estigmatización se unen numerosos problemas sanitarios y problemas derivados de su condición de inmigrantes sin documentación en regla, que les lleva a asumir procedimientos sanitarios de forma particular, lo que a su vez redundará en más riesgos sanitarios. El más claro ejemplo podría ser la auto-hormonación, consistente en consumir hormonas sin ningún control médico.

Otro riesgo proviene de las prácticas sexuales sin preservativo. En España existen pocos estudios sobre epidemiología del VIH en el colectivo y sus resultados son dispares, entre el 22% y el 35%. Resulta difícil encontrar cifras exactas, pero sí conviene alarmarse ante la previsible alta incidencia.

Las experiencias desarrolladas por Médicos del Mundo, unidas a la coordinación con otras asociaciones u organizaciones, nos ha permitido tener un conocimiento real de la situación de las personas transexuales, y más concretamente de la discriminación que sufren en el acceso a la asistencia sanitaria pública que dé respuesta a sus necesidades específicas de salud tanto físicas como mentales. Se trata, en definitiva, de una situación de vulneración de los Derechos Humanos.



FOTO: Sebastien Macors.

TRANSEXUALIDAD (AQUÍ Y ALLÁ)

Médicos del Mundo no sólo trabaja con el colectivo de mujeres transexuales en España, en los últimos años nuestro trabajo también se desarrolla en Centroamérica.

El pasado nueve de agosto, y con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo, se celebró el primer Foro Departamental de la Diversidad Sexual en Chinandega (Nicaragua), con el objetivo de dar mayor visibilidad a los colectivos de la diversidad sexual en el país y mostrar las situaciones de discriminación y vulneración de los Derechos Humanos que sufren en Centroamérica.

En toda la región de América Latina y el Caribe, estas personas sufren ataques de extrema violencia, no solo en la vía pública por parte de personas transfóbicas, sino también en las instituciones del Estado, como escuelas, hospitales y centros de salud. Se ha registrado un aumento de los casos de asesinato por odio.

Médicos del Mundo y las organizaciones de la diversidad sexual con las que está trabajando en Honduras, Nicaragua y El Salvador hacen un llamado a las instituciones y a la sociedad civil en general a la reflexión, a asumir la responsabilidad de luchar y defender los Derechos Humanos, a frenar la violencia, y a educar frente a los prejuicios que existen en entorno a la identidad de género.



[1]

DERECHOS EN LO



Eva M. Aguilera

coordinadora de
Movilización Externa
de Médicos del Mundo

La Ley de Extranjería prevé la aprobación de un Reglamento sobre la gestión y funcionamiento de los CIE (Centros de Internamiento de personas Extranjeras) en el plazo de 6 meses desde la entrada en vigor de aquella norma (de diciembre de 2009). Más de año y medio después, el proceso de elaboración del Reglamento sigue siendo una incógnita. Varias organizaciones sociales, entre ellas Médicos del Mundo, lanzamos la campaña *Que el derecho no se detenga a la puerta de los CIE, a la que ya se han adherido más de 400 organizaciones y 3.500 personas.*

El número de CIE se ha ido incrementando en los últimos años, tanto dentro del territorio europeo como en países fronterizos, sometiendo a condiciones carcelarias a decenas de miles de personas que han cometido una falta administrativa, no un delito penal que deba ser condenado con privación de libertad.

En España, la propia Ley de Extranjería concede a la medida de internamiento un carácter excepcional, ya que debe ser aplicada sólo mientras se tramita el expediente de expulsión, concurra riesgo de no comparecencia de la persona extranjera, existan indicios de que puede dificultar o evitar la expulsión o suponga riesgo para el orden público, la seguridad nacional o la seguridad pública.

Además, siempre según la Ley Orgánica, la o el Juez de Instrucción tendrá que denegar el internamiento cuando se observe la imposibilidad de expulsar a la persona extranjera. Sin embargo, según datos de la Fiscalía General del Estado, durante 2009 fueron internadas en los nueve CIE existen-

tes en España un total de 16.590 personas, de las cuales sólo 8.935 fueron finalmente expulsadas. Es decir, en casi la mitad de los casos, el procedimiento aplicado no alcanzó su objetivo: la expulsión. ¿Estaba justificado el internamiento en todos esos casos?

El Relator de Naciones Unidas de los Derechos de los [y las] Migrantes estableció en su informe de 2010 que los Estados *“deberían considerar y utilizar alternativas a la detención de inmigrantes de conformidad con el Derecho Internacional y las normas internacionales de Derechos Humanos”*.

NUESTRAS PREOCUPACIONES

Desde hace años, se han ido multiplicando los informes de instituciones públicas (Fiscalía General del Estado, Defensor del Pueblo) y de organizaciones sociales, que denuncian las condiciones en las que se encuentran las personas internas y que constituyen claras vulneraciones de sus derechos, por no señalar los casos de agresiones graves denunciadas en algunos centros: desde las nefastas condiciones de habitabilidad de los edificios,



[2]

SOS CIE

hasta las normas de funcionamiento, que incluyen la prohibición de utilizar los baños compartidos durante la noche, restricciones en las visitas y comunicaciones con el exterior e incluso limitaciones al acceso a las prestaciones sanitarias y sociales más básicas.

El Defensor del Pueblo, por ejemplo, ha recogido en sucesivos informes la falta de asignación de personal sanitario para cada CIE, las reducidas visitas del personal médico para asistir a las personas internadas o la ausencia de instrumental médico básico.

El informe *Voces desde y contra los Centros de Internamiento de Extranjeros* elaborado en 2009 por Ferrocarril Clandestino, SOS Racismo Madrid y Médicos del Mundo Madrid, sobre el mayor CIE existente en España, el de Aluche (Madrid), recoge también preocupaciones relativas a la falta de personal sanitario, lo que no garantiza el tratamiento médico continuado incluso en casos de personas con VIH/Sida, la prescripción farmacológica insuficiente o el internamiento “en condiciones inhumanas a pacientes que

deben mantener un aislamiento respiratorio”. Otros informes registran intentos de suicidio, abusos sexuales a internas, vejaciones y malos tratos en el CIE de Capuchinos, Málaga.

Durante la tramitación de la Ley de Extranjería 2/2009, Médicos del Mundo realizó un intenso trabajo parlamentario trasladando a los diferentes grupos políticos sus recomendaciones. Las organizaciones promotoras de la campaña *Que el derecho no se detenga a la puerta de los CIE*, presentada el pasado 16 de junio en más de 10 ciudades españolas, han solicitado una entrevista con el Ministerio del Interior y han celebrado encuentros con algunas embajadas de los países de origen de las personas internadas en los CIE españoles.

Tras la convocatoria adelantada de elecciones, a las organizaciones sociales nos preocupa que el Reglamento siga dilatándose, mientras decenas de miles de personas siguen siendo obligadas a vivir en condiciones que atentan su integridad física y mental sin ver debidamente amparados sus derechos.

[1] Centro de Internamiento de personas Extranjeras. FOTO: Francisco Seco.

[2] Movilización en Madrid contra los CIE. FOTO: Fotopatio.

MOVILIZACIONES

Médicos del Mundo Valencia ha participado en la *Campaña por el Cierre de los CIE*, a través del Grupo de Trabajo de Acompañamiento a personas internas del CIE de Valencia y sus familiares;

Médicos del Mundo Málaga en el marco de la Plataforma de Solidaridad con las personas Inmigrantes ha prestado apoyo en la atención a las condiciones socio-sanitarias e higiénicas del centro de Capuchinos;

Médicos del Mundo Madrid, además de colaborar en la elaboración del informe *Voces desde y contra los Centros de Internamiento de Extranjeros*, ha participado en las acciones de denuncia pública de las situaciones de abuso y violaciones graves de derechos sufridas en el CIE de Aluche.

Como pequeños logros de esta movilización cabe citar los dos autos por parte de jueces de Instrucción en Madrid y Valencia que confirman que el único derecho del que están privadas las personas internadas es el de su libertad ambulatoria, debiendo garantizarse el efectivo ejercicio del resto de sus derechos fundamentales. También en los citados autos se ordena a las autoridades de los CIE de Valencia (Zapadores) y Aluche que faciliten el acceso y la labor de asistencia de la ONG y la sociedad civil a las personas internadas.

gracias

Groupama - Seguros, por su apoyo a los proyectos de Inclusión Social de la sede autonómica de la Comunidad de Madrid.

Real Academia de España, por la donación de equipos informáticos para el nuevo Aula de Alfabetización Digital para personas en situación de prostitución de la sede autonómica de la Comunidad de Madrid.

Obra Social de Caja Madrid, por su apoyo en la compra de una nueva unidad móvil para la sede autonómica Comunidad de Madrid.

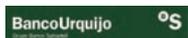
Alcon y a las **clínicas Juan Martínez Garchitorea** y **M^a Angeles Monzonís Andreu** por las donaciones de material oftalmológico para los campamentos de personas refugiadas saharauis de Tinduf.

Banco Urquijo, por su apoyo al proyecto de Inclusión Social *Formación de mujeres inmigrantes en riesgo de exclusión como agentes de salud*.

Estación Intermodal de Palma de Mallorca (Serveis Ferroviaris de Mallorca), al **Centro Comercial Plaza de Armas** de Sevilla, a la **Estación de Metro de Mislata** (Ferrocarrils de la Generalitat Valenciana), al **Ayuntamiento de Mislata** (Valencia), a las empresas **Xicarandana** y **Coval**, por su colaboración en la exposición *Ciudad de tod@s, hogar de algun@s*.

Ayuntamiento de Pamplona y **Gobierno de Navarra**, por su colaboración en la exposición *La larga noche saharai*.

Daimler, por su apoyo a los proyectos en Andalucía y Canarias.



2012 CONTIGO AVANZAMOS



entrevista a

RAMÓN MAYO
presidente de la Fundación SEUR



“ LA SUMA DE FUERZAS RESULTANTE DE UNA ACCIÓN CONJUNTA DA NOTABLES RESULTADOS ”

¿Cuál es la política de acción social de la Fundación SEUR? Se puede describir concretándola en tres áreas:

- Protección de la infancia más necesitada o, en general, desfavorecida, incluyendo sus entornos más cercanos (familiar, escolar, lúdico).
- Ayuda puntual, periódica en algunos casos, a las personas de la Red Seur, tanto por situaciones de emergencia como por actividades extraprofesionales en las que destacan. Como ejemplo reciente, tenemos el caso de 5 chicos y una chica cuyas viviendas resultaron dañadas por el terremoto de Lorca; en cuanto a actividades extraprofesionales, podemos citar a un campeón de tenis en silla de ruedas que espera poder competir en los próximos Juegos Paralímpicos.
- Prestación solidaria de nuestros servicios de logística en general a acciones de ayuda social, siempre que se desarrollen por organizaciones sin ánimo de lucro.

¿Qué les motivó a colaborar con Médicos del Mundo? El tercero de los programas mencionados en el punto anterior contempla, precisamente, este tipo de colaboraciones.

Cuando se produce cualquier desastre por causas de la Naturaleza, que necesita una urgente intervención, poco podría hacer una organización privada como la nuestra por sí sola; sin embargo la suma de fuerzas resultante de una acción conjunta con una organización especializada como Médicos del Mundo da notables resultados.

Una de las dos colaboraciones con Médicos del Mundo es también con la Fundación Rose. ¿Por qué desde la Fundación Seur apuestan por colaboraciones conjuntas? ¿Cuáles son sus ventajas?

Las colaboraciones entre organizaciones son más eficaces, aun cuando sus objetivos sociales sean distintos. La Fundación Rose aporta ayudas en el plano financiero, la Fundación Seur lo hace en prestación de servicios logísticos, y ambas, con aportaciones de valoración similar, suman esta ayuda a las acciones de Médicos del Mundo tanto en España como en ámbitos de Cooperación en el extranjero.

¿Qué mensaje daría a otras empresas para que colaborasen con las ONG?

Igual que desde Seur, considerada empresa de vanguardia en el sector del transporte urgente, se transmiten ideas e imagen de innovación, eficacia y anticipación, también su Fundación considera que es su obligación transmitir mensajes de actuación dentro de las normas consideradas imprescindibles, tanto en ética profesional como social.

La globalización es un factor catalizador del incremento del tamaño y riqueza de un enorme número de empresas privadas y públicas, pero también un elemento facilitador del conocimiento de la situación de los grupos de población menos favorecidos en los países más pobres del mundo y, por lo tanto, una palanca importantísima para facilitar la transmisión de ayuda a esos lugares.

Colabora con nuestros proyectos comprando en www.tiendamedicosdelmundo.org



LOS DESAFÍOS DE LA AYUDA HUMANITARIA EN GAZA

Las restricciones de Israel al movimiento de personas y mercancías cuestan 3,2 millones de euros al año



Consuelo Lopez-Zuriaga

coordinadora de Incidencia Política de Médicos del Mundo

Llegar a las poblaciones vulnerables en el Territorio Palestino Ocupado continúa siendo un reto para las organizaciones humanitarias. Las restricciones impuestas por Israel hacen que la situación se deteriore progresivamente y que la vida diaria carezca de un horizonte que pueda traspasar el círculo de la pobreza.

La falta de libertad de movimientos para personas y mercancías y la imposibilidad de acceder a la población están configurando un escenario de fragmentación de la ayuda y de intrincados laberintos burocráticos donde el trabajo de las organizaciones humanitarias es cada día más difícil.

Para denunciar internacionalmente esta situación y hacer un llamamiento a los gobiernos de los principales países donantes, se lanzó el informe *La restricción de la ayuda, desafíos de la asistencia en el Territorio Palestino Ocupado*, elaborado por la Asociación de Agencias Internacionales de Desarrollo (AIDA), de la que Médicos del Mundo forma parte junto a otras 84 organizaciones.

El informe puede descargarse en www.aidajerusalem.org/einside.php?id=31 (en inglés, formato PDF).

El documento concluye que las restricciones impuestas por Israel están costando 3,2 millones de euros al año, mientras cerca del 80% de la población en la Franja depende de la ayuda humanitaria. Las organizaciones operacionales en el Territorio Ocupado denuncian el entramado burocrático y la arbitrariedad administrativa que impide su acceso a las poblaciones vulnerables para garantizar su derecho a los servicios básicos.

En España, se acordó desarrollar una estrategia de incidencia junto a las organizaciones españolas integrantes de AIDA (Intermon Oxfam, Acción Contra el Hambre, Solidaridad Internacional y Movimiento por la Paz) con el fin de establecer un espacio de diálogo continuado con el Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación y aportar soluciones para eliminar las barreras que limitan el impacto de la ayuda.

El Gobierno español se ha convertido en las dos últimas décadas en uno de los principales donantes en el Territorio Ocupado, pero la efectividad de la ayuda española, lamentablemente, está condicionada por los intereses de la agenda política internacional en lugar de orientarse a la construcción de un futuro digno para la población palestina.

Las restricciones impuestas por Israel están neutralizando la efectividad de la ayuda y condenan cada día a millones de personas a la pobreza. Mientras tanto, la comunidad internacional sigue sin exigir a Israel el cumplimiento de sus obligaciones como fuerza ocupante y las organizaciones humanitarias intentan salir del laberinto que cada día hace sus intervenciones más difíciles.

CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE ACCESO EN EL DÍA A DÍA



Boris Aristín

coordinador de Médicos del Mundo en Gaza

Lo peor que le puede ocurrir a una crisis como la de los Territorios Palestinos es su rutina. La rutina diaria en la que día tras día sus efectos no cambian, ni van a mejor, incluso tampoco van a peor. Se acaba por normalizar y aceptar aquello que es incomprensible, que se debería considerar inaceptable.

Se acaba por aceptar y entender que muchas de las veces, estos retrasos se deben exclusivamente a errores administrativos, a miembros del Ejército que incluso con buena voluntad no han acabado de entender las ordenes por parte de las autoridades israelíes... es rutina, son novatos.

Esta enfermedad de la rutina ataca en primera instancia al Espacio Humanitario que debería estar garantizado a todas las organizaciones, a nuestro trabajo diario, a nuestra efectividad. Pero no somos quienes pagan las consecuencias. No debemos de olvidar que son los niños, niñas, mujeres, adolescentes, hombres y personas de avanzada edad quienes van a pagar las consecuencias de las dificultades de acceso... que no son *nuestras* dificultades de acceso, son del acceso de la ayuda humanitaria, a los servicios establecidos como derecho para una subsistencia digna para todo ser humano.

Trabajar por el acceso de la ayuda es trabajar por la esperanza, pero también por los derechos de cualquier persona que se vea en necesidad. Ahí es dónde Médicos del Mundo asegura su labor misional.



[1]



[2]

- [1] La falta de libertad de movimientos para personas y mercancías dificulta y encarece la labor humanitaria. Foto: Caroline Bedos.
- [2] El 80% de la población de la franja de Gaza depende de la ayuda humanitaria exterior. Foto: Caroline Bedos.

Los recortes en la ayuda oficial al desarrollo **PROYECTOS EN RIESGO**

¡ALERTA!



[1] [2]

[1] La población de Jidrel Mohguen espera su turno para acceder a una fuente de agua. [2] Pruebas de VIH en Tanzania. Médicos del Mundo trabaja desde hace

Los recortes presupuestarios comienzan a hacerse notar en el terreno de la Cooperación Internacional. Varios de nuestros proyectos corren el riesgo de tener que suspender actividades, entre otras razones, por la disminución de la ayuda al desarrollo que algunas administraciones públicas han realizado durante 2011.

En las aldeas de Jidrel Mohguen de la ribera del río Senegal, al sur de Mauritania; en Bogodogo, población remota de Burkina Faso; o en Same, en el norte de Tanzania, el acceso a la salud puede resultar muy complicado. Se trata de comunidades muy remotas, comunicadas con el resto del mundo por carreteras en mal estado, que empeora en época de lluvias, o que tienen el puesto de salud más cercano a una distancia excesiva, difícil de recorrer. Y cuando el problema no es el traslado de la persona enferma o la mujer embarazada,

puede serlo la falta de infraestructuras sanitarias o incluso de personal médico. En estos lugares, Médicos del Mundo trabaja desde hace años involucrando a las comunidades en su propia salud, formando y apoyando comités y agentes de salud y fortaleciendo las redes sanitarias para que lleguen allí donde antes no podían.

Pero estas acciones pueden terminarse. La decisión de administraciones públicas y otras entidades de recortar los fondos dedicados a la Cooperación al Desarrollo pone en riesgo la consecución del acceso efectivo a la salud de muchas comunidades con las que trabajamos. Como ha denunciado la Coordinadora de ONGD de España, estos recortes repercuten “en aquellas personas que están sufriendo directamente las graves consecuencias de la crisis sin haberla generado; hablamos de acceso al agua, salud, educación, alimentación... Derechos Humanos básicos que están en peligro”.

CASAS MATERNAS EN NICARAGUA

Otro proyecto que corre el riesgo de suspenderse es el que desarrollamos en seis municipios del departamento de Matagalpa, una zona de difícil acceso en la región central de Nicaragua. “La población tiene que caminar de 5 a 7 horas para recibir atención médica. La falta de servicios básicos provoca un alto índice de enfermedades diarreicas y parasitosis en la infancia”, explica Mayra Rivas, coordinadora del proyecto. “La falta de información sobre salud sexual y reproductiva genera altos índices de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y embarazos no planificados en adolescentes. Las desiguales relaciones de poder tienen como consecuencia altos índices de violencia intrafamiliar y sexual”, añade.

Una parte muy importante de la estrategia de reducción de la mortalidad materna dentro de este proyecto, y que más financiación requiere, es la construcción de

comienzan a notarse **DE SUSPENSIÓN**

Los fondos recibidos se destinarán al Fondo de Intervención de Médicos del Mundo, que garantiza su uso en función de las necesidades detectadas en el terreno.



[3]

años fortaleciendo las redes sanitarias de países empobrecidos. [3] Casa Materna de San Carlos, en el departamento nicaragüense de Río San Juan.

una casa materna en Bocana de Paiwas y la ampliación de otra en Rancho Grande (con lugar para un total de 20 mujeres). Las casas maternas son espacios adaptados culturalmente en los que mujeres que están en sus últimas semanas de gestación pueden esperar el parto con tranquilidad, cuentan con asistencia sanitaria diaria y reciben talleres de formación sobre lactancia materna, cuidados del bebé y prevención de la violencia de género. Se promueve que los futuros padres asistan también a talleres de sensibilización sobre el concepto de paternidad responsable y la importancia de la corresponsabilidad en el cuidado de la niña o el niño.

“La construcción de una casa materna en un municipio como Bocana de Paiwas, tan alejado y con tantos problemas de acceso al Centro de Salud, es casi un sueño y estamos convencidos de que contribuirá a reducir la mortalidad materna en el municipio”, explica el doctor Erving

Rodríguez, director municipal de Salud de Bocana de Paiwas.

En casos como estos, la autofinanciación se convierte en clave para la consecución de nuestra misión. Ahí es donde necesitamos el compromiso de la sociedad y en especial de todas las personas que formamos parte de Médicos del Mundo.

Muchas gracias por continuar al lado de las comunidades más apartadas.

COLABORA CON LA MEJORA DEL ACCESO A LA SALUD DE LAS COMUNIDADES MAS REMOTAS

NO DEJEMOS QUE SE SUSPENDA LA INTERVENCIÓN EN NICARAGUA, MAURITANIA, TANZANIA, O BURKINA FASO

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

ALICIA ALEMAN técnica del Área de Incidencia Política y Redes de la Fundación Alboan, en su sede de Bilbao. Participa en el Grupo de Políticas de las Coordinadoras de ONGD de Euskadi y España, dando seguimiento a la cooperación descentralizada.

“DISMINUIR LA COOPERACIÓN DESCENTRALIZADA EN ÉPOCA DE CRISIS TRANSMITE UN MENSAJE PERVERSO”

¿Qué es la cooperación descentralizada? Es el esfuerzo que en materia de solidaridad internacional realizamos las personas contribuyentes y nuestros gobiernos autonómicos y locales. Existen otras definiciones que ponen el acento no tanto en la procedencia de los fondos, sino en sus características u objetivos. Este debate sobre lo que es o lo que debe ser la cooperación está vigente en el mundo académico desde hace ya bastante tiempo. Nos conduce a interrogarnos de forma honesta y profunda sobre qué nos motiva a cooperar, qué es lo que queremos conseguir y cómo queremos hacerlo.

¿Existe en otros países? Sí, aunque no tiene la relevancia cuantitativa ni social que tiene en España. Llama la atención tanto por el tamaño de los fondos, como por su capilaridad territorial y social. En gran medida, la ciudadanía de muchos pueblos y ciudades se ha expuesto a los dilemas que enfrenta la Humanidad a través de la cooperación descentralizada.

¿Cuáles son sus prioridades? Históricamente, la cooperación descentralizada se ha dedicado a financiar fundamentalmente proyectos de servicios sociales básicos, de educación para el desarrollo y de fortalecimiento de la sociedad civil. De cara al futuro, se vislumbran algunos intentos de mayor especialización. Geográficamente, América Central y la América Andina son prioritarias y van aumentando los fondos destinados a África. También es muy significativa la presencia en Palestina y Sáhara.

¿Qué aporta a la cooperación al desarrollo? Acerca la cooperación al desarrollo a la ciudadanía, financia proyectos de servicios básicos en poblaciones empobrecidas, y explora formas de organización de la economía y la sociedad más sostenibles y justas. Alberga un potencial para fortalecer a los gobiernos intermedios y locales de los países del Sur, y para convertirse en la voz de lo local en el marco de la gobernanza global.

¿Cómo ha evolucionado en los últimos años? Los números hablan con claridad, tanto para la cooperación central como para la descentralizada: aumentos significativos durante los años de crecimiento económico y caída libre tras la crisis. Esto nos parece grave, porque transmite un mensaje perverso a la ciudadanía y nos aleja de la solidaridad genuina y de la lucha por la justicia. Preveo un futuro pesimista desde la razón y optimista desde la voluntad.

¿Qué propones para la mejora y eficacia de esta ayuda?

En primer lugar, propongo más transparencia y rendición de cuentas, que nos permita discutir con más rigor. En segundo lugar, menos burocracia y más contenido, lo que pasa por homogeneizar y simplificar trámites administrativos, y orientarnos más a la acción y al contenido. Y en tercer lugar, más unidad en el sector de la cooperación descentralizada para pensar juntos y tener una voz común.

¿Qué papel tienen las ONGD en esta cooperación?

Las ONGD han desempeñado un papel crucial en la cooperación descentralizada española. En algunas comunidades autónomas, el 90% del gasto en cooperación se ha canalizado históricamente a través de ONGD. Gran parte de la educación para el desarrollo la hemos realizado las ONGD con fondos locales, al igual que la vinculación con el terreno. En resumen, el papel de las ONGD es educar para la solidaridad y ensayar otros mundos posibles.

