

Médicos del Mundo

REVISTA TRIMESTRAL Nº 10 ABRIL/MAYO/JUNIO 2006

www.medicosdelmundo.org

SUMARIO Nº 10

- /02 ESPECIAL Esclavas del siglo XXI.
- /12 EN EL TERRENO Campos de refugiados saharauis en Tindouf, Mauritania, El Salvador, Bolivia, Filipinas.
- /14 DOSSIER SALUD Tuberculosis.
- /16 NUESTRAS CALLES Bus Solidari en Valencia.
- /18 SENSIBILIZACIÓN FotografÍAFRICA.
- /20 Día Mundial del Agua.
- /22 ALERTA Namibia.
- /24 TESTIMONIO Dolores Bravo de Laguna.

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

Esclavas del siglo XXI

COMBATIMOS TODAS LAS ENFERMEDADES, INCLUIDA LA INJUSTICIA

Revista trimestral de Médicos del Mundo-España. Dirección-Redacción: *Médicos del Mundo*. Andrés Mellado 31, Bajo. 28015 Madrid. Teléfono: 91 543 60 33 Fax: 91 543 79 23
E-mail: victor.valbuena@medicosdelmundo.org www.medicosdelmundo.org **Presidenta:** Teresa González **Directora de Comunicación:** Carmen Gayo **Editor:** Victor Valbuena
Redactora: Rosario Estébanez **Diseño:** Raimundo Fernández **Imprime:** Arvato Services Iberia **D.L.:** M-34447-1997 Impreso sobre papel ecológico

Familia, asomada a una ventana de la casa de tránsito en Kátharhita (Nepal). Iba a ser vendida cuando fue salvada por una ONG nepalí. FOTÓ: Kim Maresa.

ESCLAVAS DEL SIGLO XXI

Lo que comenzó como un sueño se convierte en una pesadilla. Las promesas de una vida mejor se transforman en inhumanas condiciones de vida y de trabajo, en amenazas, agresiones y miedo. Huyendo de la guerra o la pobreza, miles de personas se embarcan en un viaje hacia los países desarrollados, pero caen, bajo engaño, en las redes de trata y tráfico de seres humanos. Al llegar, se encuentran atadas a deudas y compromisos nunca buscados, convertidas en verdaderas esclavas.

“ Realicé el viaje a España sola, convencida de que lo acordado era la verdad y que el trabajo iba a ser por dos años. Una vez aquí me encontré que, además de cuidar de un bebé, me obligaban a vender en las calles y a hacer las labores de la casa. Trabajaba 16 horas diarias sin descanso y sin remuneración. Cuando me di cuenta de que me habían engañado, me dio mucha rabia y lo que quería era volver”. Fabiola, Ecuador

“ Tanto yo como mi familia hemos sufrido muchas amenazas. Amenazas de que van a quemar la casa donde vive mi familia, que van a secuestrar a mi hermana pequeña si no retiro la denuncia. Creo que todavía el peligro no ha pasado ni para mí, ni para mi familia, sobre todo para ellos”. Alexandra, Rumania

Mano de obra barata para las plantaciones, obreros sin costo para las fábricas, trabajadoras para el servicio doméstico con jornadas de más de 16 horas, niños para engrosar las filas de un ejército rebelde, niñas para los burdeles. La trata y tráfico de seres humanos utiliza a las personas como mera mercancía. Cada año, alrededor de cuatro millones de personas (más que toda la población empadronada en la ciudad de Madrid, por ejemplo), son vendidas para ser esclavizadas o prostituidas. El 80% de ellas son mujeres o niñas, según afirma el Fondo de Población de las Naciones Unidas. La Organización Internacional de Migraciones calcula, por su parte, que unas 500.000 víctimas de la trata de personas terminan siendo explotadas en territorio europeo. Pero son estimaciones, valoraciones que no llegan a medir en profundidad las dimensiones de un fenómeno que ya es el tercer negocio más lucrativo del planeta, después del tráfico de armas y el de drogas. “No hay estadísticas fiables”, lamenta Marta González, coordinadora de Proyecto Esperanza. “Tenemos estimaciones por los operativos de las fuerzas de seguridad del Estado, pero hay muchas víctimas que sólo salen a la luz a posteriori, tras años de infierno, de haber sido explotadas económica, física y psicológicamente”.

“ Primero llegué a Hungría y de allí me trasladaron en tren a Francia. Viajaba con otras siete mujeres. Al no tener visado, el cruce de las fronteras lo hicimos en el techo del tren. Uno de los hombres que viajaba con nosotras quitaba los tornillos y la chapa y ahí nos metíamos durante un par de horas hasta cruzar la frontera. Al llegar a Madrid nos recogieron varias mujeres y nos llevaron a un piso”. Victoria, Rumania

Lo que sí parece claro es que España se ha convertido en un país de destino para la trata de personas. El informe Tráfico de personas. Modelos Mundiales, recientemente publicado por la Oficina sobre Droga y Delito de Naciones Unidas, nos sitúa entre las 20 naciones con “incidencia alta” como destino de personas traficadas para su explotación sexual o laboral. Y la Policía española ha liberado, sólo en los dos últimos años, a 3.035 extranjeras que eran obligadas a prostituirse y ha detenido a 1.442 responsables de ello. “Desde hace 15 años se está dando un aumento importante de situaciones de esclavitud sexual en España”, asegura Itziar Ruiz-Giménez, coordinadora del equipo de personas refugiadas e inmigrantes de la sección española de Amnistía Internacional. “Son mujeres emigrantes que vienen de América Latina, el África Subsahariana o Europa del Este pensando que van a trabajar en el servicio doméstico, en la hostelería o en cualquier otra actividad”. También se da explotación, en este caso laboral, en talleres y restaurantes de mujeres asiáticas, que trabajan sin cobrar absolutamente nada.

ENGAÑO EN EL ORIGEN Obligadas por la pobreza, los conflictos armados o políticos y los desastres naturales millones de personas se ven obligadas a abandonar su hogar y aventurarse a empezar de nuevo en un país extraño. La mayoría de ellas no cuenta con los medios necesarios para emprender el viaje, por lo que buscan la ayuda de alguien. Entran en contacto entonces con las redes de

Judith, mujer traficada, come algo en la habitación donde vive, tras una jornada de trabajo en las calles. FOTO: Lorena Ros.

tráfico (que trasladan personas de un país a otro) o de trata (que las trasladan con promesas falsas de empleo o, directamente secuestran a las personas). En el tema de la trata "siempre podemos hablar de una situación de engaño respecto a las condiciones o al tipo de trabajo que van a desarrollar en el país de destino", explica González.

El viaje no será de placer. Con documentación falsificada, en el mejor de los casos, o en condiciones inhumanas, en el peor, las personas traficadas serán trasladadas evitando el control de los puestos fronterizos. Pasarán por uno o varios países de tránsito y es muy probable que ya empiecen a darse cuenta de que han sido engañadas y a sufrir todo tipo de abusos: amenazas, palizas, violaciones que tienen como objetivo doblegar su voluntad.

DEUDAS ESCLAVAS Una vez en el país de destino, la persona traficada se encuentra en un laberinto: sin papeles (el pasaporte ha quedado en manos de los traficantes), sin conocer a nadie ni, en ocasiones, el idioma y con las amenazas de una red mafiosa que le exige el pago de los gastos del viaje y tramitación del trabajo prometido. "Hay veces que las redes marcan unas cantidades explícitas. Por ejemplo, hemos atendido a mujeres subsaharianas que nos hablan de

una deuda de 45.000 ó 50.000 euros", asegura González. "En otros casos, no se explicita sino que le dicen: 'tú vas a trabajar para mí porque como yo te he traído'. Es una forma actual de esclavitud. La esclavitud era un sentimiento de propiedad de una persona sobre otra. En este caso es exactamente lo mismo".

La persona traficada será obligada a trabajar, la mayoría de las veces en un prostíbulo, para pagar la supuesta deuda que tiene con los traficantes. La violencia y las amenazas contra ella o contra su familia impedirán que escape. "La red conoce a los miembros de su familia y sabe dónde viven, por lo que fácilmente pueden ordenar que alguien ejerza violencia sobre sus seres queridos. Esto es suficiente para que la mujer no vaya a pedir ayuda, se resigne", explica González. En personas traficadas originarias de países subsaharianos, como Nigeria, la violencia ejercida es más sutil. Un miembro de la red celebra un rito de vudú, con el que somete psicológicamente a la víctima.

SALIDA DEL INFIERNO "Las mujeres se encuentran con grandes dificultades para salir de la espiral de violencia en la que están inmersas y además, la legislación no las protege", afirma Ruiz-Giménez. "Para ellas, lo primero es pagar el préstamo; lo segundo, las represalias

de la red contra ellas y contra su familia; y tercero, el miedo a fracasar en el proyecto migratorio y a la expulsión del país, por lo que la confianza en la Policía a la hora de denunciar es mínima. Para salir de la Red, el único apoyo con el que cuentan es el de las propias compañeras, que una vez fuera ya cuentan con más apoyos, como el de la Red de Acogida, las unidades móviles de Médicos del Mundo, Proyecto Esperanza...".

Cuando Médicos del Mundo entra en contacto con una persona víctima de trata y tráfico, ya sea a través de sus Centros de Atención Socio Sanitaria para personas inmigrantes o prostitutas, ya sea mediante sus Unidades Móviles, deriva el caso a organizaciones como Proyecto Esperanza, Woman's Link o la Comisión Española de Ayuda al Refugiado, que disponen de servicios jurídicos y legales para apoyarla en la denuncia contra la red y en la salida de la situación.

Para luchar contra esta lacra, Médicos del Mundo también desarrolla campañas de sensibilización, que persiguen modificar la actitud de la ciudadanía frente a la explotación sexual, y acciones de incidencia política, con el objetivo de que el gobierno español apruebe un Plan Integral contra la Trata y Tráfico de Personas.

ACOGIDA INTEGRAL PARA LAS VÍCTIMAS

Marta González es coordinadora del Proyecto Esperanza, una organización que desarrolla un "programa de acogida integral para mujeres víctimas de la trata de seres humanos con fines de explotación en la prostitución, servicio doméstico, matrimonios serviles, trabajos forzados u otros en condiciones de esclavitud". Proyecto Esperanza nació en Madrid, en 1999, a iniciativa de un grupo de voluntarias con formación en Derecho, Psicología, Periodismo y Trabajo social y con experiencia de trabajo en el ámbito de los derechos de la mujer.

¿Cuál es el perfil de la mujer atendida por Proyecto Esperanza? Hoy en día, nos llegan más mujeres del Este de Europa que de otra zona, mujeres muy jóvenes, de entre 18 y 25 años, cuya motivación es salir de su país de origen porque no ven posibilidades de desarrollo profesional y personal en su país. En el proyecto, la nacionalidad más común es la rumana.

¿A través de que vías llegan los casos? Habitualmente llegamos a los casos de forma indirecta. Proyecto Esperanza ha contactado previamente con instituciones que tienen más contacto con víctimas de trata y tráfico, por ejemplo, las embajadas y consulados, la Policía Nacional, Guardia Civil, ONG que trabajan en el ámbito de la inmigración, de la mujer o de la salud, como es el caso de Médicos del Mundo, y con recursos de atención a mujeres víctimas de violencia. El acceso directo a estas mujeres, sobre todo en los casos en los que están siendo explotadas a través de la prostitución, es muy complicado, porque normalmente están permanentemente vigiladas y tienen tanto temor que no se atreven a pedir ayuda.

¿Cómo se desarrolla el proceso? El primer paso es detectar qué necesidades tiene la víctima y cuál es su voluntad, regresar a su país o permanecer en España. A partir de ahí se le facilita un apoyo integral para que recupere las riendas de su vida. La inmensa mayoría no dispone de una red social, ni familiares ni amigos a los que poder acudir por lo que en un primer momento necesita un lugar de acogida. Si opta por regresar, se le apoya para volver en las mejores condiciones posibles.

¿Y si opta por quedarse en España? Cuando la mujer ha decidido que quiere quedarse, se le facilita su inserción sociolaboral a través de un proceso individualizado. Al mismo tiempo, les ayudamos en relación a su situación jurídica desde una doble perspectiva: como víctimas de un delito, tienen derecho a un abogado para ejercer su acusación particular; por otro lado, como mujer inmigrante en situación administrativa irregular, se da asesoramiento para estudiar las posibles vías para regularizar su situación.

“ Me proporcionaron un pasaporte falso para viajar a España . Nos trasladamos primero a un hotel de la capital de mi país, donde además se alojaban otras 2 chicas, y ninguna podíamos salir a la calle porque había personal de seguridad que nos impedía salir. Allí me someten a un ritual de vudú y me dicen que en caso de intentar escapar, moriría”. **Grace, Nigeria**

“ Nos detuvieron a todos y nos separaron a las mujeres de los hombres. Yo no quería hablar con la Policía, porque una de las mujeres que estaba conmigo era la que me había estado vigilando. Pedí ir al lavabo porque sabía que me tenían que acompañar y ahí le conté a la policía la situación. Me dijeron que contaría con protección si testificaba contra esta gente”. **Elena, Ucrania**

En algunos países africanos es habitual la trata y tráfico de menores para que luchen en conflictos civiles.
FOTO: Reuters/Jacky Naegelen, Cortesía alertnet.org

“PROTECCIÓN Y REPARACIÓN”

Itziar Ruiz-Giménez coordina el equipo de personas refugiadas e inmigrantes de la sección española de Amnistía Internacional. En la siguiente revista analiza los recursos legales de que disponen las víctimas de trata y tráfico y las reformas legislativas que considera "urgentes y necesarias".

¿Cómo se aborda desde Europa la trata y tráfico de personas? Hasta hace poco, el único enfoque legislativo era el policial, de lucha contra las redes criminales, pero ha habido avances importantes en el ámbito internacional de Derechos Humanos. Últimamente se está incluyendo también el enfoque de protección a la víctima, que es el que las organizaciones exigimos, por tratarse de personas que han sido secuestradas, violadas, maltratadas y torturadas. En este aspecto, se ha creado recientemente el Convenio Europeo contra la Trata de Seres Humanos, que contempla cuatro principios: prevenir, sancionar, proteger y reparar a las víctimas. España lo ha firmado pero aún no lo ha ratificado. La Unión Europea también exige a los estados miembro que creen sus respectivos planes nacionales contra la trata.

¿Qué protección a las víctimas da la legislación española? Uno de los factores más importantes para que estas mujeres salgan de las redes es que no tengan miedo de ser expulsadas. Al estar indocumentadas, no pueden acceder a las redes de acogida. La Plataforma presionó para que en la Ley Integral contra la Violencia de Género contemplara que pudieran acceder a la red estatal de acogida que se está creando. Por otro lado, a partir de la reforma de la Ley de Extranjería, existe la posibilidad de un permiso de residencia para las víctimas de trata cuando colaboran con la Justicia y dan información que sirva para desarticular a la banda. Esto no es legal.

¿Por qué? La protección de las víctimas no puede depender de la voluntad y capacidad de colaboración con la Justicia y de que esa Justicia obtenga resultados. A las víctimas hay que brindarles protección y reparación. El problema es que no se las concibe como víctimas, sino como colaboradoras de la delincuencia organizada. Si denuncian a la red, tienen protección. No debe ser así, hay que protegerlas porque son víctimas y, una vez que se sientan seguras, ellas decidirán si denuncian.

También existe la posibilidad de que las víctimas soliciten asilo o refugio. Sí, es una idea que se está defendiendo en los últimos años. Desde el origen de la trata ya se da una violación de los Derechos Humanos: por ejemplo, en muchos casos de mujeres africanas, la trata responde a matrimonios forzados o por venta. Además, al salir de la red, están huyendo de una persecución y los estados de origen no pueden protegerlas, por lo que tienen derecho a ser consideradas refugiadas, según la Convención de Ginebra. Se ha dado una serie de avances en este sentido en resoluciones de comités de Derechos Humanos.

¿Qué cambios considera necesarios? Insisto en la urgencia de que España apruebe un Plan Nacional que recoja modificaciones en diversas leyes: en la de Extranjería; en la de Asilo, para que se reconozca expresamente el derecho de las víctimas a optar por el estatuto de persona asilada; y en la Ley de protección de testigos, para evitar las represalias de las redes y trabajar en los países de origen (hay que ver cómo) para proteger a las familias. En el ámbito judicial se debe mejorar reconocer el derecho a una indemnización. Pedimos la creación de un fondo con todo lo requisado a las personas traficantes para indemnizar a sus víctimas. También deben desarrollarse programas de integración social, de castellano, de formación ocupacional...

SofiaSexy 100% REAL

Soy la chica de tus sueños?
Hola. Soy Sofia y vengo de Polonia para que me conozcas. Si entras a mi website, te mostraré mucho más de lo que estás acostumbrado a ver.

XXX FREE TOUR Entra Ahora!!! GRATIS
haz click aqui para comenzar

JOIN NOW

XXX XXX

FREE PICS
¿Quieres ver las partes ocultas de mi cuerpo? Tengo muchas fotos exclusivas para mostrarte
GRATIS!! FREE

Con motivo del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, el pasado 25 de noviembre Médicos del Mundo lanzó vía Internet la campaña SofiaSexy. A través de la web www.sofiasexy.com que simula ser una página pornográfica, se denuncia la violación de derechos humanos y la violencia de género que suponen el tráfico y trata de mujeres con fines de explotación sexual.

Desde su aparición SofiaSexy ha recibido la visita de 203.456 personas, de las que 6.489 han aportado su firma para exigir a las instancias nacionales e internacionales que contemplen la trata y el tráfico de mujeres con fines de explotación sexual como una forma de violencia de género y adopten las medidas y recursos necesarios para la atención social y sanitaria de las víctimas.



Tras más de 10 años trabajando con mujeres prostituidas, Metges del Món-Illes Balears ha creado la exposición itinerante *Tráfico internacional de dones* para mostrar cómo se vulneran los derechos humanos de las mujeres prostituidas. Día a día comprobamos cómo muchas de estas mujeres están siendo obligadas por redes mafiosas a ejercer la prostitución en calle o en clubs de alterne. Desde su inauguración, el 5 de octubre de 2005, la exposición ha pasado por diversos centros culturales, el ayuntamiento de Calvià y la Universidad de les Illes Balears.



Gina vuelve a casa en metro después de una larga jornada en las calles de Barcelona. FOTO: Lorena Ros.

PRIORIDAD A LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS VÍCTIMAS

El pasado 25 de marzo, Día Europeo Contra la Trata de Seres Humanos, las organizaciones Amnistía Internacional, Proyecto Esperanza, Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR), Women's Link y Médicos del Mundo demandaron al Gobierno español que aborde la lucha contra la trata de personas desde una perspectiva de derechos humanos. Por ello, solicitaron al Ejecutivo, ante su anuncio de un Plan de Acción Nacional contra la Trata de Seres Humanos, que muestre su compromiso real contra esta violación de derechos humanos, iniciando los trámites para la adhesión al Convenio Europeo contra la Trata de Seres Humanos, que España aún no ha ratificado.

El siguiente texto es un extracto del comunicado emitido por las organizaciones.

"[...] El 16 de mayo de 2005 el Consejo de Europa aprobó el *Convenio Europeo contra la Trata de Seres Humanos*, un instrumento de vital importancia para la protección a las víctimas de trata de seres humanos, en el que se garantiza la igualdad de género. Hasta el momento, dicho convenio ha sido firmado por 24 países (entre ellos España, que, sin embargo aún no lo ha ratificado)".

"El Convenio tiene un ámbito de aplicación que abarca todas las formas de trata de personas con fines de explotación, tanto en el ámbito nacional como en el internacional, conectadas o no con el crimen organizado internacional. Sus objetivos son: prevenir y combatir la trata de seres humanos, proteger y asistir a las víctimas con independencia de que colaboren o no como testigos en el proceso

penal contra los traficantes, investigar y enjuiciar el delito, y cooperar en la lucha contra la trata".

"El Convenio Europeo incluye compromisos cruciales para proteger y promover los derechos de las víctimas como son:

- Formar a las autoridades para la correcta identificación de las víctimas, incluyendo medidas específicas para la protección de los menores de edad.
- Asistir a las víctimas en su proceso de recuperación física, psicológica y de integración social, con independencia de que colaboren o no como testigos contra los autores del delito.
- Tomar en consideración de las necesidades de protección y seguridad de las víctimas y proteger su vida privada y su identidad.
- Proporcionar asistencia jurídica gratuita para poder defender sus derechos en el procedimiento penal contra los traficantes.
- Conceder permiso de residencia si la permanencia de la víctima en el país se considera necesaria, bien debido a su situación personal o bien en razón de su colaboración con las autoridades en el proceso penal".

"Las organizaciones firmantes valoran positivamente el anuncio del Gobierno español de la creación de un futuro *Plan de Acción Nacional contra la Trata de Personas*. Para estas organizaciones es imprescindible que dicho plan se adapte plenamente a la definición de trata del Convenio Europeo, así como a las medidas que contempla el mismo. En todo caso dicho plan debe considerar el fenómeno de la trata desde una perspectiva global, en la que se incluyan medidas de carácter legislativo, de prevención, de sensibilización y formación, así como de protección, asistencia y reparación a las víctimas de trata".

LA TRATA DE PERSONAS Y LA SALUD

M^a Ángeles Rodríguez Arenas, vocal de Proyectos de Exclusión Social de Médicos del Mundo.

El tráfico y la trata de personas suponen una de las mayores violaciones de Derechos Humanos a las que se enfrenta la Comunidad Internacional en la última década y sus repercusiones son especialmente preocupantes para las mujeres, ya que millones de ellas acaban cayendo en redes de explotación sexual.

Aunque este oscuro negocio tiene unas consecuencias evidentes para la salud de las mujeres, éstas no han sido bien estudiadas, lo que demuestra el desinterés del mundo científico en general y, en concreto, del sanitario, hacia la salud de este grupo (que no es sino reflejo del desinterés político, legal, social, etc.). Trataremos de resumir aquí las principales repercusiones sobre la salud de las mujeres que produce el tráfico y la trata, aunque debe comprenderse la imposibilidad de generalizar ante un fenómeno que se sirve de una gran variedad de métodos y rutas y que afecta a poblaciones muy diferentes.

Empezaremos diciendo que el mayor riesgo al que se enfrentan las mujeres víctimas de trata y tráfico es a perder la vida (tanto por muerte accidental, como por homicidio o asesinato), algo que tienen mayores probabilidades de sufrir que el resto de mujeres de sus mismas características y que puede darse en cualquier momento del proceso migratorio. También están expuestas a la violencia física (agresiones, violaciones) y/o psicológica (vejaciones, aislamiento familiar y social, separación de los hijos e hijas, chantaje emocional, intimidación), ejercida por las personas traficantes u otras.

El resto de los riesgos para la salud pueden darse en tres momentos: antes de abandonar el lugar de origen, durante el viaje y tras llegar a destino. La pobreza, el bajo nivel educativo, los patrones epidemiológicos, la falta de información, los problemas alimentarios y otras condiciones sociales del lugar de origen provocan ya de por sí un aumento de la probabilidad de sufrir enfermedades. Cuando las víctimas de trata son transportadas fuera de su entorno pueden estar padeciendo ya alguna patología (denominadas preexistentes). Habría que resaltar la especial situación de las mujeres que proceden de países tropicales o con altas tasas de enfermedades, como el VIH/sida o la tuberculosis. El mayor riesgo de morir o sufrir traumatismos se da durante el viaje, ya que los traficantes utilizan métodos de transporte muy peligrosos. También pueden aparecer las llamadas enfermedades en ruta, propias de los países de tránsito o debidas a contagio entre las personas traficadas. Si al llegar a destino la persona traficada no está enferma, probablemente gozará de una salud (física, no mental) mejor que la de las mujeres del país de acogida. Pero esa situación va a cambiar con el paso del tiempo. Las condiciones de vida y trabajo a las que estarán sometidas, provocarán que pronto superen a la población autóctona, no sólo en patologías infecciosas, sino también en crónicas.

Además, las mujeres explotadas sexualmente están expuestas a patologías de transmisión sexual, incluida la infección por VIH y a trastornos relacionados con la vida reproductiva, como embarazos no deseados,



Las condiciones de vida y trabajo en el país de destino, agrava la situación de salud de las personas traficadas. FOTO: Lorena Ros.

abortos espontáneos o voluntarios, infertilidad, etc. A ello hay que añadir psicopatologías provocadas por todo tipo de violencia ejercida sobre estas mujeres, incluido el aislamiento familiar y social y el miedo a la muerte propia o de familiares, a las agresiones por parte de traficantes y clientes, a la denuncia y a la deportación.

La salud en el país de destino se ve agravada, las más de las veces, por la dificultad para acceder a la atención sanitaria, por falta de un seguro médico, de medios económicos o de libertad para buscar ayuda. Y, en los casos en que el acceso es posible, sigue existiendo el desconocimiento del idioma y/o del funcionamiento del sistema sanitario, dificultades asociadas a un bajo nivel educativo o a renuencia de algunos profesionales de salud para romper las barreras culturales para reconocer y tratar determinadas patologías comunes en los lugares de procedencia, lo que lleva a que no reciban un tratamiento adecuado.

Son muchos los retos que plantea este tema a las administraciones y las organizaciones sociales como Médicos del Mundo. En primer lugar, tendríamos que reconocer abiertamente que el tráfico y la trata de personas es un importantísimo problema social y de salud y aprender a detectarlo para cuantificar a las personas traficadas. Además, habría que mejorar el conocimiento de los problemas de salud asociados al tráfico y la trata para diseñar intervenciones apropiadas para reducir sus efectos sobre la salud.



Los testimonios incluidos en este reportaje han sido facilitados por la revista *Voces, contra la trata de mujeres*, una iniciativa del Proyecto Esperanza, con la colaboración de la Dirección General de la Mujer. Es una herramienta de comunicación para informar, sensibilizar, denunciar y aportar propuestas para incidir sobre la realidad de la trata de personas con fines de explotación. Los nombres de las mujeres que dan sus testimonios son ficticios.

Agradecemos a Lorena Ros y a Kim Manresa la cesión de las fotografías publicadas en este Especial. El excelente trabajo realizado por Lorena en Nigeria y España y por Kim en India y Nepal nos muestra las penurias de estas mujeres y supone un paso más para visibilizar y humanizar a todas las víctimas de la violencia, y un apoyo a la Red española contra la trata de personas, de la que Médicos del Mundo forma parte.



Sueños rotos

Y soñamos. Soñamos con que algún día estas personas sean informadas, con veracidad, de lo que les espera si deciden emprender su camino, con que sean tratadas con respeto si son detenidas y con que puedan volver con dignidad a sus pueblos si son expulsadas.

Hace más de cuarenta años, Martin Luther King pronunciaba un discurso en el que nos hablaba de su sueño. Hablaba de su esperanza en un mundo mejor, en el que las personas no fueran juzgadas por su color; donde hombres y mujeres fueran iguales, un lugar mejor para vivir. Sus palabras nos llegaron al corazón, tal vez porque todos tenemos sueños, porque necesitamos tenerlos para poder vivir.

Cada víctima del tráfico de personas tuvo un sueño. Quizás un sueño de una vida mejor para él o ella y sus seres queridos, quizás un sueño de escapar de la opresión, quizás un sueño de huir de la violencia, quizás simplemente de poder caminar por las calles, sin miedo y con dignidad. Sueños diferentes, personales. Sueños que fueron alimentados por otros, bienintencionados o no.

Con ese bagaje de sueños se lanzaron a una aventura difícil, para la que necesitaron el apoyo de otros. Tuvieron que reunir dinero o les ofrecieron facilidades para acceder al país de sus sueños. Ese país maravilloso donde la gente vive como en el mejor de los sueños. El trayecto fue difícil, penoso. Quizás algunos compañeros se perdieron en el camino. No importaba, lo importante era llegar.

Y al llegar...

Se encontraron con que en el país de sus sueños les esperaba la más dura realidad. Quizás un lugar donde prostituirse para poder pagar las deudas acumuladas, quizás una detención y una devolución, quizás el trabajo oculto, marginal.

Pasaron a ser unidades de un número que todos consideraban excesivo. Nadie les preguntó por sus historias o por sus sueños. Parecía que la única alternativa posible era volver; que todo, desde el principio, había sido un error. Pero, ¿cómo se puede seguir viviendo sin sueños?

En Médicos del Mundo estamos escuchando, cada día, las historias de estas personas. De las que llegaron y se vieron obligadas a prostituirse; de las que fueron detenidas y devueltas, de las que naufragaron en el camino, de los compañeros y las familias de los que se perdieron.

Y soñamos. Soñamos con que algún día estas personas sean informadas, con veracidad, de lo que les espera si deciden emprender su camino, con que sean tratadas con respeto si son detenidas y con que puedan volver con dignidad a sus pueblos si son expulsadas.

No es tan difícil.

Pero tenemos un sueño mejor: que en sus lugares de origen las condiciones mejoren para que sus sueños se puedan cumplir sin abandonar su hogar. Para ello seguimos trabajando.

Teresa

Teresa González
Presidenta

Inundaciones en el Sáhara

Felisa Suárez, coordinadora de proyecto en Tindouf.

Las intensas lluvias caídas a mediados de febrero en los campamentos de refugiados saharauis provocaron daños materiales al 50% de las estructuras, afectaron a casi 140.000 personas y destruyeron despensas familiares y almacenes de víveres.

Tres días de precipitaciones sin descanso sobre la *Hamada*, el desierto en el que se asientan los campamentos saharauis, causaron numerosas riadas provocadas por los cauces de recolección de agua. La fuerza de unas inundaciones sin precedentes y la debilidad de las edificaciones, la mayoría construidas a base de adobe, multiplicaron los daños y dejaron a más de 12.000 familias sin refugio y afectaron a más de 138.000 personas.

Las inundaciones dañaron también los mercados, las despensas de alimentos familiares y los almacenes de víveres de urgencia. Fue una emergencia dentro de una emergencia. Ante el riesgo de epidemias a causa de la acumulación de aguas estancadas en los campamentos, las necesidades más urgentes fueron alimentos, medicinas y tiendas (las tradicionales *jaimas*) para dar refugio a las miles de personas que perdieron sus hogares.

Para hacer frente a esta situación, Médicos del Mundo, presente en la zona desde 1995, envió 120 kilogramos de medicamentos facilitados por Farmamundi en el primer avión de ayuda humanitaria fletado por la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), que partió hacia la zona el día 14 de febrero. Este cargamento fue distribuido entre los dispensarios de las regiones afectadas (Ausserd, Aaiun, 27 de febrero y Smara) ante la falta de fármacos detectada por nuestros equipos en Tindouf.

La catástrofe fue mayor que las provocadas por las inundaciones de 1994 y 2002. La actividad escolar quedó interrumpida debido al riesgo de desplome de los muros y hundimiento de los techos de las escuelas.

Junto con los Ministerios saharauis de Salud Pública y de Cooperación, la Media Luna Roja y otras asociaciones se está elaborando el diagnóstico de la situación y estudiando la futura rehabilitación y reconstrucción de las infraestructuras dañadas.



10 años de atención oftalmológica

Tomás Pellicer, coordinador de las comisiones oftalmológicas.

En 1995, Médicos del Mundo y la Asociación de Amigos del Pueblo Saharaui de Madrid pusieron en marcha el proyecto Atención oftalmológica en los campamentos de refugiados saharauis en colaboración con el Ministerio de Salud Pública Saharaui.

En estos años, en los cuatro campamentos existentes en Ausserd, Aioun, Smara y Dajla se ha abastecido de material de exploración a los hospitales regionales, instalado un taller de prótesis oculares, dotado de material a los talleres de óptica y equipado con material quirúrgico y de exploración los dos quirófanos del Hospital Nacional de Rabuni.

Atienden el proyecto comisiones voluntarias compuestas por personal oftalmólogo, óptico, de enfermería, anestesiista, protésico y técnicos de mantenimiento, que se desplazan a los campamentos al menos dos veces al año en periodos de 10-15 días. La atención oftalmológica ha sido posible gracias a la financiación de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), Govern Balear, Diputación de Alicante y los ayuntamientos de Palencia, Oviedo, Burgos y los madrileños de Rivas Vaciamadrid, Coslada y Tres Cantos, así como a las ayudas de multitud de donaciones privadas de empresas y particulares.

Pero el problema continúa. 150.000 personas siguen viviendo en un desierto inhóspito, con un clima extremo y en condiciones higiénico-sanitarias precarias. Con vuestra ayuda y apoyo, Médicos del Mundo podrá seguir cumpliendo su compromiso con este pueblo que, tras 30 años de exilio, sigue dependiendo de la cooperación internacional para poder mantener una calidad de vida digna. Después de tres décadas, la población saharauí continúa reclamando la recuperación de su tierra y de su libertad.



El fenómeno migratorio en Nuadibu

Pino González Quintana, coordinadora de proyecto en Nuadibu.

El boom mediático del que ha sido objeto la mestiza ciudad de Nuadibu (Mauritania) en el pasado mes de marzo, refleja el incremento de la llegada de personas de origen subsahariano que intentarán dirigirse a Europa por una, relativamente nueva, ruta de migración marítima hacia las costas canarias.

Sin embargo, a pesar de que ésta ciudad es lugar de paso de migrantes desde hace ya décadas, recientemente se han dado dos hechos que condicionan el que Nuadibu sea en la actualidad el lugar de salida elegido. Por una parte, el aumento de la presión policial en las tierras marroquíes tras los acontecimientos producidos en las vallas fronterizas de Ceuta y Melilla del pasado mes de octubre, y por otra, las nuevas fórmulas de agrupación de personas migrantes para hacerse cargo por sí mismas de la logística del viaje: la compra de los cayucos de fabricación local (embarcaciones normalmente utilizadas para la pesca artesanal), del motor, dispositivo GPS, combustible y víveres. Esto último, tal vez responda a la negativa de los migrantes a seguir siendo estafados por las mafias que trafican con personas, que, según testimonios, pueden dejarles abandonados en territorios desérticos camino de otros puntos de salida, robarles los ahorros con los que financian el viaje, obligar a las mujeres a prostituirse, etc. A través de las mafias, el viaje puede costar 1.000 euros. Por asociación con otras personas, unos 250.

¿POR QUÉ ARRIESGAN SU VIDA?

Las personas migrantes en situación administrativa irregular, ¿son culpables o víctimas del problema de la inmigración? Los procesos migratorios se han producido a lo largo de la historia de la humanidad. Al igual que antaño, hoy siguen produciéndose desplazamientos de personas que dejan sus lugares de origen por diversas razones, entre ellas, la existencia de conflictos bélicos o la insostenible situación socioeconómica. Posiblemente, el objetivo común a estas personas sea el de lograr una vida digna para sí mismas y para sus familias. No debemos obviar que en pleno siglo XXI hay múltiples países en los que para el grueso de la población cuestiones básicas como el acceso a la vivienda, la alimentación, la educación o a unos servicios sanitarios en condiciones esenciales, sigue siendo un lujo. Esta insatisfacción de las necesidades básicas es un factor de la falta de desarrollo, aunque existen otros, como la explotación de recursos en condiciones desfavorables o acuerdos internacionales perjudiciales.



Las primeras devoluciones

El pasado 26 de marzo las autoridades españolas en Canarias realizaron la primera devolución a Mauritania de personas inmigrantes (15 de Senegal y 35 de Mali). Fueron trasladados en aviones fletados por la Dirección General de la Policía desde Fuerteventura a Nuadibu, localidad desde donde parten la mayoría de las embarcaciones hacia España. En tres traslados se expulsó a 170 personas. Una vez en territorio mauritano, apenas pudieron ser atendidos por las organizaciones humanitarias quienes les suministraron alimento y agua a través de las pequeñas aberturas de las furgonetas que les llevarían a la capital del país, Nouakchott.

Los cooperantes que pudieron hablar con ellos comentaron que no sabían a donde se dirigían al no haber sido informados de su destino. La mayoría de los repatriados proceden de Senegal y Malí, países con los que Mauritania tiene tratados de libre circulación. Al cierre de esta revista se desconocía si alguno de ellos ya había sido repatriado. Ninguna de las personas inmigrantes pasó por el centro de acogida levantado por el Ejército español en una vieja escuela de Nuadibu.

La realidad es que el análisis sobre el porqué tantas personas se aventuran a migrar en condiciones extremas nos conduce a reflexionar sobre la multitud de factores socioeconómicos en el ámbito mundial que afectan también a la vida de aquellos que viven en aldeas, pueblos y ciudades de las que muchos ni siquiera habremos oído hablar. En varias ocasiones en las que he trabajado directamente con migrantes en situación administrativa irregular, como en el CASSPEP de Gran Canaria o durante la Emergencia de Marruecos por la crisis de las vallas fronterizas, estas personas me han preguntado: ¿por qué yo no puedo tener también una oportunidad para mejorar mi vida? ¿Por qué no puedo acceder a un trabajo con el que mantener a mi familia? ¿Es tanto pedir? ¿Sólo es para los demás?

En definitiva, tras esta reflexión, me pregunto: tener una vida digna, ¿derecho fundamental o privilegio?



Reparto de ayuda humanitaria en Papel Pampa, Bolivia.



Niñas en San Salvador. FOTO: Borja Alegría.



Centro de investigación y formación en Metro Manila, Filipinas.

Inundaciones Bolivia

Juan A. Balsalobre,
coordinador de país, Bolivia.

Las intensas lluvias caídas en el territorio boliviano durante los meses de enero y febrero causaron el desbordamiento de varios ríos importantes y provocaron daños en la infraestructura del país, con un resultado de 19 personas muertas y cerca de 21.000 familias damnificadas. El Gobierno declaró una emergencia nacional.

Las aguas anegaron grandes extensiones de cultivos (papa, alfalfa, quinua o cebada, así como el pasto) y afectaron a la ganadería, viveres y bienes. Los deslizamientos de lodo obstruyeron los caminos, dificultando enormemente la llegada de ayuda humanitaria. En la provincia de Gualberto Villarroel, donde Médicos del Mundo lleva trabajando más de dos años, se produjeron daños importantes en los pozos de agua y en las viviendas, la mayoría de ellas de adobe, afectando al 70% de las familias. Entre otras actividades, se ha apoyado el despliegue, en coordinación con los servicios públicos de salud, de brigadas de médicos cubanos para realizar tareas de vigilancia epidemiológica así como de asistencia a las comunidades.

También se han distribuido medicamentos de urgencia en los puestos de salud del municipio de Papel Pampa, el más afectado, con el 60% de su territorio inundado. Posteriormente, con fondos de emergencia de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) y en coordinación con el Programa Mundial de Alimentos, se repartió ayuda alimentaria a 480 familias del municipio de Chacarilla, el más pobre de la provincia de Gualberto Villarroel y que cuenta con un único puesto de salud y un auxiliar sanitario para 1.789 habitantes.

Por otra parte, hemos apoyado una intervención de Médicos Sin Fronteras para asegurar el acceso a fuentes de agua potable con el reparto de 591 filtros familiares en el municipio de San Pedro de Curahuara, lugar donde los daños a los pozos fueron mayores.

Continúa nuestra presencia en la zona gracias a la financiación de la AECI, Generalitat Valenciana y el Ayuntamiento de Carreño (Asturias).

Explotación sexual infantil El Salvador

**ESTRENO DEL DOCUMENTAL
'EL JOC DEL SEXE'**

Erick Serrano es una de las cerca de 850 personas beneficiarias del proyecto *Reducción del daño asociado al ejercicio de la prostitución y de la explotación sexual infantil*, desarrollado por Médicos del Mundo en San Salvador y financiado por la Diputació de Barcelona.

El pasado 12 de diciembre, el joven se trasladó desde San Salvador para participar en la mesa redonda organizada tras el estreno de *El joc del sexe*, producido por Metges del Món. Erick narró su dura experiencia y denunció la situación de explotación sexual comercial que sufren muchos niños, niñas y jóvenes salvadoreños.

"Las situaciones que se viven son de mucho peligro. Los explotadores son hombres que nos piden hacer cosas que nosotros no queremos, son homofóbicos y pueden pasar por las calles lanzando balas. Hay infinidad de peligros con ellos", comentó Erick tras participar en la mesa redonda. "Los *mareros* (pandilleros) tienen grupos que nos obligan a darles una renta económica, supuestamente porque nos cuidan mientras estamos en las calles. Si nos negamos, nos golpean y muchas veces nos obligan a tener relaciones sexuales con ellos".

En cuanto a las drogas, Erick señaló: "son utilizadas como un método para evadir la depresión. Los explotadores nos piden consumir drogas con ellos, esto provoca que dejemos de utilizar preservativos y somos más vulnerables a las Infecciones de Transmisión Sexual".

Otro de los problemas con los que se enfrentan los/as menores explotados sexualmente es la falta de cariño y de apoyo familiar. Ante esta carencia, Erick concluye: "en los explotadores o las redes de explotación encontramos la comprensión que no encontramos en nuestras familias; la falta de oportunidades de trabajo, la discriminación por la orientación sexual, la pobreza es lo que nos atrapa. Estar en la explotación sexual es difícil, ser utilizado y no sentirse querido por nadie... no lo puedo explicar".

Los proyectos tienen un fin Filipinas

César Antón,
vocal de proyectos de Cooperación Internacional.

El trabajo que desarrollamos las mujeres y los hombres que componemos Médicos del Mundo tiene su meta en la consecución de unos objetivos que, en nuestro caso, son básicamente la mejora de la salud de las poblaciones más desfavorecidas. Este trabajo contribuye, entre otros aspectos, a mejorar la equidad, accesibilidad y calidad de los sistemas de salud de los países donde ejecutamos nuestras acciones.

Los proyectos nacen con la idea de tener un final, un final en el que los objetivos de trabajo se hayan alcanzado y las repercusiones hayan sido las esperadas. Pero también pueden finalizar cuando entendemos que nuestra actividad ha llegado a un punto en el que otras organizaciones están realizando o plantean realizar un trabajo que ocupa nuestro espacio. Y éste es el caso de Filipinas, donde después de seis años de trabajo se han dado las circunstancias para finalizar nuestra colaboración en ese país.

Por una parte, sentimos satisfacción por la labor realizada. Hemos terminado un trabajo como organización y como personas —y especialmente hay que destacar la labor desarrollada por los/as cooperantes María y José Luis, coordinadores del proyecto durante todos estos años— y también se han alcanzado altos niveles de desarrollo científico y técnico.

Somos conscientes de que las necesidades de las mujeres y hombres de Filipinas con respecto a la tuberculosis requieren muchos más esfuerzos, colaboración y solidaridad, pero entendemos que en la planificación de los sistemas de salud las autoridades filipinas se han orientado hacia objetivos que no compartimos y que consideramos que se alejan de los modelos de equidad y calidad en los que creemos. Por todo ello, consideramos que es el momento de dar por concluido nuestro trabajo y desear que las estrategias que se implanten sirvan para avanzar en la mejora de la salud del conjunto de la sociedad filipina.

TUBERCULOSIS Y POBREZA

María Rubio y José Luis Portero,
coordinadores de proyecto en Filipinas.

El proyecto de control de tuberculosis en Filipinas se inició a finales de 1999 en el área metropolitana de Manila y se amplió sucesivamente hasta alcanzar al 20% de la población a su finalización en diciembre de 2005, cubriendo 28 provincias. La intervención se ha basado en dos líneas: formación en técnicas de microscopio, procedimientos de laboratorio y utilización de los fármacos a través de la estrategia DOTS (Terapia bajo Observación Directa, en sus siglas en inglés) y creación de una red de laboratorios, un instituto de formación en investigación en tuberculosis y una clínica DOTS.

En los países en desarrollo se emprenden numerosas actuaciones sin tener en cuenta sus particularidades. Y en Filipinas, uno de los países con mayores desigualdades y niveles de corrupción del planeta, resulta difícil plantear reformas basadas en consensos democráticos y en conclusiones científicas porque el respeto a los derechos humanos es violado con plena impunidad y la atención a los más desfavorecidos es un reto imposible. Además, la potenciación de la sanidad privada frente al persistente desmantelamiento de la sanidad pública (así como de la educación, la vivienda, etc.) es un síntoma más de que en este país la prioridad no son los pobres.

La tuberculosis, enfermedad infecciosa hermanada con la pobreza, será desgraciadamente por muchos años compañera del pueblo filipino, imbuido en una espiral de inestabilidad política, disgregación social, diáspora laboral y crecimiento demográfico excesivo que ya consume los escasos recursos públicos produciendo daños ecológicos irreparables causantes a su vez de desastres naturales (continuos deslizamientos de tierras por una deforestación incontrolada).

BALANCE DE SEIS AÑOS DE LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS

Objetivo Implantación de la estrategia DOTS en el sistema de atención primaria.

Beneficiarios 735.000 indirectos y 46.431 directos.

Duración 1 de octubre 1999 - 31 de diciembre 2005.

Presupuesto 2.224.991 euros

Entidades financiadas AECI. Socios locales Ministerio de Sanidad Filipino (Programa Nacional de tuberculosis y Servicio de control de la Tuberculosis) y Asociación Filipina contra la Tuberculosis.

Resultados 200 microscopios binoculares. Un centro de formación e investigación en Metro Manila. Cuatro laboratorios de micobacteriología. Más de 10.000 personas formadas en la estrategia DOTS y la lucha contra la tuberculosis (médicos, enfermeras, comadronas, microscopistas y trabajadores comunitarios sanitarios). Porcentaje de curación: 77%. Porcentaje de tratamientos completos finalizados: 87,5 %.

1 Dos campesinos y un pescador recién diagnosticados con tuberculosis en Uganda. Su estado nutricional es el propio de la mayoría de los enfermos de esta dolencia. Después de ocho meses, sanaron y engordaron.



2 Musa pasó dos semanas en coma debido a una meningitis por tuberculosis. Siguió el tratamiento durante seis meses, después de los cuales (momento de la foto) estaba totalmente curado.



3 Sylvia, madre de un niño de pocos meses, fue expulsada de casa por su marido al no ser capaz de trabajar debido a una tuberculosis pulmonar y ósea del tobillo. A pesar de estar infectada con el VIH, hoy se encuentra perfectamente.



Problemas y estrategias para el control de la tuberculosis en países de escasos recursos

TUBERCULOSIS

Jaime E. Ollé Goig, Asociación Catalana para el Control de la Tuberculosis en el Tercer Mundo (ACTMON).
olleuganda@yahoo.com

Trudeau, el introductor en los EE UU del tratamiento de los enfermos con tuberculosis (TB) en sanatorios especializados, fue diagnosticado de esta enfermedad cuando comenzaba su vida profesional como médico. Aunque vivió hasta una edad avanzada, ese diagnóstico parecía truncar sus expectativas: "Me parecía que el mundo de pronto había oscurecido... Tenía tuberculosis –la enfermedad más mortífera–; significaba morir y yo nunca había pensado antes en la muerte!". Sus temores no carecían de fundamento si pensamos que en los cien años transcurridos de 1850 a 1950 (fecha en la que se empezaron a administrar los medicamentos anti-TB) se calcula que fallecieron unos mil millones de personas.

Unas décadas más tarde, Waksman, codescubridor de la estreptomina, afirmaba que tras el hallazgo de los antibióticos el problema de la tuberculosis se había resuelto². Su optimismo era compartido por la Unión Internacional contra la Tuberculosis, se conocía el agente etiológico y se disponía de las armas para eliminarlo, no habría más que aplicarlas y la conquista de la TB sería cuestión de un tiempo no demasiado largo.

Repasemos algunas cifras y comprobaremos si los hechos han justificado dichas predicciones:

- Actualmente un tercio de la humanidad (más de 2.000 millones de personas!) está infectada por el bacilo de Koch y cada segundo se infecta una persona.
- En la década de los 90 fallecieron más de 20 millones de personas.
- La TB es responsable del 8% de los fallecimientos que ocurren en los países de pocos recursos; del 18% de todas las muertes en las personas entre 15 y 59 años y del 26% de las muertes en adultos.
- Las muertes por TB en las mujeres exceden a las que tienen lugar por las causas relacionadas con la maternidad.
- Se estima que no se detecta a la mitad de los enfermos y que de los casos diagnosticados apenas otra mitad recibe un tratamiento adecuado.

Hay que recordar que todo ello tiene lugar a pesar de que disponemos de unos regímenes terapéuticos que curan a casi el 100% de los enfermos y que se ha determinado que dicho tratamiento es una de las intervenciones más rentables en salud pública. Las expectativas de eliminar la TB no sólo no se han cumplido sino que la situación ha empeorado. No deberá sorprendernos que un experto no dude en afirmar que el mundo debería sentirse avergonzado y que nuestra falta de miedo, interés e indignación ante esta enfermedad son los responsables directos de su presencia permanente.

FACTORES VERGONZANTES

Los factores microbiológicos son aquellos relacionados directamente con el bacilo y los factores sociales son los que tienen que ver con lo que constituye su medio de cultivo, es decir, los seres humanos y, entre ellos, principalmente, aquellos que forman parte de los grupos poblacionales empobrecidos, marginales o en conflicto.

FACTORES MICROBIOLÓGICOS

- Los métodos diagnósticos, tanto de la infección como de la enfermedad, distan mucho de ser ideales.
- La vacuna BCG protege sólo parcialmente y su efecto desaparece con el tiempo.
- Para que un régimen terapéutico sea efectivo debe constar de varios medicamentos y administrarse de forma adecuada durante un período de varios meses.
- De no seguirse el tratamiento correctamente (ya sea debido al sistema sanitario o al propio enfermo) se pueden seleccionar bacterias resistentes cuya eliminación es mucho más dificultosa y costosa (y en algunas situaciones poco menos que imposible).
- Finalmente, la aparición de la pandemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha provocado que gran número de personas ya infectadas por TB enfermen al sufrir el deterioro inmunitario que provoca dicho virus.

FACTORES SOCIALES

- El caldo de cultivo, el medio en el que prolifera el bacilo, es la pobreza. Ello determina, a menudo, un diagnóstico tardío y enormes dificultades para seguir un tratamiento que dura como mínimo seis

meses (por falta de tiempo y de medios de transporte para acudir a la consulta). El enfermo atiende a su enfermedad, no cuando aparecen los primeros síntomas, sino cuando estos le impiden trabajar:

- El sometimiento que padece la mujer en muchos países pobres y sociedades no democráticas dificulta que puedan recibir una temprana atención sanitaria.
- El estigma que acarrea todavía esta enfermedad en muchos lugares dificulta un diagnóstico precoz y un seguimiento correcto. En ciertas regiones (especialmente de África) este estigma ha aumentado, al ser la TB sinónimo de sida.
- La dependencia de muchos Programas Nacionales de Salud de la asistencia técnica y el aporte financiero externos.
- Los planes de ajuste estructural ejecutados en los últimos años han menoscabado los presupuestos ya muy deficientes de la salud pública en gran número de países pobres.

El caldo de cultivo, el medio en el que prolifera el bacilo de la tuberculosis, es la pobreza

Ninguno de nosotros será testigo de la eliminación de la TB en el mundo. Por un lado, su agente etiológico está todavía firme y ampliamente instalado entre nosotros. Y por otro, hay que insistir en la afirmación de Dubos de que "la tuberculosis es una enfermedad social"³. Los determinantes sociales que favorecen su permanencia y desarrollo entre nosotros no parecen que tiendan a mejorar: La transformación de nuestro medio social implica una lucha política, pero la espera de que dicha transformación tenga lugar un día no es una excusa válida para dejar de aplicar las armas muy eficaces de que ya disponemos ahora para combatir el bacilo.

1. Trudeau EL. *An autobiography*. Lea & Febiger; 1915.
2. Waksman SA. *The conquest of tuberculosis*. University of California Press, 1966.
3. Dubos R. y Dubos J. *The white plague*. Rutgers University Press, 1952

Más información en: James Chin. *El control de las enfermedades transmisibles*. 17ª ed. Washington, DC: OPS 2001. (Publicación científica y técnica n° 581); The Stop TB Partnership and World Health Organization. *The global plan to stop tuberculosis, 2006-2015*. Geneva, WHO 2006 (WHO/HTM/STB/2006.35) <http://www.stoptb.org/globalplan/assets/documents/GlobalPlanFinal.pdf>; Juan E. Garay. *Manual del médico cooperante*. Fundación CESM. Madrid 2001; OMS: <http://www.who.int/topics/tuberculosis/es/>

FICHA TÉCNICA DE LA TUBERCULOSIS

AGENTE CAUSAL	Complejo de <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , que incluye <i>M. tuberculosis</i> y <i>M. africanum</i> . Recibió el nombre de Bacilo de Koch en honor a su descubridor.
FORMAS DE TRANSMISIÓN	Inhalación del bacilo de la tuberculosis expulsado a través de la tos por personas con tuberculosis pulmonar o laríngea. Hace falta una exposición prolongada. La transmisión a partir de productos no pasteurizados es poco frecuente en nuestro medio.
PREVALENCIA (1)	15,4 millones de casos en 2003. De ellos, 1,7 millones de personas murieron, incluyendo 229.000 que presentaban coinfección por VIH.
INCIDENCIA (1)	8,8 millones de casos nuevos en 2003. De ellos, 674.000 presentaban coinfección por VIH.
SÍNTOMAS Y CURSO DE LA ENFERMEDAD	<p>Infección inicial No hay síntomas, puede aparecer un cuadro pseudogripal.</p> <p>Fase de latencia Entre el 90 y el 95% de las personas infectadas. No suele haber síntomas. Se calcula que 1.500 millones de personas están infectadas en todo el mundo, el 90% en países empobrecidos.</p> <p>Tuberculosis pulmonar Entre el 5 y el 10% de las personas infectadas inicialmente (hasta 50% en caso de personas coinfectadas por VIH). A esta fase se puede llegar también desde la fase de latencia por reinfección o por reactivación del foco latente. Síntomas generales: fatiga, fiebre, sudoración nocturna o pérdida de peso. Síntomas respiratorios: tos, dolor torácico y hemoptisis (presencia de sangre en el esputo).</p> <p>Tuberculosis extrapulmonar Mucho menos frecuente que la pulmonar: Puede afectar a cualquier órgano o tejido.</p>
DIAGNÓSTICO	<p>Diagnóstico de infección Prueba de la tuberculina (Mantoux) positiva.</p> <p>Diagnóstico de tuberculosis pulmonar Presencia de micro bacterias tuberculosas en esputo.</p>
TRATAMIENTO	Combinación de medicamentos durante seis meses. DOTS (Directly Observed Treatment Short regime) o terapia bajo observación directa, estrategia adoptada por la OMS para el control de la enfermedad. DOTS-plus es la estrategia que se está desarrollando para el control de la tuberculosis resistente a los fármacos usados habitualmente.
PRONÓSTICO	Sin tratamiento la muerte se produce en un tiempo aproximado de 18 meses desde el inicio de la enfermedad. Con tratamiento se cura hasta el 95% de los casos.
MEDIDAS DE PREVENCIÓN	Identificación, diagnóstico y tratamiento rápido de todos los casos infectantes (presencia de micro bacteria en esputo). Control y seguimiento de tosedores crónicos. Tratamiento con isoniacida de personas que han estado en contacto con enfermos infectantes. Eliminación de factores sociales que aumentan el riesgo de infección (hacinamiento, por ejemplo). La eficacia de la vacuna actualmente disponible (BCG) en la protección frente a la tuberculosis oscila entre 0 y 80%. Esta vacuna no está incluida en ninguno de los calendarios vacunales españoles, pero se sigue utilizando en muchos países empobrecidos.

(1) Datos estimados por la OMS para el año 2003.



Equipo de Médicos del Mundo-Comunidad Valenciana.

Se cumplen dos años desde que el Bus Solidari comenzó a recorrer las calles valencianas atendiendo las necesidades sociosanitarias de las mujeres prostituidas.

Este programa de acercamiento, cuya iniciativa surgió de la voluntad de colaboración entre el Ayuntamiento de Valencia y Médicos del Mundo-Comunidad Valenciana, se desarrolla desde un autobús urbano que fue adaptado hasta quedar completamente diáfano.

Los asientos para pasajeros del vehículo fueron sustituidos por bancos de trabajo, lavabo, armarios y una camilla ginecológica, en un compartimento diseñado para prestar atención en medicina preventiva y asistencia higiénico-sanitaria y ginecológica. En el otro extremo del vehículo se encuentra el área de educación para la salud, uno de los espacios preferidos por las mujeres. Aquí se sientan y participan en los talleres y también solicitan asesoramiento sobre los temas que les preocupan. Durante los meses de invierno se sirve bebida caliente preparada en el microondas por el equipo de voluntarias, algo que, como comenta una de las usuarias, ayuda a hacer el encuentro mucho más distendido: "Cuando el Bus viene al barrio es como romper un poco la rutina, desconectas de lo de siempre y puedes hablar con una persona que te presta atención y que te quiere ayudar, que te escucha, porque muchas veces tenemos cosillas que preguntar. Además de las *gomas*, la citología y la analítica nos viene genial porque nuestros horarios no son horarios de levantarte a las ocho para ir a sacarte sangre. Yo valoro mucho que haya personas que vengan para atendernos y que sean voluntarias, que lo hacen sin recibir nada a cambio y que nos comprenden y no nos piden explicaciones. El bus es un apoyo para nosotras", nos comenta Sandra, en un descanso.

PREVENCIÓN, ATENCIÓN, INFORMACIÓN Y FORMACIÓN

Entre las actividades que se desarrollan en este vehículo se encuentra la distribución de preservativos y lubricante, el asesoramiento en el apoyo para la tramitación de la tarjeta sanitaria y la realización de

talleres de sexo más seguro y de educación para la salud. En lo que respecta a las intervenciones en medicina preventiva, las vacunaciones son lo más solicitado, pero también lo son las pruebas de determinación de anticuerpos de VIH, de hepatitis víricas y de sífilis, así como las citologías.

El equipo responsable del programa es quien determina los lugares y horarios de atención. Actualmente el circuito se realiza dos veces por semana y se ejecuta en horario nocturno, recorriendo diferentes puntos de la fachada marítima y del barrio rojo de la ciudad. Entre los cometidos, el principal es servir de puente entre estas poblaciones y los recursos sociosanitarios de la comunidad. En el dispositivo participan, además de los profesionales, un equipo de voluntarias integrado por médicas, enfermera, trabajadoras sociales y matronas. Una de ellas, Noelia, nos habla de su experiencia: "Participar en el programa del Bus Solidari me ha permitido acercarme a la realidad de las personas prostituidas y comprender mejor su situación, sus sentimientos y descubrir la necesidad que estas personas tienen de recibir apoyo y atención. El trabajo no se reduce a distribuir preservativos o lubricante, lo que más aprecio es la posibilidad de participar con ellas en talleres de prevención, así como tener la oportunidad de dar algo de mi tiempo para prestarles apoyo y sentirme útil. Me llevo su calidez y su agradecimiento, que es lo que realmente me motiva. Durante el recorrido del Bus he conocido chicas de mi edad, recuerdo especialmente una de ellas que era trabajadora social, como yo, era rusa y pensé que en otro contexto podría haber sido yo la persona que hubiera tenido que verme en su lugar; me impresionó".

1 El Bus Solidari en el barrio valenciano de Velluters, uno de los lugares a los que, por las noches, Médicos del Mundo se acerca a las personas prostituidas.

2 El Área de educación para la salud es un espacio para la realización de charlas informativas y talleres de prevención.

3 En el autobús se ofrecen materiales de prevención como preservativos y lubricantes. FOTO: Eva Máñez.

Médicos del Mundo-Comunidad Valenciana y las personas excluidas

Además del Bus solidari, en la ciudad de Valencia, se atiende a las personas prostituidas en clubes de alterne (a través del CEREDA, Centro de Reducción de Daños) y también en la sede autonómica (proyecto CASSPEP Centro de Atención Socio Sanitaria a las Personas que Ejercen la Prostitución), donde se brinda consulta un día a la semana. El pasado año, se realizaron 3.338 consultas a 732 personas prostituidas, de las que 384 eran nuevas usuarias y la mayoría (89%), mujeres. También se entregaron más de 85.000 preservativos.

En cuanto a su procedencia, el grupo más numeroso fue el de personas latinoamericanas (31%), seguido del de españolas (26%) y africanas y del Este de Europa (ambos representan el 20%). El resto eran procedentes del Magreb.

BUS SOLIDARI

BUS SOLIDARI

La unidad móvil se acerca a las mujeres prostituidas de Valencia en las zonas donde ejercen su trabajo



FOTOGRAFÍA VIDAS ALREDEDOR DEL SIDA



El 27 de abril Médicos del Mundo presentó en Madrid el proyecto de sensibilización *Fotografía. Vidas alrededor del sida*, que tiene como objetivo contribuir a que la sociedad española entienda cómo el VIH/sida está afectando a las poblaciones del África Subsahariana. Además de promover actitudes y valores de solidaridad, se pretende movilizar a la población para luchar contra esta devastadora pandemia.

En la mesa inaugural contamos con la presencia de María Teresa Fernández de la Vega, vicepresidenta primera del Gobierno, que anunció la decisión del Ejecutivo español de aumentar en un 42% (hasta alcanzar los 50 millones de euros), la aportación para el Fondo Global contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis.

Cuatro fotógrafos españoles (Lorena Ros, Javier Teniente, Xulio Villarino y Rosina Ynzenga) han impartido talleres de fotografía, vídeo y audio con colectivos de personas afectadas por la epidemia. Mujeres

de Namibia, personas seropositivas de Senegal, jóvenes de Mozambique y personal sanitario de Angola han aprendido a utilizar medios audiovisuales para transmitir sus testimonios y vivencias en torno al VIH/sida. El trabajo desarrollado en los talleres ha sido grabado por un equipo de rodaje de la productora Lolita Films, que ha producido un vídeo documental sobre esta experiencia.

Los testimonios recogidos, los reportajes elaborados por los cuatro fotógrafos y el vídeo, forman parte de esta exposición itinerante, que cuenta con visitas guiadas para centros escolares y asociaciones.

Fotografía recorrerá España acompañada de actividades complementarias, como conferencias, mesas redondas y espacios de encuentro entre ONG.

Para más información www.fotografia.org

El proyecto de sensibilización *Fotografía. Vidas alrededor del sida* ha sido posible gracias a la financiación de la Agencia Española de Cooperación Internacional, al patrocinio nacional de Barin y la colaboración de Obra Social de CajaMadrid, M80 Radio, Dinasa y DiamondCluster.



barin

m80 radio
www.m80radio.com

diamondcluster



IX Premio Internacional de Fotografía Humanitaria Luis Valtueña

El 24 de enero se celebraron los actos de entrega de premios e inauguración de la exposición del IX Premio Internacional de Fotografía Humanitaria Luis Valtueña organizado por Médicos del Mundo. Agradecemos a todas las personas asistentes, a los patrocinadores, al equipo de La Casa Encendida, a los fotógrafos participantes y al jurado por hacer posible este premio, que rinde homenaje a los compañeros que fueron asesinados mientras trabajaban en proyectos de cooperación. Agradecemos también al grupo musical Racalmuto, por amenizar

la velada con su magnífica música. En la foto, de izquierda a derecha: Javier Arcenillas, primer premio *ex aequo*; Tomasa Gallego, madre de Luis Valtueña; Nuria Navarro, hermana de Mercedes Navarro; Aurelio Álvarez, presidente de Avantis; Javier Teniente, primer premio *ex aequo*; Belén Madrazo, hija de Manuel Madrazo; Conchita Fortuny, madre de Flors Sirera; José Manuel García, director de Responsabilidad Social Corporativa de Sun Microsystems, e Iciar Bollaín, directora de cine y miembro del jurado.



Culleredo, A Coruña Firma del protocolo de colaboración entre el Ayuntamiento de Culleredo y Médicos do Mundo-Galicia para el intercambio técnico en atención y reinserción social de mujeres prostituidas en esta localidad. En la foto, de izquierda a derecha: Carmén Varela, concejala de la Mujer; Julio Sacristán de Diego, alcalde, y Nieves Turienzo, representante de Médicos do Mundo-Galicia.

JUSTICIA SOLIDARIDAD
SALUD IGUALDAD
RESPECTO PAZ

Todas las niñas y todos los niños
somos iguales

Practica el juego de la SOLIDARIDAD
entrando en www.medicosdelmundo.org/activa

COMBATIMOS TODAS LA ENFERMEDADES, INCLUIDA LA INJUSTICIA

Médicos del Mundo colabora con Rubio en los nuevos cuadernos educativos Rubio, la empresa valenciana conocida por su edición de cuadernos educativos, ha cedido a Médicos del Mundo y a Ayuda en Acción los espacios de la contraportada interior de sus cuadernos como foro de expresión de los valores que encarnan estas ONG. Coincidiendo con la revisión de los contenidos de sus cuadernos de matemáticas. Rubio ha facilitado a ambas organizaciones un espacio en cuatro millones de ejemplares para transmitir a los escolares menores de 12 años valores de justicia, solidaridad, igualdad, tolerancia, paz y respeto.

Rubio
El arte de aprender

Gracias por colaborar

Asociación de Comerciantes Santiago Centro por su colaboración en la iniciativa *Escaparates Solidarios* llevada a cabo del 1 de diciembre del pasado año al 10 de enero en 25 comercios de Santiago de Compostela (A Coruña). Durante las pasadas fiestas navideñas se instalaron unas cajas-expositores con diferentes productos de la organización (camisetas, CD, postales, libros, etc.) e información sobre los proyectos de Exclusión Social desarrollados por Médicos del Mundo-Galicia y los de Cooperación Internacional.



Fundación Deportiva y Cultural Maratón por su iniciativa de destinar un euro de cada una de las inscripciones en la VI Media Maratón Villa de Madrid a los proyectos de Exclusión Social de Médicos del Mundo-Comunidad de Madrid.



Barin por apoyar en calidad de patrocinador nacional la exposición *FOTOGRAFÍA. Vidas alrededor del sida*.

barin

M80 Radio por su colaboración como emisora oficial del IX Premio Internacional de Fotografía Humanitaria Luis Valtueña y por su difusión durante su exhibición en la Casa Encendida, Madrid.

m80 radio
www.m80radio.com

“Y el río reclamó su cauce ancestral”*

Emilio Alberto Quevedo Monterroso, director general de Agua, asociación guatemalteca, socia local de Médicos del Mundo.

Durante los primeros días de octubre de 2005 se presentó en Guatemala la tormenta Stan. Dentro de una estación de lluvia copiosa, el frágil equilibrio del suelo saturado no soportó la sobredosis de agua que precipitó el fenómeno meteorológico. Infinidad de deslaves, derrumbes e inundaciones causaron, entre otros desastres, 669 muertos, 884 personas desaparecidas, 9.136 viviendas destruidas y 474.928 damnificados.

Esto sucedió siete años después de que otro fenómeno similar -el huracán Mitch- trajera consecuencias parecidas. Todos coincidimos que entre las causas principales de la devastación están los efectos que causamos al suelo a causa de la deforestación y malas prácticas agrícolas (Guatemala es un país de vocación forestal), así como el establecimiento de poblados en áreas de riesgo. Esto último está condicionado en gran medida por la extrema pobreza de las familias que no cuentan con otra alternativa que construir sus viviendas en laderas, barrancos o fondos de microcuencas. Sus condiciones económicas precarias son, por supuesto, producto de la desigual distribución de la riqueza.

Las acciones de prevención y mitigación de estos desastres se enfocan en aspectos como la alerta temprana, manejo sostenido del subsuelo, mejores alternativas de vivienda, mejor calidad en la construcción de infraestructura, gestión del riesgo, etc. obviando así los aspectos económicos estructurales de fondo.

Al acercarse a otras causas de los daños, se encuentran asuntos interesantes. En el “Plan de reconstrucción y reducción de riesgos del departamento de Sololá” se menciona que eventos similares sucedieron en 1902, 1933, 1949, 1969 y 1998.

De dicha fuente se deduce que los fenómenos provocaron menos muertes en tanto más antiguos son, no tanto por las malas prácticas agrícolas y deforestación, sino por el crecimiento poblacional y la falta de ordenamiento territorial. Cabe decir también que la brecha econó-

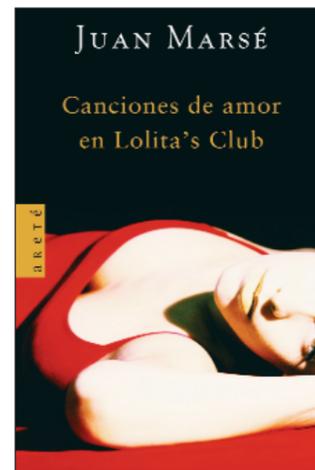
mica entre los que más tienen y los que poseen menos se ha ido abriendo conforme pasan los años.

Fue interesante tras el Stan observar que aquellas viviendas construidas con roca se inundaron y sufrieron daños en los elementos elaborados con otros materiales, no así los cimientos, muros ni techos. Quienes habitan en este tipo de construcciones, normalmente son familias cuyos recursos económicos no son muy limitados y que actualmente ya han reconstruido sus viviendas con recursos propios e incluso la han vuelto a habitar. A ojos vista cualquiera puede decir: “¡Qué necios, otra vez en el mismo lugar!”. Pero no, hay otras razones que merecen ser estudiadas por la psicología social. Al preguntarle a un padre de familia por qué su empeño en reconstruir en área de riesgo contestó: “El asunto está en conocer el tiempo y ponerse a salvo a tiempo... Tengo otro terreno allá, en aquella parte, donde estaría más seguro, pero aquí me gusta vivir, aquí tengo mi negocio”. Desafiar el peligro, parece ser un aspecto propio del ser humano y si no, veamos las carreras de velocidad, los toros sueltos en Pamplona durante las fiestas de San Fermín o las mismas corrida de toros.

A raíz del fenómeno de 1933, el entonces jefe de Estado guatemalteco, Jorge Ubico, construyó un puente sobre el San Francisco y un muro grueso de roca al lado este de su ribera para encauzar el río y evitar desastres. Después se construyó la carretera asfaltada que conduce a Santa Catarina Palopó, dentro del cauce del río y colindando con el muro, y se construyeron viviendas al lado oeste de la carretera, reduciendo así el cauce. La consecuencia: muchas viviendas destruidas y dañadas por Stan. El puente no sufrió ningún daño. Un vecino de Santa Catarina comentó: “Ese si es una obra de ingeniería y no los puentes que andan construyendo ahora, que parecen”.

En conclusión, las medidas que se plantean para la mitigación y reducción de riesgos son buenas, pero en tanto las desigualdades sociales persistan, los ríos seguirán reclamando su cauce con consecuencias lamentables. Así, también, las acciones de reconstrucción deben procurar proteger la vida sin matar el espíritu de vida.

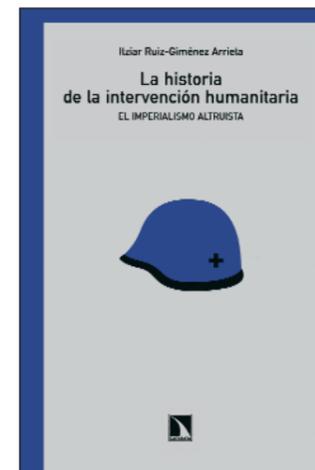
*Palabras de Clara de Bravo, vecina de Sololá, Guatemala.



CANCIONES DE AMOR EN LOLITA'S CLUB

Juan Marsé
Editorial Areté
20 euros

Nancy, Bárbara y Milena venden caricias a granel en un tugurio de la periferia de Barcelona. Valentín consuela con palabras tiernas los males de Milena, una joven colombiana que él adora. Aquí lo busca su hermano gemelo y policía Raúl, quien intenta alejarlo.



LA HISTORIA DE LA INTERVENCIÓN HUMANITARIA

Itziar Ruiz-Giménez Arrieta
Editorial La Catarata
18 euros

La protección armada de los derechos humanos, o “intervención humanitaria”, se ha convertido en una de las prácticas intervencionistas de los Estados. El análisis de los casos de Irak, Libia, Somalia, Ruanda o Kosovo nos acerca a la evolución de la diplomacia coercitiva: el imperialismo altruista.



IMPUNIDAD

Verónica Vila-San Juan
y Andreu Martín
Editorial Planeta
17,50 euros

Cándida Benito, secretaria judicial, está harta de enfrentarse a casos de violencia de género. Le altera la impunidad con que salen del juzgado la mayoría de los maltratadores y organiza una venganza en nombre de las mujeres que no pueden, no saben o no quieren defenderse.

Argentina Brasil Chile España Perú Internacional

Inicio
VIH/Sida
Médicos del Mundo y el VIH/Sida
Nuestra biblioteca
Punto al día
Área de participación
Área de recursos
Contacto

Luchamos contra todas las enfermedades, incluida la injusticia
902 28 62 86
Web gestionada por Médicos del Mundo España

PREMIO INTERNACIONAL LUIS VALTUERA FOTOGRAFÍA HUMANITARIA
Congreso Internacional VIH/Sida en África
plataforma ONG Sida y desarrollo

Sida: la emergencia silenciosa

El virus del sida ha destruido la vida de millones de seres humanos en todo el mundo.

Todos los años se conmemora el **Día Mundial del Sida** y se recuerdan las muertes y el sufrimiento, pero ¿cuándo se recordará ese día como la fecha a partir de la cual todo empezó a cambiar?

Es probable que hoy ya sean 70 los millones infectados por el VIH y más de 24 los millones de muertos. Sólo en el último año han fallecido más de tres millones de personas y más de cinco se han infectado.

Ver más [+]

Médicos del Mundo y Fundación Telefónica crean el canal Sida: la emergencia silenciosa

La nueva página web está integrada en Red Internacional Solidaria (Risolidaria), el foro de difusión de carácter humanitario promovido por la Fundación Telefónica. Muestra las acciones, proyectos e iniciativas que Médicos del Mundo impulsa para combatir la epidemia, informa sobre los diversos aspectos que rodean a la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento, e incluye un mapa con los datos de prevalencia del sida en distintas áreas geográficas. Además, la web ofrece consejo profesional, proporciona un lugar de encuentro para las ONG que trabajan este tema e invita a los usuarios a actuar. Un directorio sobre los recursos asistenciales y un glosario de términos, entre otros aspectos, también está incorporado.

Os animamos a que visitéis la página. <http://www.risolidaria.org.es/sida/index.html>

Médicos del Mundo no se hace responsable del contenido de los reportajes realizados por colaboradores de sus publicaciones.

proyecto ESPERANZA
English version

Apoyo integral a las mujeres víctimas de la trata

quienes somos contexto acciones trabajo en red materia

Si conoces alguna mujer en esta situación, contacta con nosotros

www.proyectoesperanza.org

Programa de Acogida Integral para mujeres víctimas de la trata de seres humanos con fines de explotación en la prostitución, servicio doméstico, matrimonios serviles, trabajos forzados u otros en condiciones de esclavitud.

AMNISTÍA INTERNACIONAL > INICIO ACERCA DE AI NOTICIAS DOCUMENTACIÓN ACTUA CAMPANAS

amnistía internacional
TRABAJAMOS PARA PROTEGER LOS DERECHOS HUMANOS EN EL MUNDO

Guatemala
Los desalojos no son la respuesta a los conflictos sobre la tierra

Amnistía Internacional insta a las autoridades de Guatemala, en un nuevo informe, a poner fin a los desalojos de las comunidades rurales hasta que se revise la legislación y las prácticas actuales, que son injustas y están sesgadas y viciadas en esencia.

Accede al nuevo informe **Guatemala: ¿Tierra de justicia?**

www.amnistiainternacional.org

Movimiento independiente para la lucha contra los abusos de los derechos humanos y para cambiar las leyes que tratan de legitimarlos. Sus principios son: solidaridad internacional, actuación eficaz en favor de víctimas concretas, cobertura universal, universalidad e indivisibilidad de los derechos humanos, imparcialidad e independencia, democracia y respeto mutuo.

Rebelión

Viernes, 31 de Marzo de 2006

Mentiras y medios
Un final de farsa para el sueño americano
Robert Fisk

Palestina
Benazir Buttó
Higinio Polo

Gobiernos
Crisis
Nuestra ruina moral y económica
Kuldo

Democracia
Democracias sin democracia
Marcos Roitman

Mentiras y medios
El candidato presidencial primario, nuestro objetivo informativo de El País

Marines democratizando
J. Kalvelido

www.rebelion.org

Medio de información alternativo que incluye noticias que no son consideradas importantes por otros medios de comunicación. Cuenta con la participación y colaboración de todos para lograr un espacio serio, riguroso y actualizado.

Nº 10 ABRIL/MAYO/JUNIO 2006



Jóvenes en la localidad angoleña de Cacuo. FOTO: Rosina Ynzenga.

Campaña Alerta octubre 2005

ANGOLA

FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD PRIMARIA EN EL MUNICIPIO DE CACUACO

Gracias a las donaciones recibidas para apoyar esta campaña, Médicos del Mundo ha continuado con las actividades previstas en este proyecto, del que se benefician 235.734 personas y cuyo socio local es la Delegación Municipal de Salud de Cacuo.

Así, Médicos del Mundo ha apoyado la construcción y equipamiento de la Sala de Partos de Kikolo, que cuenta con servicios de atención al parto, control prenatal y planificación familiar, y se distribuyeron 500 mosquiteras entre mujeres embarazadas.

También fue posible apoyar la construcción del alojamiento y equipamiento de la persona que ejerce la jefatura de enfermería de Birrio Paraíso. Diez puestos de salud han recibido equipamiento y material básico, como termómetros, estetoscopios, esfigmomanómetros y balanzas pediátricas y un grupo de enfermeras ha participado en el seminario Atención al parto, de 60 horas de duración.

Los barrios de Kilunda, Muculo y Caop Velha cuentan con 50 nuevas letrinas y se han impartido charlas de sensibilización sobre la importancia del saneamiento básico en la comunidad.

NAMIBIA

Luchar contra el sida es combatir la pobreza



Recogiendo agua en DRC, Swakopmund.



Asentamiento DRC, Swakopmund.



Comité de Distrito de sida en Spitzkoppe.

Namibia es uno de los cuatro países del mundo más afectado por el VIH/sida. Los estudios indican que más del 20% de las personas adultas (de entre 15 y 49 años) son seropositivas. La epidemia de VIH/sida se ha convertido en el primer problema de salud del país, afectando no sólo al sector sanitario sino a todos los ámbitos sociales.

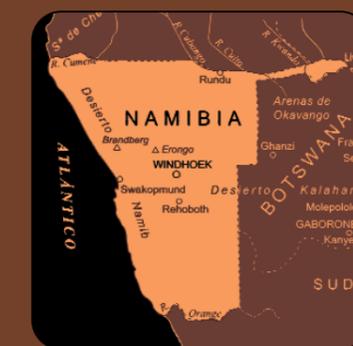
Namibia, con 2.031.000 habitantes y una extensión territorial de 824.290 km², tiene una de las densidades de población más bajas del planeta: 2,5 personas por Km². El 60% de la población es de origen rural y sobrevive gracias a cultivos caseros y genera una renta promedio de aproximadamente 100 euros al año por habitante.

Una epidemia como la del VIH/sida tiene efectos devastadores sobre todos los ámbitos del país. Es tal la cantidad de personas enfermas, infectadas e indirectamente afectadas por el sida, que las consecuencias son muchas y graves: la tierra no puede ser trabajada, produce menos alimentos lo que agrava otras patologías como la desnutrición y debilita la salud. La capacidad de trabajo del pueblo namibio y sus ingresos decaen, lo que impide la satisfacción de necesidades básicas. Los padres y madres mueren, por lo cual, el número de huérfanos crece. Algún familiar debe acogerlos, pero probablemente también esté enfermo y además de no poder proveer sustento a su familia, ahora deba hacerse cargo de estos niños o niñas. Sólo por dar un último ejemplo. Se calcula que para 2010 el 20% de los profesores de escuela habrá fallecido como consecuencia del sida, imaginemos el impacto que tendrá esto sobre la educación.

Es por esto que Médicos del Mundo decide actuar con urgencia apoyando un programa de *Prevención de la transmisión del VIH/SIDA y de atención a la población afectada en las regiones de Erongo y Kunene*. Este programa beneficiará a 176.000 habitantes de las dos regiones y contará con cuatro líneas de trabajo:

1. Extensión de los servicios de consejo y diagnóstico voluntario del VIH/SIDA entre las comunidades más aisladas.
2. Creación y apoyo a una consulta terapéutica a nivel nacional en Windhoek, capital del país.
3. Fortalecimiento de la respuesta comunitaria de lucha contra el sida. Formación y dotación de recursos de los comités locales de Sida.
4. Mejora de los servicios sanitarios y comunitarios de atención a las personas que viven con el virus del sida.

La mejora en el acceso a la atención sanitaria debería tener un impacto en el estado de salud y por tanto en la capacidad laboral y productiva del pueblo namibio. Así pues una intervención que actúe directamente sobre la mejora de la salud de la población, tendrá una relación directa con la reducción de la pobreza. El mecanismo más evidente por el que la salud conduce al desarrollo de las poblaciones es el aumento de su productividad, y ese es el objetivo último de todos nuestros proyectos de Cooperación al Desarrollo.



NAMIBIA

Capital **Windhoek**
 Superficie(km²) **824.290**
 Población 2003 **2.031.000**
 Índice de fecundidad **3,95**
 Mortalidad infantil **43,8** por cada **1.000** nacidos
 Esperanza de vida 2002 **45,3**
 Número de médicos **0,29** por cada **1.000** habitantes
 Deuda externa (millón \$) **1.136**
 Posición según IDH **125**

¡EMERGENCIA!

Colabora con nosotros enviando el cupón de la carta adjunta, llamando al 902 286 286, a través de www.medicosdelmundo.org o mediante transferencia a ccc 2100 / 4466 / 99 / 0200020000



Dolores (Tata) Bravo de Laguna Muñoz

36 años, lleva diez años colaborando con Médicos del Mundo. Estudiante de Empresariales, pronto cambió de carrera y se decidió por Trabajo Social, para después comenzar a trabajar en Médicos del Mundo como educadora en la Unidad Móvil. Hoy, cuatro años más tarde, es coordinadora de los proyectos de Exclusión Social en la provincia de Las Palmas (Gran Canaria y Lanzarote).

“No tardé mucho en engancharme al trabajo de Médicos del Mundo”

La sede autonómica en las islas Canarias se abrió en 1994, dos años antes de que comenzases a colaborar como voluntaria de Médicos del Mundo en Las Palmas. ¿Cómo recuerdas aquellos inicios? Los recuerdo con mucho entusiasmo. Éramos un grupo de casi diez personas voluntarias y sólo dos contratadas, y sobre todo recuerdo la implicación que teníamos todas en sacar el proyecto adelante. Empecé con los ojos como platos, porque era la primera vez que tenía contacto directo y cercano con las personas drogodependientes, que ejercían la prostitución y transexuales. Mis primeras tareas fueron rellenar estadillos de recogida de datos, entrega del material estéril y, sobre todo, aprender de las chicas y chicos que se acercaban a la Unidad Móvil y de las personas voluntarias y profesionales que llevaban más tiempo que yo. No tardé mucho en engancharme al trabajo de Médicos del Mundo, y en muy poco tiempo, me impliqué varias horas a la semana.

Pasaste de trabajar como educadora a la coordinación de proyectos de Exclusión Social, del contacto directo, a la oficina. ¿Qué aspectos positivos y negativos tuvo el cambio? Sin duda alguna, el haber trabajado en la calle me ha dado una buena perspectiva de la realidad en la que trabajamos, lo que ha enriquecido mi actual experiencia en la coordinación, sobre todo porque sigo formando parte del mismo equipo de personas con el que comencé. Creo que si se trabaja en equipo, el desaparecer de la calle y asumir la coordinación no es negativo. La coordinación me ha dado la oportunidad de tener una visión mucho más amplia y completa de los proyectos que desarrollamos en Canarias y del conjunto de la intervención de Médicos del Mundo.

¿Cómo han evolucionado los proyectos que se impulsan en Canarias? Los proyectos siempre han seguido un hilo conductor y, por tanto, una evolución lógica. Por ejemplo, con respecto a la atención a las personas drogodependientes, comenzamos con la unidad móvil de Reducción de Daños y viendo las necesidades de este colectivo, pusimos en marcha la primera Unidad Móvil de Dispensación de Metadona de Bajo Umbral en Gran Canaria. Con respecto a la atención de las personas que ejercen la prostitución, se comenzó también con la Unidad Móvil de Reducción de Daños, pero debido a los rápidos cambios en el perfil de las personas beneficiarias, en las necesidades reales del colectivo y a las limitaciones de la Unidad Móvil para una intervención amplia e integral, se abrió el CASSPEP (Centro de Atención Social y Sanitaria para personas que ejercen la prostitución).

El proyecto “Tras Género” (Intervención participativa acerca de la rea-

lidad de las personas transexuales), surgió a raíz del contacto con estas personas desde la Unidad Móvil. Los CASSIN (Centro de Atención Social y Sanitaria para personas inmigrantes) de la isla de Tenerife se han ido consolidando y son un referente para la población inmigrante e instituciones y otros recursos.

¿Cuál es el perfil de la persona emigrante que solicita la atención de Médicos del Mundo-Canarias? El perfil de esta población no varía demasiado con respecto al del resto de las personas atendidas en otras sedes territoriales. Mayoritariamente atendemos a mujeres, procedentes de América Latina (concretamente de Bolivia, Venezuela y Brasil), con unas edades comprendidas entre los 25 y 34 años. El grupo más numeroso de hombres es el de procedentes de América Latina, seguido por el de originarios del África Subsahariana. Es interesante destacar el descenso del número de atenciones acerca de la tramitación de la tarjeta sanitaria debido al proceso de normalización de personas inmigrantes del año pasado.

Desde la perspectiva de una trabajadora social, ¿cómo han evolucionado las personas usuarias de drogas atendidas en los programas móviles de intercambio de jeringuillas y prevención de Infecciones de Transmisión Sexual? En Gran Canaria y Tenerife el descenso de las atenciones a personas drogodependientes por vía intravenosa ha sido paulatino desde el año 2003. El año pasado sólo se atendió a 24 personas. Esto se debe, entre otras razones, a que la Dirección General de Atención a las Drogodependencias del Gobierno de Canarias desarrolla una amplia red de servicios de atención a este colectivo. En cambio, en la isla de Lanzarote, la realidad es muy diferente. Aunque también ha disminuido el número de personas atendidas, actualmente acuden a la unidad móvil 230 personas al año. En esta isla sólo existe un CAD (Centro de Atención a las Drogodependencias), que brinda una intervención de alto umbral, cuando la casi totalidad de las personas atendidas responde a un perfil de bajo umbral.

¿Cómo veis el fenómeno de la inmigración, tras la reciente llegada de embarcaciones desde Mauritania? Lo estamos viviendo con cierta intranquilidad y, por decirlo de alguna manera, estamos en alerta. Ha habido una muy buena respuesta por parte del personal médico voluntario y de la sede a la hora de poner en marcha un dispositivo de atención sanitaria para estas personas, pero, hasta el momento, ha sido el Gobierno de Canarias y el ejército los que se han encargado de dar atención, aunque no se descarta que se solicite la colaboración de Médicos del Mundo.