

**MEDICINA HUMANITARIA EN LA
ACTUALIDAD: RETOS Y DESAFÍOS**

Juan Carlos Rumero Sánchez

MD, Hospital de Cruces, Bilbao

Resumo

Juan Carlos Rumbero, cirurgião torácico no Hospital de Cruces, em Bilbao, colaborador de longa data de projectos de cooperação internacional, nomeadamente em Moçambique, fala-nos das desigualdades no acesso à saúde entre países desenvolvidos e países do Terceiro Mundo. Um dos principais factores de desigualdade resulta da fragilidade das condições sócio-económicas e dos baixos níveis de desenvolvimento humano existentes nas zonas afectadas por catástrofes, lembrando-nos a necessidade de criar políticas económicas mais justas.

Abstract

Juan Carlos Rumbero, thoracic surgeon at the Hospital de Cruces, in Bilbao, and a long term participant in international cooperation projects, namely in Mozambique, speaks about the inequalities in the access to health care services in developed and Third World countries. One of the main promoters of these inequalities is the weak socio-economic and human development conditions that exist in these countries, particularly in areas devastated by calamities, reminding us of the need for fairer economic policies.

Introducción

Quisiera empezar este texto diciendo que el título de medicina humanitaria no es el más apropiado para la cuestión que nos concierne, ya que la salud no es competencia exclusiva de las ciencias médicas. Son varias las disciplinas que intervienen, a parte de la medicina, para lograr un estado de salud adecuado en una población. De hecho cada vez son más los profesionales no médicos que participan en el mundo de la cooperación para mejorar la salud de los pueblos. A su vez el término de ayuda humanitaria nos transporta hacia un concepto de emergencia puntual, cuando existen situaciones sociosanitarias en muchas regiones del planeta que se les puede otorgar el calificativo de emergencia cronificada, que en momentos determinados se desestabilizan provocando las situaciones de alarma a las que estamos acostumbrados por los medios de comunicación. Esto hace que el abordaje debiera ser más desde la integración en una perspectiva de desarrollo y capacitación para fortalecer los sistemas de salud, que desde una de emergencia puntual propiamente dicha, porque los efectos de un desastre no solo dependen del tipo de desastre, sino también de las condiciones socioeconómicas y del nivel de desarrollo humano previo existente en la zona afectada. Ayuda humanitaria y cooperación-ayuda al desarrollo, son dos estilos diferentes de actuación pero se encuentran dentro del mismo espectro de definición.

Por desgracia estas situaciones de emergencias ocurren sobre estados de extrema fragilidad. Son estados que ya de por sí se encuentran en una situación de gran debilidad, política, económica y social, para alcanzar los objetivos del milenio, y para mantener unos servicios de salud apropiados que puedan responder a cualquier agresión que les acontezca. Surge el concepto de Estado Frágil, éstos son divididos en cuatro grupo: aquellos en conflicto actualmente, los que se encuentran en un proceso de transición de un periodo de conflicto a uno de paz, los que experimentan un prolongado periodo de crisis e inestabilidad política y aquellos estados los cuales son relativamente estables pero que tienen pobres capacidades económicas sociales y en definitiva de gobernabilidad (Department for International Development, 2005). Esta concepción lleva a un compromiso internacional hacia estos estados, para que sean legítimos, eficaces y resistentes.

En resumen yo también cambiaría el término de humanitario que refleja una actitud unidireccional, nortecentrista, por el de “bien común” que nos transporta a una actitud donde involucramos a la sociedad civil, contribuyendo de esta manera a una estrategia que me parece altamente positiva – el fortalecimiento de redes –, y a su vez a un enfoque más bidireccional, donde somos los dos los que nos beneficiamos de nuestra acción en conjunto.

El enfoque que la comunidad internacional ha venido dando de “urgente humanitario” ha llevado a dar a la salud un tratamiento como si fuese un proyecto, y no un servicio, a poner un especial énfasis en la lucha hacia enfermedades concretas y no hacia un enfoque global de servicios para que éstos sean de calidad y puedan responder a las necesidades y demandas más frecuentes y comunes; esta actitud ha llevado a designar a los agentes privados e internacionales como responsables y garantes de este proceso, en vez de los propios estados, lo cual le ha dejado vía libre a las políticas neoliberales para ejecutar una nueva neocolonización siendo los estados de los países ricos los que dirigen los cauces y el futuro de los países pobres.

Antes de profundizar en el desarrollo del tema que nos concierne quisiera poner en relieve una serie de premisas sobre las que se sustenta el discurso que voy a desarrollar. La primera es que “el acceso a los servicios básicos de salud, preventivos y curativos es un derecho humano fundamental” para cualquier persona independientemente de su condición social, económica, política, religiosa, África Subsahariana es la región del planeta con peor nivel de salud y desarrollo como lo demuestra los indicadores sociosanitarios básicos, encontrándose muy lejos de alcanzar el estado de bienestar. Dentro de los cincuenta y nueve países definidos por el PNUD (*Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*) como prioritarios, por su nivel de pobreza y de progresión hacia los objetivos del milenio, treinta y ocho de ellos corresponden al África Subsahariana. La gran desigualdad existente en este mundo globalizado nos conduce a una cifra de más de 20 millones de muertes prematuras e injustificadas al año, producto de las condiciones económicas y de la falta de equidad en el acceso a este derecho universal, que es el derecho a la salud. Si comparamos Sierra Leona y Noruega, vemos como la esperanza de vida es el doble, las probabilidades que tiene un niño de morir antes de cumplir los cinco años es cincuenta veces superior y la de una mujer en cada embarazo 200 veces, en función de que esa persona nazca y viva en un país ó otro. La constante violación de este derecho es una práctica habitual.

La salud materno-infantil es uno de los desafíos de esta década. Los avances en este respecto han sido importantes, de 169 países, 112 de ellos en desarrollo, han registrado desde 1970 una disminución de los niveles de mortalidad en la infancia; pero a pesar de este progreso vemos como en diezmaseis países (catorce de ellos africanos), hoy en día, la mortalidad de niños menores de cinco años es más elevada que la observada en 1990. De los cerca de 57 millones de personas que fallecieron en 2002, 10,5 millones (casi un 20%) eran niños menores de cinco años y el 98% de esas muertes se produjeron en países en desarrollo (OMS, 2003).

“El desarrollo genera salud, pero a su vez la salud desarrollo”. Para mejorar

el nivel de salud de una población, existen factores donde incidir que no son precisamente los estrictamente sanitarios. Mejorar las condiciones económicas que sirvan para aliviar la situación de pobreza mantenida; una apuesta pragmática por la mejora de las condiciones medioambientales como el acceso a agua potable, saneamiento básico, desarrollo ecológicamente sostenible; el acceso a la educación y a una vivienda digna; el acceso a los servicios de salud donde en muchas ocasiones es una carretera o una mejora en las comunicaciones lo que más impacto tiene. Por otro lado, está demostrado que mejorando la situación de salud de la población ésta se encuentra en mejores condiciones para afrontar su propio desarrollo, de ahí que la inversión en salud directamente, mejorando el estado nutricional, disminuyendo las enfermedades transmisibles, etc., es una de las principales estrategias para conseguir un desarrollo sostenible. “La salud es uno de los elementos claves para un desarrollo sostenible de los pueblos”, la comisión de macroeconomía y salud, de la OMS, así lo ha demostrado a través de diferentes estudios sobre desarrollo y salud en la última década. A través de estos estudios se ha observado que tan solo se necesitan treinta euros por habitante y año para garantizar la provisión de dichos servicios esenciales, evitando de esta manera el 80% de estas muertes. La cumbre del Milenio suscrita por toda la comunidad internacional, define ocho objetivos globales, cuatro de ellos relacionados con la salud, no obstante la progresión hacia los objetivos del milenio es aún lenta e incierta

Algunas Consideraciones

La actitud que ha tenido la cooperación internacional, desarrollando por un lado una cooperación poco coordinada entre sí, y con un nivel de integración bajo en los diferentes planes de salud de los países receptores, ha sido de baja efectividad, no llegando a incidir en las raíces del problema, además de consumir una cantidad importante de recursos económicos.

Otro factor importante de esta baja efectividad, ha sido la falta de sensibilidad existente, en la implementación de proyectos llevados a cabo por la comunidad internacional, por un abordaje cultural. Estos son desarrollados sin conocer en absoluto los estilos de vida, ni la forma que tienen de ver el mundo, la población beneficiaria de la acción. Cada vez son más los proyectos que llegan escritos metidos en un maletín desde lugares remotos, y que en muchas ocasiones entran en contradicción con las referencias culturales de la población, acabando por imponer al hombre y mujer africanos cosas que nos son africanas. África con una gran variedad cultural y lingüística (países como Nigeria tienen más de 700 lenguas), nos muestra constantemente que no se debe meter a todos en el mismo

compartimiento, sino que cada espacio tiene un contexto determinado específico que hay que analizar. Aunque existan muchas similitudes en los diferentes pueblos, existen grandes aspectos diferenciadores y es en esta diversidad donde radica la riqueza de estos pueblo, por lo tanto el entendimiento de los procesos de cambio, la cosmovisión de un pueblo, y las formas de organizarse y estructurarse la diferentes sociedades nos permitirán diseñar una políticas de salud más acordes con la realidad, y con más garantías de éxito, que si ignoramos todos estos aspectos (Esteban, 2007).

El progreso ha generado aumento de las desigualdades. Podríamos decir que a nivel global están mejorando las condiciones de vida, inclusive en los países en desarrollo, si hacemos una comparativa entre 1970 y el momento actual; pero lo que también es una realidad y nadie pone en duda, es que las diferencias existentes entre países ricos y pobres han aumentado vertiginosamente, los países ricos son más ricos y aunque los pobres son menos pobres, la diferencia entre ellos es aún mucho mayor que hace 35 años, Según el Informe de Desarrollo Humano 2005 del PNUD: "De los setenta y tres países sobre los cuales se dispone información, cincuenta y tres (que en conjunto reúnen más del 80% de la población mundial) ha visto crecer la desigualdad, mientras solo nueve (4% de la población mundial) la ha visto disminuir". No obstante existen países en que su situación actual es peor que hace años, como lo demuestra la menor esperanza de vida al nacer de sus gentes. Estas diferencias no sólo las vemos entre países, sino dentro de los mismos donde apreciamos como las diferencias sociales y desigualdades socioeconómicas entre ricos y pobres aumentan de forma clara.

En estas últimas décadas estamos asistiendo a un proceso de urbanización acelerada, acompañado de un crecimiento de la población mundial que nada tienen que ver con el de siglos predecesores. Así, en 1970 teníamos una población de 3.697 millones y la estimada para el 2025 es de 7.005 millones. Este crecimiento es fundamentalmente a expensas de los países no desarrollados, estando el 84,5% de la población del 2025 en los países no desarrollados. Fundamentalmente este crecimiento se desarrollará a expensas de las áreas urbanas, las cuales crecerán sobre todo en países en desarrollo, sin ningún orden ni lógica preestablecida, llegando a situación, como ya ocurre actualmente, de importante y preocupante desestructuración social y cultural, con un denominador común en todos estos contextos que es la falta de cohesión social. Este crecimiento no se debe solo el crecimiento vegetativo de la población, sino también a los desplazamientos internos y a la migración del campo a la ciudad, en búsqueda de nuevas oportunidades, además de la incorporación de las zonas rurales circundantes a las ciudades debido al crecimiento de las mismas. Esta afluencia de gente se concentran en la periferia de las grandes urbes, creando grandes cinturones de

pobreza, donde las muy deterioradas condiciones socio sanitarias, contribuyen de forma determinante a un empeoramiento del nivel de salud de sus gentes, aunque no se vea reflejado en los indicadores de salud de la ciudad, ya que este tipo de población, raramente se encuentra censada y son difícilmente medibles. Este tipo de pobreza, llamada “pobreza urbana”, es quizás la más destructiva para el ser humano que existe, caracterizada por una serie de factores que condicionan una gran lista de problemas de salud característicos de este tipo de pobreza: no solo aquellos que derivan directamente de la misma, sino aquellos derivados de problemas medioambientales, accidentes de tráfico, contaminación con un incremento de las enfermedades respiratorias, etc. y sobre todo aquellos derivados de problemas psicosociales donde destacan los niños abandonados, algo impensable en un medio rural, depresión, drogodependencias, facilitado por un fracaso de los mecanismos tradicionales de control y pérdida de los valores culturales.

Existe un cambio en el perfil epidemiológico de los principales problemas de salud en los países en desarrollo, “una transición epidemiológica”, que se produce debido a varios factores, mejora de las condiciones de vida, urbanización, inclusive el cambio climático que está condicionando el avance de enfermedades como la malaria hacia latitudes donde actualmente no existe.

Cada vez pierden más fuerza las enfermedades transmisibles en favor de las no transmisibles, aunque hoy en día siguen siendo enfermedades como el SIDA, Malaria, Tuberculosis las que dominan el espectro epidemiológico, causando en conjunto 6 millones de muertes por año; no obstante se estima para el año 2020 que las enfermedades no transmisibles sumen el 68.7% del total de carga de morbilidad, por lo cual tanto las estrategias políticas de organización de servicios preventivos y asistenciales, como las formativas en los centros especializados, deberían contemplar esta realidad que poco a poco va imponiéndose. Son las enfermedades de la civilización y de la urbanización. HTA, diabetes, depresión, las que dominaran este espectro en un futuro (OMS, 2003).

De los 45 millones de muertes de adultos mayores de quince años registradas en 2002, 32 millones – es decir, cerca de tres cuartas partes – se debieron a enfermedades no transmisibles, que se cobraron casi cuatro veces más vidas que las enfermedades transmisibles y las afecciones maternas, perinatales y nutricionales juntas (8,2 millones, lo que equivale al 18% del conjunto de causas). Los traumatismos provocaron en 2002 la muerte de otros 4,5 millones de adultos; es decir, en términos totales, fueron la causa de una de cada 10 defunciones de adultos. El precio que los países pobres están pagando por los accidentes de tránsito es demasiado elevado. Según el informe mundial sobre posprevención de los traumatismos causados por accidentes de tránsito, 2002, África tuvo la tasa

de mortalidad más elevada del mundo, 28.3 x 100.000 hab., a diferencia de otras regiones del Mediterráneo Oriental, Asia Sudoriental y Europa con un 26.4, 18.6 y 17.4 respectivamente (PAHO, 2004) . Estas cifras cogen más fuerza si tenemos en cuenta que el número de vehículos en los PVD por habitante es muy inferior al que existe en los países llamados desarrollados, y además si pensamos en que el 50% de la población africana tienen menos de diezmaseis años, el costo medio anual de los accidentes de tránsito asciende al 2% del PIB de algunos países africanos. La mortalidad por accidentes de tráfico ocupa el 10º lugar en los PVD, estimándose un crecimiento para los años sucesivos. La importancia relativa de estas causas varía considerablemente de una región a otra. Así, por ejemplo, en África sólo 1 de cada 3 muertes de adultos es provocada por enfermedades no transmisibles, mientras que en los países desarrollados esa proporción es de nueve de cada diez. En los países desarrollados, sólo el 5% de la carga total de morbilidad es imputable a enfermedades transmisibles y a afecciones maternas, perinatales y nutricionales, mientras que en las regiones en desarrollo con alta mortalidad ese porcentaje asciende a un 40%.

¿Qué ocurre en los países pobres, especialmente África subsahariana para que tenga los peores indicadores sociosanitarios del planeta?

Varias son las causas que justifican esta situación de emergencia crónica, y por lo tanto sobre las que deberíamos actuar, o al menos tener en cuenta para desarrollar una acción humanitaria realmente eficaz. Existen factores que en mi opinión influyen con especial énfasis, y que sitúan a esta parte del planeta dejándole en una muy delicada situación:

1 – El estancamiento económico en que se encuentran éstos países, como consecuencia de los condicionamientos que imponen los estados ricos, con políticas económicas neoliberales, que acrecientan, cada vez más, relaciones de dependencia de los países del norte, y que están influyendo de forma decisiva en las políticas de cooperación y ayuda internacional, quedando la periferia de este mundo globalizado, tres cuartas partes de la población mundial, en una situación de absoluta indefensión, para poder dirigir y liderar su propio progreso y desarrollo... por lo tanto resulta impensable la creación de un mundo inserto en una economía globalizada donde los países pobres entre en un mercado en equiparables condiciones o al menos con un mínimos garantizados, para poder competir con los países ricos. Estos estados, con un PIB tan bajo, carecen de fondos suficientes y predecibles, para diseñar políticas sólidas, siendo la inversión en salud muy insuficiente. En estos países con un PIB tan bajo, la estrategia

de destinar un mayor porcentaje de su reparto presupuestario a sectores más sociales como educación, salud, ... resulta muy complicado sino se integran dentro del contexto de la condonación de la deuda externa con la condición de destinar los fondos a estos sectores y cumplir de esta manera, los objetivos de Abujá, de un el 15% del presupuesto público en salud, para aliviar esta situación, ya que el pago/copago, no ha funcionando en estos países de extrema pobreza, donde el 80% de la población vive con menos de 1 dólar/día. Pero a pesar de ello seguiría habiendo déficit. La ayuda oficial al desarrollo, podría cubrirlo, teniendo en cuenta que este déficit equivale al gasto militar de dos meses en Irak.

2 – Por otro lado, cada vez son más numerosos los conflictos y desastres naturales que azotan esta parte del planeta. Conflictos que ya no son entre estados sino internos en los cuales el 90% de las víctimas se dan entre la población civil, provocando graves daños colaterales como la destrucción de infraestructura y líneas logísticas, dejando paso a un largo y costoso proceso de reconstrucción y rehabilitación del país. Esto condiciona una cantidad inmensa de refugiados y desplazados internos con la consiguiente desestructuración social. Se estima en estos momentos que el 1% de la población mundial se encuentra en estas condiciones. Aunque este tipo de situaciones se supone que afecta a todas las personas por igual, la realidad es que la mortalidad de los grupos más vulnerables es la norma, siendo los niños, las personas que viven en peores condiciones socio sanitarias, mujeres, las que se ven más afectados por este tipo de situaciones.

3 – Por supuesto la pandemia del SIDA, es otro de los factores, que con especial virulencia se manifiesta en estos países, espacialmente en el continente africano, donde vemos como lo está diezmando paulatinamente, llegando a alcanzar en algunas áreas, como el África Austral, prevalencias de entre 20-30% de seropositividad en la población, inclusive el 40% como es el caso de Botswana.

4 – Pero en mi opinión, es el bajo acceso a unos servicios básicos de salud de calidad y la gran debilidad de estos sistemas sanitarios, lo que incide con más fuerza para llegar a esta situación en que se encuentra la población que vive en esta parte del planeta.

Dada la trascendencia que estos factores juegan en mi discurso, quisiera hacer algunas reflexiones al respecto de manera más detallada:

Sida

La rápida y devastadora evolución que esta enfermedad está teniendo en los países en África Subsahariana, plantea un futuro desolador a este continente, lo cual es traducido en muertos, huérfanos, tejido social desestructurado y enfermo. Hemos pasado de aproximadamente 7 millones en 1990 a 40 millones en el 2006, crecimiento que se ha producido fundamentalmente a expensas de los países en

vías de desarrollo –PVD–, y sobre todo África Subsahariana, donde encontramos las mayores prevalencias del planeta, 25 millones de personas infectadas. Lamentablemente estamos ante una enfermedad que en los países desarrollados se ha convertido en una enfermedad crónica como podría ser la diabetes y en los cuales es raro la mortalidad directa por SIDA, en países en desarrollo, con una gran debilidad de los servicios de salud para afrontar a esta enfermedad, en los cuales el acceso real a los fármacos antiretrovirales es aún anecdótico, es una de las principales causas de mortalidad, 80.000 muertos por día, teniendo además unos comportamientos epidemiológicos diferentes, donde la biología del virus juega un papel importante. Esta enfermedad divide a la población mundial, nuevamente en dos polos: una enfermedad que se comporta como mortal en el sur, pobre, y una enfermedad que se comporta como crónica en el norte, rico.

Un estudio que analiza los cambios en la esperanza de vida al nacer, entre 1950 y 2005, en dos tipos de países: unos clasificados de baja prevalencia, Madagascar, Senegal y Mali, y otros de alta prevalencia; Zimbawe, África del Sur y Botswana, revela que las diferencias encontradas en cuanto a esperanza de vida son muy son muy significativa, aumentando en los países de baja prevalencia y disminuyendo en los de alta prevalencia (UN, 2001). ¿Qué ha ocurrido con esta enfermedad en estos países? ¿Las estrategias utilizadas para frenar su progresión han sido adecuadas? Es evidente que el avance ha sido imparable y los fondos destinados a combatir esta enfermedad han ido exponencialmente en aumento, en comparación con otros problemas prevalentes de salud. Actualmente, en el 2006 se han invertido unos 8.000 millones en los PVD para impedir el avance de esta enfermedad, con muy pobres resultados. Es una estrategia demasiado cara la que se está preconizando y con escasos resultados, muy lejos de las políticas de acciones de mejor coste–beneficio. Parece evidente que una profunda reflexión deberíamos de hacer. Llama la atención como acciones como es la prevención de la transmisión del virus, madre-hijo, con una dosis única de merivapaina durante el parto, con un coste de apenas un dólar por intervención, tiene una cobertura que no llega al 6 % en África Subsahariana en los partos de mujeres seropositivas, siendo tres veces menos que la cobertura de tratamiento antiretroviral, que en África en estos momentos está en torno al 20 %, el cual tiene un coste medio de 400 dólares por año y por paciente. Pienso que esto es consecuencia fundamentalmente del abordaje por enfermedades que se ha venido haciendo. Para hacer un correcto abordaje en cuanto a la prevención madre-hijo se necesita unos servicios de salud con cierta solidez que dispongan de unas consultas prenatales eficientes, una cobertura importante de asistencia al parto institucional, una confianza de la población en el sistema público de salud para que éste sea frecuentado.

En definitiva estamos hablando de hacer una apuesta por el fortalecimiento

de los servicios de salud en su globalidad y no por enfermedades concretas, ya que este abordaje debilita aún más los servicios de salud, como ya comentaré más adelante. La inversión destinada a desarrollar estrategias preventiva que ataje su progresión, no han funcionado, como era de esperar ¿Por qué tan baja utilización del preservativo a pesar de todos los esfuerzos empleados? Cuando analizamos la actitud que ha tenido la ayuda internacional para el abordaje de esta enfermedad, da la impresión de que se ha entrado en estas sociedades como “un elefante en una cristalería”, aplicando estrategias útiles de Europa y EE.UU. a contextos culturales totalmente diferentes, sin conocer los significados del proceso de enfermar, ni la sexualidad de estas sociedades. Una búsqueda de nuevas estrategias mejor contextualizadas en estas realidades debería tener mejores resultados que los obtenidos hasta la fecha. Ya existen algunas experiencias de trabajo con líderes tradicionales, mujeres, maestros de ceremonias de ritos de iniciación, en las provincias de Nampula y Cabo Delgado, en el norte de Mozambique, así como en Gaza en el sur, donde se empiezan a contemplar estos referentes culturales, y en donde antropólogos son incorporados a los proyectos para analizar estas variables y adecuar la acción a la cultura local.

Catástrofes naturales y conflictos

Definimos desastre o catástrofe como aquella situación que amenaza gravemente la salud de una población en la que la demanda de recursos que se necesitan sobrepasa los existentes, excediendo la capacidad de respuesta local y por lo tanto siendo necesaria la participación de una ayuda externa. Si analizamos el ciclo de un desastre o catástrofe, su preparación y abordaje, empieza ya desde la preparación de estructuras de respuesta en condiciones de normalidad y sistemas sanitarios lo suficientemente preparados para responder a estas demandas súbitas. Cuando se produce el incidente, fase aguda, existe una primera respuesta implementada con recursos locales y que es la más importante, ya que salva el mayor número de vidas, y luego otra más tardía que depende de la ayuda externa. Pasado esta fase aguda, entramos en otra bastante más prolongada de recuperación y rehabilitación, que precisa de otro abordaje diferente. Desgraciadamente los fondos de ayuda van dirigidos principalmente a la fase aguda, y se suelen olvidar de la fase de después, de rehabilitación, y de la previa de preparación, cuando además está demostrado que las acciones desarrolladas en estas dos fases mediante proyectos de medio y largo plazo, son las más efectivas.

Al inicio del desastre, cientos de organismos aterrizan en la escena y se disponen a trabajar sin orden ni concierto, cada uno según sus criterios. El caos gobierna en estos momentos, existiendo un problema muy serio de liderazgo.

Parece obvio que todo estado o región, debería tener diseñado un plan de actuación, ante una emergencia o catástrofe, que sea capaz de coordinar tanto sus recursos locales como los externos. Plan que debe ser capaz de hacer una correcta evaluación para poder orientar las necesidades y la ayuda requerida, con la intención de ser lo más efectivas posibles. Por lo tanto el objetivo debe dirigirse a desarrollar las capacidades locales para responder a estas situaciones, ya que las primeras intervenciones, que son las inmediatas al desastre, son las más efectivas, y éstas generalmente las llevan a cabo los recursos locales, que son los que están en el lugar del incidente. Debemos de olvidarnos de la idea de que “cualquier ayuda es útil”, debiendo desarrollar cada vez más la planificación del proceso así como la profesionalización de los actores que intervienen y olvidarnos del voluntarismo. Los medios de comunicación juegan un papel trascendental ofreciendo una información que debería ser lo más equilibrada posible, pero desafortunadamente, muchas veces dan una imagen alarmista desencadenando respuestas precipitadas y exageradas.

Los desastres cada vez son más complejos de gestionar, no solo desde el punto de vista de las características del conflicto o desastre, sino de las características de la población afectada, de los actores humanitarios que intervienen en cada situación, y de los financiadores y estados implicados. El conocimiento del tipo de desastre o catástrofe, es fundamental para una eficaz intervención, ya que no es lo mismo unas inundaciones o un tsunami, con gran mortalidad directa en el acto y pocos heridos, donde necesitas crear infraestructuras urgentes, que un terremoto con una gran cantidad de heridos, donde necesitas sanitarios en las primeras cuarenta y ocho horas, siendo muy difícil encontrar profesionales especializados disponibles en tan escaso tiempo. Desafortunadamente no existen mecanismos en nuestra sociedad para movilizar rápidamente recursos sanitarios especializados.

En una catástrofe se destruyen los principales sectores, infraestructuras sanitarias, sistemas de energías, sistemas de producción, interrupción de los servicios básicos de salud pública, desencadenándose hambrunas, emergencia de epidemias silentes en la zona, aumento de las enfermedades transmitidas por vectores, agua, saneamientos. Esto genera una gran inestabilidad social con desplazamientos de la población. Existen unas muertes directas por el desastre pero un gran número de ellas indirectas debido a los daños colaterales.

Las ONGs y la ayuda internacional se retira demasiado pronto, no entendiendo el proceso de ayuda como algo más crónico, limitándose a los momentos puntuales de máxima vulnerabilidad, pero dejando a los países solos en los momentos de máxima necesidad, ya que los gastos que producen tales desastres y los que se necesitan para volver a la situación anterior, ya precaria de

por sí, se agrava con la desaparición de la ayuda internacional.

Conflictos siempre ha habido pero ahora especialmente, y tras la guerra fría ha dejado de existir un mundo bipolar entre dos corrientes ideológicas y dos formas de entender la economía del planeta. Se han destapado numerosos conflictos y de diferente índole. En estos momentos existen conflictos activos que se están desarrollando ante el silencio internacional, en espera de mostrar interés para la noticia. Realidades que estos dos potentes sistemas tenían eclipsadas han aflorado y problemas que no podían manifestarse se empiezan a manifestar. Conflictos que tienen un perfil diferente. Ya he comentado que éstos suceden dentro de los estados y no entre estados, debilitando y desestructurando los mismos ya que el mal se encuentran dentro de ellos. Conflictos especialmente desarrollados en la periferia de este mundo globalizado y sobre todo en los “estados llamados frágiles”, aquellos en los que no existen eficaces mecanismos de control y autorregulación para estas situaciones.

Existen dos fenómenos de especial dramatismo que me gustaría reseñar en cuanto a las características de los conflictos en estos países: el fenómeno de los niños soldado y el de las minas antipersonales:

Más de 300.000 niños y niñas soldado se encuentran reclutados por ejércitos y grupos armados en más de treinta conflictos por todo el mundo, Colombia, Afganistán, Congo, Sierra Leona (UNICEF, 2003). Durante los últimos años ha sido una práctica habitual el reclutamiento de niños menores de 18 años para combatir en diferentes conflictos bélicos, siendo secuestrados de sus familias, tras ser atacada sus aldeas, escuelas, etc. a edades bien tempranas, siete-ocho años, perdiendo de esta manera su infancia y siendo sometidos a un trato de extrema brutalidad, durante el tiempo que permanecen en estos ejércitos. Recuerdo de nuestra experiencia en Sierra Leona, en 1994, los testimonios de algún niño que nos relataban como éstos eran secuestrados tras ser su aldea brutalmente atacada e incendiada. El bautizo como soldado consistía en atacar nuevamente su propia aldea y matar a algún ser querido o familiar cercano, en caso contrario ellos morirían, de esta manera ellos rompían con sus lazos familiares y se incorporaban a una nueva familia, la guerrilla.

Obviamente estos salvajes actos eran ocasionados tras ser violentamente manipulados en los campamentos y previa ingesta de droga, perdiendo el control de ellos mismos y quedando en una situación de absoluta vulnerabilidad para cometer tales atrocidades. El trabajo realizado por varias organizaciones en la rehabilitación y reinserción de niños soldados, como por ejemplo los Misioneros Javerianos, en Sierra Leona, programa coordinado por Chema Caballero, al sur de Freetown, resulta de gran interés, el ver como se produce el proceso de reconciliación, y la aceptación del niño soldado por sus propias familias, a pesar

de haber sido éstas víctima de sus agresiones. Por otro lado más de 100 millones de minas antipersonales existen desplegadas en el mundo y el doble almacenadas, distribuidas en más de noventa países, provocando 26.000 víctimas directas al año (Díaz I. Uría, 2005: 156). Son un arma de gran perversidad, cuyo objetivo principal no es el de matar, sino el de mutilar, produciendo de esta manera un gran daño sobre la sociedad a la que van dirigidos y un gran costo para sus servicios de salud. Este tipo de armas no solo van dirigidas a los combatientes sino a la población civil, cientos de miles de personas, ajenas a estos conflictos, han sufrido el efecto de las minas. Además prolongan la situación de alarma una vez finalizado el conflicto, ya que grandes superficies del país quedan sembradas de minas, que hace que continúen las víctimas una vez firmada la paz, afectando con gran intensidad a las actividades económicas cotidianas, ya que las vías de transportes, los campos de cultivos, pastos para el ganado, se ven afectados, esto lleva a un proceso de migraciones del campo a la ciudad, empobreciendo aún más a estos países (ICRC, 1995).

Accesibilidad a los servicios básico de salud de calidad

Clásicamente se ha definido como cuatro factores los que determinan el acceso a los servicios de salud:

– Geográfico. Las escasas unidades sanitarias funcionantes existentes unido a las precarias líneas y métodos de transporte, hace que cuando una persona toma la decisión de acudir a una unidad sanitaria, empiece un largo y costoso camino tanto en tiempo y condiciones, como económico. Según un estudio realizado en Mozambique, la distancia entre hospitales en época seca es de tres-cinco horas y en lluvias cuatro-nueve horas. El coste del mismo puede llegar hasta 1/5 del salario mínimo de una persona (Becerril, 1995). Muchas unidades sanitarias han sido destruidas debido a conflictos previamente acontecidos, la rehabilitación de las mismas es lenta y costosa, pero ya no solo es un problema de infraestructuras, sino de recursos humanos para trabajar en las mismas y hacerlas funcionar.

– Económico, pretender que con los recursos económicos de la población local, no existan limitaciones económicas en el acceso a los servicios de salud, es una quimera, el copago no ha funcionado, y la tendencia hacia la gratuidad de los servicios básicos de salud se encuentra, muy lejos de ser alcanzado.

– Cultural. Nos encontramos en un país como Mozambique, donde hay un médico con formación académica por cada 50.000 habitantes, y un médico tradicional por cada 200. Este simple dato pone de manifiesto una realidad que es inexorable, y es la gran diferencia existente en cuanto a accesibilidad a los cuidados de salud entre una y otra, la medicina oficial y la tradicional, y que nos obliga a abordar un planteamiento de diálogo y consenso, estableciendo

programas de colaboración y estrategias de comunicación entre ambas medicinas (Da Silva, 1988). Ya en la conferencia de Alma Ata, en 1978, se reconoce el papel de la medicina tradicional en la promoción y acceso a la salud. En mi opinión este planteamiento de acercamiento resulta muy interesante, ya que no solo se podría aumentar el acceso a los servicios de públicos de salud, sino que se ofrecería un abordaje más integral del proceso de curación y prevención.

¿Por qué una mujer que vive a menos de 200 metros de una maternidad y que ha seguido un calendario adecuado de consulta prenatal, el parto lo tiene en su domicilio?, cuando está demostrado que el parto institucional es una estrategia eficaz para disminuir la mortalidad materna, según el informe sobre maternidad segura de la OMS. ¿Por qué tan elevado índice de malnutrición infantil cuando en la mayoría de los casos hay alimentos suficientes a su alrededor disponibles para el consumo? Las respuestas las encontramos cuando profundizamos en los aspectos culturales, en los significados de la enfermedad y el proceso de búsqueda de tratamiento, en los estilos de vida... en definitiva en la propia cosmovisión de un pueblo.

– Calidad percibida de los servicios. Búsqueda de estrategias eficaces para mejorar los servicios de salud, además de una clara voluntad política en la ayuda humanitaria al desarrollo, son dos pilares fundamentales para conseguir unos servicios de salud de calidad.

En este aspecto, el de la calidad de los servicios de salud, quisiera dedicar unas palabras a los enfoques verticales, que ya antes he esgrimido levemente, de los problemas de salud que han venido protagonizando las acciones humanitaria, y que han contribuido a crear sistemas sanitarios paralelos y a debilitar aún más el sistema público existente, así como las capacidades locales, no pudiendo competir los servicios públicos con los privados creados por estas estrategias. El ejemplo más evidente lo tenemos en el SIDA, ante la gran preocupación internacional por esta enfermedad, ha existido un aumento exponencial de los fondos económicos para atajar tal epidemia, desde un 8 % de los fondos globales destinados a salud, en el año 2000, hasta casi un 40 % en el 2006, teniendo en cuenta que el SIDA es el responsable de apenas un 10% de la carga de enfermedad en los PVD, 20% en África. Dejando al resto de problemas sanitarios, como por ejemplo las infecciones respiratorias o enfermedades perinatales, que se encuentran dentro de las primera causas de mortalidad en PVD, con menor asignación económica que años atrás, en contraposición al apoyo directo de los sistemas de salud para el abordaje de esta enfermedad como otra más, de una forma más horizontal. Existen situaciones paradójicas como haber dinero para tratar a un enfermo de SIDA y sus complicaciones y no a un niño con una infección respiratoria, siendo éstas, las infecciones respiratorias, la principal causa de muerte en la infancia. A esto hay

que sumarle el que los mejores profesionales sanitarios son absorbidos por estos programas verticales quedando los sistemas públicos en una situación de gran precariedad. No sería más lógico preguntarse por ¿cuáles son las herramientas útiles para el control del SIDA que pueden ser útiles para los servicios de salud en general y viceversa?, cuando es bien sabido que la alta mortalidad que tienen esta enfermedad en los PVD se debe a la debilidad que tienen los servicios de salud de estos países. Este enfoque vertical: programa de malaria, programa de malnutrición, cada uno con sus profesionales, con sus registros y sistemas de información, muchas veces si sumas el tiempo que cada programa invierte en recoger datos, necesitarías más de un profesional cualificado para dedicarse exclusivamente a esta tarea. Teniendo en cuenta además el grave problema que existe en la fragilidad de los sistemas de información sanitarios, esta multiplicidad de registros empeoran tal situación, llevando a tal fragmentación de los servicios de salud que los convierte en menos eficientes y eficaces, más costosos. Cada vez son más los autores que defienden un único registro oficial que integre a todos los programas de salud y en el cual queden reflejados aquellos indicadores de mayor impacto en cuanto a calidad de información se refiere y de más sencillez.

Otro aspecto esencial es el referente al acceso a medicamentos esenciales. Un tercio del gasto público mínimo que pudiera garantizar el acceso universal a servicios básicos de salud (unos treinta euros por habitante y año según la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS), corresponde a la necesidad de medicamentos esenciales. Estos 15 billones de dólares para la sexta parte más pobre del planeta y que tiene mortalidad infantil más de cincuenta veces mayor que la Europea y la mitad de esperanza de vida; deben pagar los medicamentos en el mercado global. Más del 90% de los medicamentos esenciales, en su gran mayoría con patentes ya exhaustas; se fabrica en India. Hasta ahora, este gasto, apenas podía ser satisfecho con los débiles presupuestos públicos de estos países con rentas per cápita menores de 500 dólares al año, recaudación fiscal de menos del 15% de la producción económica y por lo tanto presupuestos públicos en su mayoría menores a diez euros por habitante y por año. Por ello, entre una tercera parte y la mitad del gasto en medicamentos de este sexto del planeta que vive en pobreza absoluta; era sufragado por la cooperación internacional. En los últimos años, este apoyo ha ido disminuyendo, y el contexto de la protección de patentes amenaza con cerrar el grifo de medicamentos genéricos y baratos procedentes de la India. A pesar de los acuerdos de la OMC y las excepciones para países menos desarrollados y problemas prioritarios de salud; la presión de patentes a nuevos medicamentos en la India y otros países productores de genéricos para el tercer mundo como Brasil, China y Tailandia; amenaza con aumentar los costes y dificultar seriamente el acceso a medicamentos para las poblaciones en situación

de salud más precaria. Por otro lado, en los últimos treinta años, menos del 1% de los nuevos medicamentos desarrollados, atienden a las enfermedades tropicales que afectan una tercera parte del planeta. El sistema de actual de investigación y patentes y las dinámicas es sin duda uno de los grandes bloqueos a la mejora de la salud en las poblaciones más vulnerables del planeta.

Baris en 1988 definió la investigación en sistemas de salud (ISS) como “la producción de conocimiento y sus aplicaciones para mejorar las formas en que las sociedades se organizan a si mismas con el fin de lograr metas en salud, incluyendo el como ellas planifican gestionan y financian las actividades destinadas a mejorar la salud, así como los roles, perspectivas e intereses de los diferentes actores involucrados en el esfuerzo” (Baris, 1998).

Un sistema de atención en salud está compuesto por varios subsistemas donde incluimos los sistemas informales de cuidados de salud, como la medicina tradicional, parteras tradicionales; sistemas populares basados en los autocuidados, redes sociales de apoyo, y por último los servicios de salud tanto públicos como privados donde encontramos varias niveles desde el primario o primer punto de encuentro de la población con el subsistema de servicios de salud, hasta los servicios de referencia de niveles superiores. Tradicionalmente la investigación en salud ha venido enfocándose más desde postulados positivistas, aplicando modelos exactos e intentando dar respuesta a aspectos meramente biológicos, químicos, de los diferentes problemas de salud. Pero este nuevo abordaje de ISS, reconoce el contexto social de entre los aspectos relacionados con la salud y la enfermedad, existiendo diferentes variables que interactúan siendo la flexibilidad de este proceso una de sus características, entrando en juego una serie de dimensiones antropológicas, sociales, psicológicas, que tradicionalmente los modelos biomédicos referencia de los postulados positivistas no contemplaban. Con la metodología de investigación en sistemas de salud, previo conocimiento conciso de una realidad, introducimos un cambio, una estrategia de manera semi-controlada, con una metodología adecuada que le concierne el carácter de científico y que nos permitirá analizarla en la medida en que se implementa o desarrolla, pudiendo demostrar una evidencia científica que nos permita producir cambios políticos de relevante trascendencia. Por lo tanto estamos hablando más de métodos cualitativos, aunque no abandonamos los cuantitativos, pero sí que hacemos un abordaje más horizontal y más participativo de los verdaderos protagonistas que son los beneficiarios de la acción. Y con este método estamos ante un nuevo paradigma en la investigación en salud, o en la forma de obtención del conocimiento en salud.

Existe escasa cultura de investigación en sistemas de salud y generalmente se toman decisiones sin tener en cuenta la información científica preexistente, y

la escasa investigación que se hace, generalmente no responde a los problemas prioritarios en salud de estos países, además de no existir una adecuada comunicación entre el equipo investigador, el de toma de decisiones y el que diseña las políticas u estrategias en salud. Con este procedimiento los resultados obtenidos en las investigaciones, se sustentan en una base de evidencia científica que fortalecería la toma de decisiones, pero muchas veces nos encontramos con los responsables no se encuentran preparados para transformar una realidad. El investigador debe estar inmerso en la realidad y no tomar un papel pasivo aislado preocupado del objeto de investigación si contemplar la realidad en su más amplia dimensión.

Actitudes de la ayuda humanitaria:

Converger o divergir. ¿Utilizamos adecuadamente los recursos?

Decía al principio que se está produciendo una nueva colonización y no tan solo económica. Si lo que pretendemos es converger deberíamos empezar por condicionar la Ayuda oficial al desarrollo, no según intereses políticos y económicos, sino hacerse según necesidades y prioridades reales, otorgando a los estados y al personal local el protagonismo en este proceso. Si analizamos con detalle nuestras acciones, podríamos decir que una gran parte de las acciones que hacemos en los PVD, en los nuestros serían ilegales. ¿Cuántos médicos ejercen en hospitales sin tener reconocido, o simplemente presentado su título, en los organismos oficiales pertinentes?, es decir justificar que efectivamente está capacitado para realizar su trabajo. Hemos asistido a lo largo de los años, ha varios enfoques y actitudes en lo que llamaríamos “ayuda humanitaria”, desde la caridad, bajo el lema de “dar de comer al hambriento”, pero no debemos de olvidar como ya dijo aquel carismático teólogo del movimiento de la teología de la liberación, Helder Cámara, “ la caridad empieza donde acaba la justicia, si doy pan a un pobre me llaman santo, si pregunto por qué el pobre no tiene pan, me llaman comunista”, hasta el enfoque de sostenibilidad, que analiza y combate las raíces del problema. Desde Alma Ata ensalzando la participación comunitaria y preconizando una ayuda adecuada a las necesidades sentidas, hasta el apoyo de los fondos Swap, respetando la soberanía de los estados mediante el apoyo económico directo a los presupuestos nacionales de los gobiernos, que es la tendencia actual de los grandes financiadores. Existen ONGs, agencias internacionales que llegan a un país con una cuantía de dinero en sus bolsillos destinada a ejecutar un proyecto determinado, mucha veces superior a los propios fondos que tiene el ministerio de salud de ese país, para responder a las necesidades de salud de su población. Con esta estrategia se pretende mejorar la

situación económica del sistema público de salud permitiendo de esta manera se encuentren en condiciones más favorables para poder afrontar y ejecutar políticas que vayan dirigidas a solucionar los problemas prioritarios, inclusive subcontratando el propio país los servicios externos que necesiten, los cuales no puedan ser desarrollados por ellos mismos.

Apostando por la calidad del sistema público de salud como pilar básico para una mejora en la atención sanitaria y del nivel de salud de una población, nos encontramos con un *handicap*, muy importante, que es el de los recursos humanos capacitándonos para hacer funcionar estos sistemas. Existe un déficit muy importante de personal cualificados de acorde con las características de los puestos que les corresponden desempeñar, especialmente en África Subsahariana. Por lo tanto una apuesta real por los Recursos Humanos es un desafío para esta década. Estos países han realizado un esfuerzo, tras la época colonial, por desarrollar cuadros locales que dirijan el curso de sus países, pero a pesar de ello las universidades en África han formado un número muy insuficiente de médicos para las necesidades de sus países, a esto se le suma la fuga de profesionales a países desarrollados, así vemos como más del 20% de los médicos en EE.UU. vienen de países de renta media o baja, cuando obviamente los indicadores socio-sanitarios de unos países y otros no tienen nada que ver. Parece como si los países desarrollados necesitasen de los profesionales de estos países, para lograr los estándares de calidad que su población demanda, teniendo que pagar un precio demasiado alto los sistemas de salud de los países pobres, al quedarse sin profesionales cualificados par hacerlos funcionar. Por ejemplo, en Zimbabwe, $\frac{3}{4}$ partes de sus médicos emigran a otros países en búsqueda de mejores condiciones.

La mayoría del personal sanitario que nos encontramos, generalmente de nivel básico y elemental, además de ser escaso, están pobremente preparados para los puestos que les corresponde desempeñar, y sobre todo poco estimulado tanto económica como profesionalmente. Se encuentran trabajando a menudo en situaciones de aislamiento, inmersos en una gran cuantía de trabajo y desempeñando altas responsabilidades. Parece obvio que una apuesta real por este sector, apoyando los recursos locales sería una medida de gran impacto que debería estar orientado al fortalecimiento de los servicios públicos de salud y no a la creación de sistemas paralelos que debiliten aún más los existentes. No sólo hay escasez de personal local cualificado sino también de personal especializado que trabajo en cooperación y ayuda humanitaria. Cada vez son más importantes los problemas por parte de las organizaciones humanitarias para encontrar personal que se adecue al perfil de puesto que se solicita. Existen ideas y proyectos perfectamente diseñados, se sabe lo que hay que hacer, pero no se encuentran

personas capacitadas que ejecuten tales estrategias, ni allí ni aquí. Tanto las condiciones sociales como el mercado laboral de los países desarrollados no lo ponen fácil a sus profesionales para que puedan obtener permisos y condiciones estimulantes para poder trabajar en proyectos de cooperación. Hoy en día es una decisión arriesgada y de muy bajo reconocimiento profesional. Cuantas personas se encuentran trabajando por todo el mundo, que tras varios años prestando sus servicios vuelven, y no se les tiene en cuenta ese tiempo trabajado en su carrera profesional, debiendo empezar de nuevo en el mismo punto, en el mejor de los casos, en que se quedó cuando estaba en su país, por no decir que al final de la cola. Está claro que mientras nuestra sociedad no se conciente de la importancia de estas acciones y dentro de las empresas públicas no se contemple la ayuda al desarrollo de los pueblos del sur como parte de su cartera de servicios, a estos profesionales no se les reconocerá nunca el trabajo realizado, y cada vez que tomen la decisión de responder a la llamada de una ayuda al desarrollo o a una emergencia se volverá a iniciar un camino agotador cuesta arriba para conseguir este fin.

Para empezar debemos entender que la cooperación es un concepto bidireccional, donde lo que impera como ya dije anteriormente es el bien común, son las dos partes las que se benefician. Algunas iniciativas se empiezan a deslumbrar en este sentido, que apostarían por este compromiso institucional con el desarrollo de los servicios de salud de los países pobres. Acuerdos de colaboración entre hospitales o servicios de salud, donde no es el profesional a título personal el que participa debiendo hacer la petición formal a su director gerente para poder ausentarse de su servicio, sino que es el propio hospital el que participa y donde tu vas en calidad de trabajador de ese hospital, o sea, es el propio hospital el que te solicita tus servicios, y por lo tanto tus condiciones, a partir de este momento, cambian. En atención a las emergencias y grandes catástrofes en que la necesidad de especialistas es de un día para otro, es necesario que el estado, el Ministerio de Asuntos Exteriores encuadre estas acciones dentro de acuerdos de colaboración con los diferentes servicios de salud para poder disponer de sus profesionales con rapidez. También es una realidad que pediatras, cirujanos, anestesiólogos, traumatólogos, donde se encuentran cuando una catástrofe se desata es trabajando en los servicios de salud en sus respectivos países, por lo tanto se deberían hacer un esfuerzo en la agilización de estos trámites, para que sea realmente operativo. Pero este personal que trabaja en los programas de ayuda humanitaria o de desarrollo debe conocer aquellos aspectos diferenciadores que hace que su propia especialidad deba de adaptarse a la nueva situación: éstos van a trabajar en un medio con un escenario diferente, muy influenciado por la climatología y la orografía del terreno, encontrándose unidades sanitarias muy

desprovistas de equipamiento y sobre todo localizados en lugares muy remotos de los núcleos de población, que hace que una persona cuando toma la decisión de ir a un hospital rural/distrito, deba recorrer largas distancias que le supone un importante consumo no solo de tiempo, sino económico. Unidades sanitarias con sistemas de referencias poco operativos, que la posibilidad de traslado cuando supera tus capacidades sea bastante limitada. Nos vamos a encontrar a su vez con un paciente diferente, con unas barreras culturales importantes a la medicina que le vamos a ofrecer, así como unas condiciones sociales y económicas que harán que el acceso a los servicios de salud se demore en exceso. Las propias patologías, algunas diferentes a las que no estamos acostumbrados a ver en nuestros entornos, y otras que se manifiestan de diferente manera a como lo hacen en nuestro medio, si a esto le sumamos que los recursos diagnóstico y terapéuticos son bastante más básicos, todo esto nos lleva a una capacitación apropiada de los profesionales que trabajan en estos países.

El distrito, es la unidad funcional y estructural mínima de organización geopolítica que puede tener una gestión autónoma y donde encontramos el primer eslabón de acceso a los servicios de salud, el nivel primario así como el de referencia inmediato, el secundario. En éste se contempla la casi totalidad de los problemas de salud de un PVD, los cuales con una tecnología básica apropiada, se pueden solucionar más del 80% de estos problemas. Y es en el distrito donde se produce la mayor mortalidad en un país en desarrollo, dadas las condiciones socio-sanitarias en que viven la población y el aislamiento y desinterés que en general tienen los estados de éstos países por desarrollar estas áreas rurales, aisladas. Por esto pienso que la mejora de la salud en el distrito, así como de las condiciones de vida, debería ser una de las prioridades a la hora de diseñar estrategias de actuación para el desarrollo de los PVD.

Una gran olvidada cuando hablamos de la salud en el distrito, es la cirugía. Apenas ha existido inversión y apuesta real por parte de las agencias y ONGs internacionales por el desarrollo de la cirugía, cuando es bien sabido que en un distrito es la cirugía lo que da razón de ser y prestigio social a un hospital rural. Como ya dije anteriormente las medidas más efectivas para disminuir la mortalidad materna es desarrollando las capacidades obstétricas para garantizar un parto seguro y para ello necesitas un hospital con capacidades quirúrgicas, capaz de resolver un parto complicado. Varias publicaciones hablan en favor de la importancia de la cirugía en un distrito, así nos encontramos con que un 10% de la mortalidad global en medio tropical se debe a problema quirúrgicos (King & Bemis, 1993), siendo 2/3 de éstas, debidas a causas curables con recursos básicos. El 25% de las camas hospitalarias son quirúrgicas. Además un 10-20% de la patología urgente es operada (Nordberg, 1984). Una estrategia, cada vez

más aceptada, es la de formar al personal médico general/técnico, en habilidades quirúrgicas para atender a los problemas, al menos urgentes más frecuentes, ya que el conseguir un cirujano en cada hospital rural, dada la escasez de los mismos es una meta lejos de alcanzar, por el momento. Mozambique tienen un programa desde hace varios años con técnicos de cirugía muy interesante de ser estudiado para poder ser implantado en otros países, ya que este país ha sabido paliar tal situación de forma efectiva con la figura del técnico de cirugía, el cual tras un período de formación reglado de tres años se encuentran en condiciones para trabajar y resolver el 80% de los problemas quirúrgicos urgentes más frecuentes en un distritos. En un estudio realizado por la universidad de Toronto (Canadá) (Beveridge, Howard, Burton, Holder, 2003), se preguntaba a los diferentes profesionales de salud de los países de África del Este ¿Qué acciones reducirían la gravedad de las enfermedades quirúrgicas en África hasta el 2010? Éstas las podríamos resumir en cuatro apartados: acciones encaminadas a la formación del personal local, elaboración de protocolos de actuación para las patologías más prevalentes, aumento en el número de recursos humanos, así como mejora en el equipamiento de hospitales e investigación dirigida hacia a los problemas de salud más prevalentes. Todo esto a su vez lo podríamos resumir en una sola: Mejora de la Calidad de los Servicios de Salud.

Para responder y apoyar a estas cuatro estrategias es imperativo la participación de los profesionales de los servicios de salud de los países desarrollados, que deberían colaborar bajo el siguiente lema: “Enseñar trabajando, trabajar enseñando”. Existen dos tipos de profesionales, los que presta sus servicios por periodos largos y aquellos que lo hacen en períodos cortos los cuales se deben de enmarcar dentro de la lógica de una estrategia global a medio-largo plazo.

Todo esto que hemos hablado nos lleva a una profesionalización de los recursos humanos que trabajan en cooperación, dejando de lado la figura del voluntarismo, apostando bien por profesionales de la cooperación con dedicación a tiempo completo o profesionales de la salud con dedicación parcial, concededores de estas realidades y con aspectos claros que aportar, dentro de una estrategia global, estamos hablando del voluntariado profesionalizado. La implicación de las instituciones y sociedades científicas como garantes y transmisores del conocimiento científico son de gran utilidad y cambiarían el escenario del que estamos hablando. La Asociación Española de Cirujanos, está en vías de firmar un acuerdo de colaboración con el Ministerio de Salud de Mozambique (MISAU), para mejorar las capacidades locales en la atención al paciente politraumatizado y la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, ha denominado a su congreso nacional a celebrarse en junio del 2007, congreso solidario, donde el 0.7% de los beneficios del congreso se destinará a proyectos de desarrollo, y en

donde empiezan a aparecer conferencias y comunicaciones dirigidas a discutir la situación de las enfermedades respiratorias en estos países. Otra estrategia a desarrollar ya no solo es la cooperación bidireccional norte-sur, sino la sur-sur. Las similitudes que nos encontramos entre dos países del sur, facilita la adaptabilidad de las acciones y estimula a los países del sur tanto en su propio desarrollo como en el de sus países hermanos, entendiendo mejor su problemas y ofreciendo soluciones mejor adaptadas a sus recursos.

A modo de ejemplo quisiera reflejar parte de la experiencia que la ONG española, Consejo Interhospitalario de Cooperación, financiados por la agencia española de cooperación, (AECI) ha desarrollado en Angola y Mozambique en dos proyectos, por un lado apoyando al Programa Nacional de Cirugía de Mozambique, creado en 1997, a instancias del MISAU, cuyo objetivo fue conseguir una asistencia quirúrgica aceptable, equilibrada, razonable y económicamente sostenible. Este proyecto es un claro ejemplo de apoyo a las instituciones locales, mejorando los servicios públicos de salud. Y otro proyecto en Angola, apoyando al diseño y puesta en marcha de las especialidades de cirugía pediátrica y anestesiología en el Hospital pediátrico de Luanda, habiendo conseguido ya la segunda generación de especialistas angolanos en estas especialidades, formados en su propio país. Este proyecto, además de por lo dicho anteriormente, ha sido un claro ejemplo de como diversos hospitales españoles han participado en la formación de estos especialistas, mediante intercambio de profesionales, cirujanos, enfermeras y anestesistas, produciendo de esta manera un fortalecimiento de redes. Además de rotaciones de médicos residentes angolanos de seis meses en hospitales españoles, han desarrollado estancias de formación en el Hospital Central de Maputo (Mozambique), fomentando de esta manera la cooperación Sur-Sur.

Conclusiones

La ayuda humanitaria por parte de la comunidad internacional debería dirigirse según un enfoque global de la salud y no por enfermedades, fortaleciendo de esta manera los servicios de salud, es decir estrategias horizontales en vez de verticales, otorgando al estado el derecho y la obligación de garantizar ese derecho universal de acceso a los servicios básicos de salud. Esto nos llevaría a no entender la lucha de uno de los principales problemas de estos países, el SIDA, como un problema compartimentalizado, aislado, sino integrado en el resto de problemas de salud y del sistema público de salud, que debe velar por unos servicios de calidad para poder afrontar este problema con eficacia y garantía.

Una apuesta evidente por la investigación en salud, sobre todo en sistemas de salud, es otra de las conclusiones que quisiera dejar plasmado en este artículo.

Habría que preguntarse cuál de las dos posturas epistemológicas de búsqueda del conocimiento, si la cuantitativa, inspirada en las corrientes positivistas, o las cualitativas, inspiradas en las ciencias sociales, se adecuan mejor al objeto de estudio, y aunque estudiando fenómenos sociales, existen realidades objetivas susceptibles de cuantificación, generalmente cuando navegamos en el terreno de los significados y de las explicaciones sobre ciertos comportamientos, parece que es obvio que deberían imperar las técnicas de observación de una realidad social, ya que son las que mejor se adaptan. Un acercamiento entre estos dos paradigmas resulta más pragmático de cara a profundizar en el estudio de una realidad social en la que podríamos encuadrar el estado de la salud y sus condicionantes en una comunidad, que una disputa entre ellos por su predominancia (Esteban, 2007).

Políticas económicas más democráticas y sociales, desarrollando las capacidades locales, dándolas protagonismo y responsabilidades directas. Mejorar los presupuestos de los estados dirigidos a salud, mediante apoyos presupuestarios directos y mediante esfuerzos de los estados hacia sectores sociales en la línea de los objetivos de Abaja del 15% a salud. Los 250.000 millones de dólares que durante los años 2002 hasta 2005, EE.UU. destinó a la guerra de Irak, hubiesen sido suficiente para cubrir las necesidades básicas de salud de toda la población mundial durante seis años (King & Bemes, 1993). Contemplar los referentes culturales para definir e implementar estrategias y políticas de salud. Mediante el conocimiento e integración en contextos culturales específicos, esto nos llevará a nadar a favor de la corriente y no contracorriente como se ha venido y se vienen haciendo, consiguiendo de esta manera una mayor efectividad de nuestras acciones. Contemplar no solo la dimensión biológica de la enfermedad sino la social y la psicológica, ofreciendo un abordaje más integral del proceso salud. La cultura africana tienen muchos valores que enseñar a occidente, como el abordaje integral de la enfermedad, preocupándose no solo por el proceso patógeno o biológico en cuestión, sino también por la implicación que esa enfermedad está teniendo en la propia persona, la forma en que vive el propio individuo su enfermedad, y sobre todo la dimensión social de la misma, integrando el proceso en la propia comunidad, y desarrollando un sentimiento de solidaridad grupal, ya que no es sólo el individuo el que sufre el mal sino toda su familia, su comunidad. Aprovechar a los líderes locales y tradicionales para promover cambios conductuales y acceder a contextos específicos.

El progreso acentúa las desigualdades sociales, ya hemos visto que a este tren no todos los países se han podido subir en las mismas condiciones, observándose una muy diferente velocidad en la consecución del estado de bienestar entre unos países y otros, haciendo que las diferencias entre ellos aumenten. La falta de equidad en el acceso a los servicios básicos de salud divide la población con

más fuerza entre enfermedades de ricos y enfermedades de pobres.

Explorar nuevos enfoques y estrategias para mejorar la adhesión a los programas preventivos y la utilización de los servicios públicos de salud, es una tarea que nos corresponde a todos desarrollar y que es producto de una reflexión profunda que nos hacemos sobre los años que llevamos de trabajo en el desarrollo de los pueblos del sur. En definitiva mejorando la calidad de los servicios básicos de salud y mejorando el acceso a los mismos, con el máximo aprovechamiento de los recursos locales y otorgándoles a ellos el protagonismo de este proceso, como factores determinantes del nivel de salud de una población, debería ser el resumen de este capítulo.

Bibliografía

- BARIS E. (1998). *Defining and delimiting the boundaries of the alliance for health systems and policy research-background document*. Geneva: Alliance for Health Systems Research.
- BECERRIL G. (2002). "En Mozambique: Livro Branco da Cirurgia", Maputo: CIC/PNC.
- BEVERIDGE, MASSEY; HOWARD, ANDREW; BURTON, KIRSTEEN; HOLDER, WARREN (2003). "The Ptolemy project: a scalable model for delivering health information in Africa", in *British Medical Journal*. October 4; 327 (7418): 790–793.
- DA SILVA J. (1988). *Medicina Tradicional: Uma alternativa para melhorar os cuidados de saúde em Mozambique*. Tese de doutoramento em Antropología. Maputo: Univ. Eduardo Mondlane.
- DEPARTMENT FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (2005). *Fragile states: Defining difficult environments for poverty reduction, Policy Division. Aid to poorly performing countries: A critical review of debates and issues*. London: ODI.
- DÍAZ I. URÍA J.L. (2005). *Salud y Cooperación para el Desarrollo*. Vitoria: Servicios Centrales de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- ESTEBAN, M. L. (2007). *Introducción a la antropología de la salud: Aplicaciones teóricas y prácticas*. Bilbao: OSALDE
- ICRC – International Committee of the Red Cross (1995). *Landmines must be Stopped*. Geneva: ICRC.
- KING, M., & BEMES, P. (1993). *Primary Surgery*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- NORDBERG, E. M. (1984). Incidence of estimated need of caesarean section, inguinal hernia repair, and operation for strangulated hernia in rural Africa. *British*

Medical Journal.

OMS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALÚD (2003). *Salud Mundial: retos actuales*. Disponível na internet em <http://www.who.int/whr/2003/es>, consultado em 5 de Maio de 2006.

PAHO – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (2004). *Informe mundial sobre prevención de traumatismos causados por accidentes de tránsito*. Disponível na internet em <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/transito-lu.pdf>.