



10 años  
**Cáritas**



Objetivos de Desarrollo del Milenio 4, 5 y 6:

**SALUD PARA TODAS  
LAS PERSONAS**

## Índice

	<b>Introducción</b> .....	3
	<b>Ver...</b> .....	6
	<b>Juzgar y sentir a la luz del Evangelio y de la Doctrina Social de la Iglesia</b> ..	21
	<b>Actuar... porque otro mundo es posible</b> .....	25
	<b>¿Qué puedo hacer yo?</b> .....	45
	<b>Para conocer más</b> .....	46



◀ **Foto de cubierta:**  
© Paul Jeffrey - ACT Cáritas

Coordinado por el **Equipo de Sensibilización  
e Incidencia de Cáritas Española**

Edita: **Cáritas Española Editores**  
Embajadores, 162. 28045 Madrid  
Tel. 914 441 000  
[www.caritas.es](http://www.caritas.es)

Preimpresión e impresión:  
**Fiselgraf - XK. S.L.**

Depósito legal: **M 46.990-2010**



## Introducción

La buena salud es fundamental para el bienestar humano y el desarrollo económico y social de cada país. **Los Objetivos de Desarrollo del Milenio** relacionados con la salud apuntan a las principales enfermedades ligadas a la pobreza que están devastando a las poblaciones sin recursos, centrándose en la atención materno infantil y la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. Los países que están teniendo más problemas para alcanzar los ODM —la mayoría de ellos de África subsahariana— se enfrentan a muchos obstáculos que hacen difícil compaginar los programas dirigidos a enfermedades graves con la dispensación de atención primaria, el acceso al tratamiento del VIH/SIDA, expandir una red de agentes de salud comunitarios y desarrollar estrategias de salud pública preventiva, entre otras razones por la falta de formación de sus poblaciones y de un sistema fiscal distributivo y eficaz y la escasez de personal sanitario.



## Metas de los ODM para 2015

### **ODM 4: Reducir la mortalidad infantil**

Meta 1: Reducir en 2/3 la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años.

### **ODM 5: Mejorar la salud materna**

Meta 1: Reducir en 3/4 la tasa de mujeres que mueren durante el embarazo o el parto.

Meta 2: Lograr el acceso universal a la salud reproductiva.

### **ODM 6: Combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades infecciosas**

Meta 1: Detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA.

Meta 2: Lograr, para 2010, el acceso universal a tratamientos para el VIH/SIDA para aquellas personas que lo necesiten.

Meta 3: Detener y comenzar a reducir la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves.

*Mientras el mundo lucha contra la desaceleración económica y la globalización de las enfermedades y de las economías, la creciente demanda de atención a los enfermos crónicos y el envejecimiento de las poblaciones obligan a plantear la necesidad de una cobertura sanitaria universal y de una estrategia para financiarla*

Los Estados miembros de la OMS se han fijado el objetivo de desarrollar sistemas de financiación sanitaria para garantizar que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud y a la protección contra las dificultades económicas asociadas al pago de los mismos. Los gobiernos se enfrentan a tres cuestiones fundamentales sobre la llamada «cobertura sanitaria universal»: 1. ¿Cómo se tiene que financiar dicho sistema sanitario? 2. ¿Cómo pueden proteger a las personas de las consecuencias económicas de la enfermedad?, y 3. ¿Cómo fomentar el uso óptimo de los recursos disponibles?

En cuanto a la **cobertura sanitaria**, según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), solo una de cada cinco personas en todo el mundo está cubierta con una seguridad social amplia que incluya la pérdida salarial en caso de enfermedad, y más de la mitad de la población del mundo carece de todo tipo de protección social. Únicamente entre el 5 y el 10% de las personas está cubierto en África subsahariana y en Asia meridional, mientras que en los países de ingresos medios los índices de cobertura varían entre el 20% y el 60%.

Por otro lado, casi todos los países tienen una mala distribución de los trabajadores de salud, con mayor concentración urbana y con déficit rural, pero estos desequilibrios quizá sean más inquietantes desde una perspectiva regional. La región de las Américas, con una carga de morbilidad del 10%, concentra el 37% de los trabajadores sanitarios del mundo, que absorben más del 50% de la financiación sanitaria mundial, mientras que la región de África soporta el 25% de la carga, pero solo cuenta con el 3% de los trabajadores sanitarios, que pueden disponer de menos del 2% del gasto mundial en salud. En África, la salida de profesionales cualificados en medio de tantas necesidades sanitarias sin cubrir, sitúa a este continente en el epicentro de la crisis mundial de personal sanitario.



## 1. El mapa de la salud en el mundo en los últimos 10 años

Se estima que el hambre es la causa del 35% de todas las muertes de niños menores de cinco años a nivel planetario, cuya **subnutrición** les hace vulnerables a infinidad de enfermedades prevenibles. Aunque hay un ligero descenso desde 2005 (de 88 muertes por cada mil nacidos vivos a 57), solo 37 de los 143 países de ingresos bajos o medios de las seis regiones de la OMS<sup>1</sup> habrán cumplido esa meta para 2015.

**UNICEF** estima que, en apenas dos décadas, el número de niños que mueren antes de cumplir los 5 años se ha reducido en más de un 40%. Salvando las diferencias geográficas, este avance demuestra que es posible disminuir radicalmente la mortalidad infantil a un bajo coste

Sin embargo, todavía hoy 19.000 niños mueren cada día por causas prevenibles y aproximadamente la mitad de las muertes de niños menores de 5 años del mundo en desarrollo ocurren en el África subsahariana. O dicho de otro modo: las probabilidades de que un niño nacido en un país en desarrollo muera durante sus primeros 5 años de vida son 13 veces superiores a las de un niño nacido en un país industrializado.

Cerca del 20% de las muertes debidas a neumonía y enfermedades se hubieran podido prevenir mediante la **vacunación**. Cada vez más países están logrando niveles elevados de cobertura de inmunización en sarampión: en 2010, el 65% de los Estados miembros alcanzaron o mantuvieron

<sup>1</sup> Las regiones de la OMS son: Región de África, Región de las Américas, Región de Asia sudoriental, Región de Europa, Región del Mediterráneo oriental y Región del Pacífico occidental.



una cobertura del 90% o superior. Las muertes disminuyeron el 74%, en países de África, las Américas y el Mediterráneo oriental.

Para reducir las **muertes maternas** hay que ofrecer acceso a intervenciones eficaces y prestar una atención de buena calidad en materia de salud reproductiva. El ODM que persigue mejorar **la salud materna** establece la meta de reducir, en tres cuartas partes, la tasa de mortalidad materna para el año 2015.

Entre 2005 y 2011, la proporción de mujeres que recibieron **atención prenatal** al menos una vez durante el embarazo alcanzó el 81%, aunque si se considera el mínimo recomendado de cuatro consultas, esa proporción cae hasta el 55% aproximadamente.



El porcentaje de **partos atendidos** por personal de salud cualificado, elemento crucial para reducir la mortalidad perinatal, neonatal y materna, supera el 90% en tres de las seis regiones de la OMS, pero hay que ampliar la cobertura en determinadas regiones, entre ellas África, donde sigue siendo inferior al 50%.

La salud de las mujeres debe ser observada desde un prisma amplio, en razón de su naturaleza reproductiva y sus roles sociales y productivos. Según las Naciones Unidas, las muertes, lesiones y discapacidades relacionadas con el embarazo y el parto son los problemas más desatendidos del mundo. Además, las mujeres se ocupan, en general, de atender a los miembros de la familia, especialmente de los que no se valen por sí mismos (niños, enfermos, los afectados por alguna discapacidad, ancianos) y del cuidado del hogar, lo que exige un esfuerzo mayor y por tanto, un mayor riesgo de enfermedad, física o mental para ellas, especialmente en territorios en conflicto o donde tienen mayores limitaciones por razón de su sexo.

Las **enfermedades tropicales desatendidas** conforman un grupo de 17 enfermedades, 8 endémicas en 149 países, en los que afectan a más de 1.000 millones de personas.

Alrededor de la mitad de la población mundial está expuesta al **paludismo**, y se calcula que en 2010 hubo, aproximadamente, 216 millones de casos de la enfermedad, que provocaron la muerte de al menos 655.000 personas, de las que el 86% eran niños menores de cinco años.

En ocho países de África se redujo más del 50%, mientras que en 35 de los 53 países de mayor incidencia se registraron reducciones del 1,8% anual entre 2000 y 2009, solo con la **distribución de mosquiteros tratados con insecticidas** o la fumigación de hogares. Ahora es preciso mantener ese



nivel de cobertura para prevenir la reaparición de la enfermedad y su cortejo de defunciones.

La geografía de la **malaria** como enfermedad mortal también concentra en África el 89% de fallecimientos.

La pobreza está en el origen de la vulneración del derecho efectivo a la salud, el alto costo de los medicamentos, la falta de infraestructuras, la corrupción y falta de voluntad política, una red sanitaria deficitaria dedicada al tratamiento curativo pero sin capacidad preventiva ni educativa, y, en el caso de la malaria, la incapacidad de conseguir algo tan elemental como es una mosquitera tratada con insecticida.

Respecto a la **tuberculosis**, la mayor carga de la enfermedad se concentra en India, China, la Federación rusa y África. De nuevo, aunque la geografía de la tuberculosis no abarca a África en exclusividad, con el 24% de incidencia, sí es África subsahariana donde se da la mayor cantidad de casos por cada 100.000 personas: 490 en 2008 frente a 8,5 en las regiones desarrolladas. Desde 2006 disminuye lentamente el número anual de casos nuevos de tuberculosis en el mundo, y en 2009 el porcentaje llegó

al 87%, con lo que por tercer año consecutivo se superó el objetivo del 85% para 2015, establecido por primera vez por la Asamblea Mundial de la Salud en 1991.

Aunque las seis regiones de la OMS están en vías de cumplir la meta correspondiente de los ODM, la tuberculosis multirresistente sigue planteando problemas importantes.

Hay una gran incidencia asociada al VIH, especialmente en África que soporta alrededor del 70% de la carga mundial de infecciones por el VIH.

Se calcula que en 2010 se ha producido un 15% menos de contagios que en 2000, con 3,1 millones de personas afectadas.

A finales de 2010, según las estimaciones, 34 millones de personas vivían con el VIH, lo que supone un incremento con respecto a los años anteriores. Con la mejora del acceso a tratamientos en los países de ingresos bajos y medios (el número de personas atendidas en 2010 fue 16 veces mayor que en 2003), seguirá aumentando la población que vive con el

VIH, gracias a la supervivencia con tratamientos adecuados.

El mundo parece haber cumplido la meta de los ODM relativa al **acceso al agua potable**. En 2010, según datos de Naciones Unidas, el 89% de la población tenía acceso al agua potable frente al 76% en 1990. Sin embargo, no se ha avanzado igual en todas las regiones, quedando pendientes las regiones de África y del Mediterráneo oriental.

Por lo que respecta a los servicios básicos de saneamiento, el ritmo al





que se avanza actualmente es demasiado lento como para cumplir la meta correspondiente de los ODM. En 2010, 2.500 millones de personas (el 72% vivía en zonas rurales) carecían de instalaciones de saneamiento mejoradas y en las zonas urbanas el déficit va en aumento debido al rápido crecimiento de la población en ellas.

Aunque casi todos los países publican una lista de **medicamentos esenciales**, en los centros públicos de salud suelen escasear. En más de 70 países de ingresos bajos o medios, la disponibilidad de determinados medicamentos genéricos en los centros de salud es, en promedio, un 42% en el sector público y un 64% en el sector privado. Escasean especialmente los medicamentos destinados a tratar enfermedades crónicas no transmisibles. La falta de medicamentos en el sector público obliga a los pacientes a adquirirlos en el privado, donde los productos genéricos se venden a precios que por término medio son un 610% más alto que los precios internacionales. Esta escasez del sector público y los altos precios del sector privado abocan a muchas familias a una pobreza catastrófica, en particular a las que tienen algún miembro aquejado de una enfermedad crónica.

*Para finales de 2015, resulta obvio que queda mucho trabajo por delante para cumplir los ODM relacionados con la salud establecidos en 2000. Al mismo tiempo, el mundo afronta nuevos problemas que habrá que tener en cuenta a la hora de medir los avances después de dicha fecha*

## 2. VIH y SIDA, en la geografía de la pobreza

Cuando Naciones Unidas plantea los Objetivos del Milenio, es la geografía de la pobreza, su extensión e intensidad, su mayor visibilidad, lo que hace que emerja la urgente necesidad de propósitos mundiales de desarrollo

humano. La expansión y las consecuencias del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), junto a otras enfermedades infecciosas como la malaria (paludismo) y la tuberculosis, producen, o debieran producir, indignación por ser evitables.

Cuando hablamos de infección por VIH y SIDA es importante precisar y comprender que los conceptos no son sinónimos. Ser portador de VIH no significa tener SIDA, sino haber tenido contacto con el virus y no siempre el desarrollo de la enfermedad. Se puede permanecer sin síntomas y vivir de forma saludable durante toda la vida siempre que se detecte a tiempo y se tenga acceso, y esto es lo fundamental, a los medicamentos necesarios. El SIDA, en una etapa avanzada de la infección por VIH, se desarrolla por un deterioro del sistema inmunológico, una pérdida de capacidad de defensa ante determinadas enfermedades. La diferencia entre VIH y SIDA obliga al reconocimiento del derecho a la salud y garantiza el acceso a los tratamientos. Es la diferencia entre aquellos que pueden prevenir la infección y dignificar la vida con el virus y aquellos que por falta de medios desarrollan la enfermedad mortal.

Desde que aparece la epidemia de VIH, más de 60 millones de personas han sido infectadas por el virus y han muerto cerca de 30 millones de SIDA. En 2010 a los más de 30 millones de enfermos se suman 2,7 millones de personas que contrajeron la infección. Son cifras que hablan por si mismas pero que, seguramente, todavía están por debajo de la realidad debido a la dificultad que tienen muchos países para reportar la incidencia real de la enfermedad.

Respecto a enfermedades relacionadas como la tuberculosis, el *Informe Mundial sobre la Tuberculosis 2012*, publicado por la OMS, reconoce que continúa teniendo una enorme presencia a nivel mundial. Se calcula que en 2011 hubo 8,7 millones de casos nuevos, de los cuales el 13% fueron coinfectados por VIH, muriendo 1,4 millones de personas de las cuales 430.000 eran seropositivas. En el caso de la malaria, la mitad de la población del mundo corre el riesgo de contraer la enfermedad. Con 243 millones de enfermos, sin embargo el número de personas que fallecieron en 2008 no llegó a las 900.000, por debajo del SIDA y la tuberculosis.



© Sara A. Fajardo - Catholic Relief Services

**El drama tiene geografía, rostro y consecuencias.** Partiendo de una media entre referencias de mínimo y máximo número de personas con VIH/SIDA por grandes unidades geográficas, la expansión de la enfermedad está totalmente identificada con la pobreza, es decir, con la incapacidad de prevención y detección así como de acceso a medicamentos. De los 2,7 millones de contagios de 2010, casi dos millones son africanos. El SIDA reside en África y los países más afectados se sitúan en la zona subsahariana: Namibia, Bostwana, Zimbabwe, Mozambique, Sudáfrica, Kenia, Uganda y Tanzania. En edades comprendidas entre los 15 y 49 años, la prevalencia de la enfermedad en Europa se sitúa en el 0,3% frente al 6,1 en África llegando a superar el 15% en los países más afectados.

- Europa registra una media de 2.3 millones de personas.
- Mediterráneo oeste, 560.000 personas.
- América, 3 millones de personas.

- África, 22,9 millones de personas.
- Suroeste de Asia, 3,5 millones de personas.

El rostro del SIDA en África es de mujer, hombre joven y niño. En Bostwana, el 38% de las mujeres embarazadas en 2005 eran portadoras del VIH. En Sudáfrica, de una estimación próxima a 5,5 millones de afectados, 3,5 millones son mujeres y entre 190.000 y 440.000 niños, esta diferencia en la estimación da cuenta de la insuficiente detección de la infección. Diariamente, adquieren la infección más de 1.100 niños que se suman a una estimación cercana a los 3 millones y medio. Entre los fallecimientos de menores de 5 años, más del 95% se registró en países pobres: el SIDA es la principal infección mortal del mundo.

En medio del drama, también hay avances pero insuficientes. En 2010, en la población de menores de 15 años africanos subsaharianos enfermos, recibieron tratamiento médico entre un 9% y un 26%: de media supusieron 456.000 frente a 2.020.000 que no lo recibieron. Junto a una relativa estabilización de la propagación del VIH, la tasa de nuevas infecciones



sigue superando la expansión del tratamiento: se necesita urgentemente intensificar las medidas de prevención y tratamiento. Más del 90% de los niños con VIH se infectaron en la etapa fetal, cerca del momento del nacimiento o durante la lactancia, porcentaje que podría reducirse enormemente si se tratara a la madre embarazada con una terapia anti-retroviral.

¿Y las consecuencias? La primera es el drama de una vida que podría ser y se rompe, especialmente en la población infantil. Ya

hemos adelantado datos: dos tercios de los niños que mueren antes de los cinco años es por causas evitables, cinco países suman el 50% de la mortalidad infantil en el mundo, dos quintas partes de los niños murieron en el primer mes de vida...

El estigma del SIDA dificulta el acceso de niños a la escuela y para los 14 millones de huérfanos estimados por causa de esta enfermedad solo queda un futuro de explotación y tráfico de seres humanos.

Junto al drama del SIDA, a diferencia del resto de afectados, en mujeres y niñas se añade, en muchos casos, la experiencia de la violencia sexual y física, que está en el origen muchas veces del contagio.

*El alto coste de la atención sanitaria hace que las familias se endeuden entrando en el círculo vicioso de la pobreza y la mala salud, empeorando su situación*

La mortalidad en adultos disminuye la productividad familiar, empobrece los sistemas agrícolas, el estado de nutrición de los habitantes, la propia seguridad alimentaria. La previsión en Namibia es que, en 2020, este país haya perdido más del 25% de la mano de obra agrícola. En Botswana, el SIDA acaparará el 20% del presupuesto gubernamental y reducirá en un 13% los ingresos de los más pobres.

### **3. El derecho a la salud, el derecho a la atención de la enfermedad**

El artículo 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos dice que: «Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios». Se tiene, por tanto, derecho a vivir la vida de una forma digna.

El artículo 43 de la Constitución Española también recoge este derecho, su párrafo 1º dice: «Se reconoce el derecho a la protección de la salud». El

*Los estados tienen la obligación de generar las condiciones que permitan a las personas vivir lo más saludablemente posible. Esto implica servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, viviendas adecuadas y alimentos nutritivos. Se trata, por tanto, de promover una vida saludable*

párrafo 2º indica: «Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto».

Se reconoce, por tanto, no solo el derecho a ser atendido ante la enfermedad, sino a que se goce de una buena salud. Se reconoce el carácter preventivo, el cuidado de la misma para evitar o paliar la enfermedad. Tiene



derecho, toda persona, única e irrepetible, sin discriminación alguna por razón de sexo, procedencia, etnia, raza, religión o creencia, a que su vida y la de su familia, sea tan digna, que se encuentre amparada, en todo caso, contra las circunstancias que puedan atentar, de cualquier modo, de forma contraria a su salud.



Según la Organización Mundial de la Salud el derecho a la salud abarca cuatro elementos:

- **Disponibilidad:** contar con los establecimientos, bienes y servicios públicos de salud suficientes, así como de programas de salud.
- **Accesibilidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado Parte. Esta accesibilidad debe ser física, económica e informativa.
- **Aceptabilidad:** todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos con la ética médica y culturalmente apropiados, además de sensibles a los requisitos de igualdad entre hombres y mujeres.
- **Calidad:** todo lo anterior debe ser apropiado desde el punto de vista científico y médico, además de ser de buena calidad.

Como Derecho Humano, el derecho a la salud impone a los estados tres tipos de obligaciones:

- **Respetar:** exige abstenerse de injerirse en el disfrute del derecho a la salud.
- **Proteger:** exige adoptar medidas para impedir que terceros interfieran en el disfrute del derecho a la salud.
- **Cumplir:** requiere la adopción de medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud.

## 4. La realidad de la salud en España

El día 1 de septiembre de 2012 entró en vigor la ley que modifica el funcionamiento del sistema público de salud, aprobada en el Real Decreto





16/2012, y sus posteriores desarrollos. A falta de espacio para un análisis en profundidad, mencionaremos las cuestiones más significativas que se esconden detrás de esta medida.

Nuestro sistema sanitario, aun teniendo cosas que mejorar, aspiraba a constituirse como un sistema:

- **Universal:** dirigido a todas la personas, y accesible en igualdad de condiciones por todos.
- **Público:** propiedad de todos, dirigido por todos, a través de las instituciones políticas que elegimos para que gestionen lo que es de todos.
- **Gratuito:** financiado esencialmente vía impuestos, que pagamos todos en proporción a lo que ingresamos y no solo a través de las afiliaciones a la Seguridad Social.

La actual reforma es un claro retroceso en esos tres elementos, especialmente en el de la universalidad y en el de la gratuidad, y se prevé un proceso en aumento de la privatización en la gestión sanitaria por diferentes vías.

Se inicia una dualización del sistema sanitario, pues se crea un sistema de primera y otro de segunda. Unas personas son aseguradas, otras beneficiarias y otras quedan directamente fuera, teniendo que acogerse a un sistema especial por el que, además, hay que pagar<sup>2</sup> y que solo cubrirá las prestaciones más básicas, obligando a costear el resto de prestaciones.

La reforma aumenta la estigmatización de los colectivos más vulnerables y con mayor riesgo de exclusión social (como jóvenes desempleados, personas afectadas por enfermedades infecto-contagiosas, personas con discapacidad, enfermos de entornos rurales), así como de los ciudadanos extracomunitarios en situación irregular.

---

<sup>2</sup> 700 euros al año o 1.800 euros si se es mayor de 65 años.

Durante el mes de septiembre, algunas Cáritas comenzaron a recoger casos al respecto, veamos ahora algunos ejemplos. Todo lo dicho arriba no son reflexiones en abstracto, pues ya hay rostros. Los nombres son inventados, pero los hechos bien reales.

*Nelida, nicaragüense, en situación irregular presenta, entre otras cosas, tejido precanceroso en la matriz, diabetes e hipertensión. Antes, además del tratamiento farmacéutico recibía una revisión anual de la matriz. De momento le han dado cita con el ginecólogo para dentro de 3 meses, pero no sabe si le harán las pruebas de la matriz. Actualmente, su médico de cabecera no la atiende y tampoco lleva un seguimiento de su historial.*

*Oswaldo, nacionalidad guineana, en situación irregular. Enfermo trasplantado de riñón, antes de la reforma con medicación y seguimiento del trasplante en consultas externas. Ahora mismo, sin cobertura sanitaria, sin seguimiento médico, sin tratamiento hospitalario y sin medicación desde el 1 de septiembre de 2012.*

*Cosmin, de nacionalidad rumana en situación regular, padece osteoporosis crónica. Se estaba haciendo revisiones con especialistas para mejorar el diagnóstico y el tratamiento. Para renovar la tarjeta sanitaria, al no tener recursos, le piden una documentación de su país, imposible de obtener. No puede continuar las revisiones hasta que no tenga la tarjeta.*

Pero más allá de esto, en cuanto cambio de modelo en el sistema es un asunto que nos afecta a todos y a todas, en la medida en que hemos pasado de ser ciudadanos ejerciendo un derecho a ser asegurados recibiendo una contraprestación. Y ese cambio de modelo nos pone en un riesgo aún mucho mayor: Las sociedades europeas, hundiéndose sus raíces en el humanismo cristiano, comprendíamos que vivir en sociedad significaba «asegurar colectivamente los riesgos individuales». Y sobre este valor, construimos un modelo de sociedad. Esta y otras reformas se sustentan, también, en un cambio forzado de ese convencimiento colectivo, y probablemente corramos el riesgo de pasar a comprender la sociedad como un mero «sálvese quien pueda».

Nuestra acción cotidiana en los centros, servicios y en la red territorial de acogidas parroquiales empieza a encontrarse con situaciones de personas y familias a las que ya está afectando la situación, lo cual nos empuja a pensar las respuestas que, como Iglesia al servicio de los pobres, nos sentimos llamados a dar. Acciones que pasan, a la vez, por el trabajo de acompañamiento a esas personas afectadas y por la denuncia de una legislación injusta, que ha traspasado una línea roja, ante la que no es posible callar.



## Juzgar y sentir a la luz del Evangelio y la Doctrina Social de la Iglesia

El capítulo 15 del evangelio de Lucas muestra la preocupación por el más desvalido, por el más débil, por la oveja perdida. Y en su recuperación está el regocijo del Señor. Por eso, si Jesús vino a curar a los enfermos, a resucitar a los muertos, a hacer posible que los ciegos vean y los cojos anden, su legado para con nosotros es hacer lo mismo por los demás, cuidarnos unos a otros y, en especial, a los que más lo necesitan. Que optemos, preferencialmente, por los más pobres, porque su mejoría incrementa el bienestar de la mayoría.

En mayo de 2012, se celebró la Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra donde intervino el arzobispo Zygmunt Zimowski, presidente del Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud. En su discurso, el arzobispo reafirmó el apoyo de la Santa Sede a la Resolución WHA64.9 sobre las «Estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal», que urge a los Estados miembros a hacer accesible el cuidado de la salud a todos los ciudadanos con equidad y solidaridad.

*«Es importante instaurar, también en el campo de la salud, una verdadera justicia distributiva que garantice a todos, sobre la base de las necesidades objetivas, cuidados adecuados. Por consiguiente, el mundo de la salud no puede sustraerse de las reglas morales que deben gobernar para que no se vuelva inhumano»*

Benedicto XVI<sup>3</sup>

Monseñor aseguró que «en la tarea de promover la cobertura universal es necesario que valores fundamentales como la equidad, los derechos humanos y la justicia social sean objetivos explícitos de la política», haciendo a continuación un llamamiento en favor de una mayor solidaridad de los paí-

<sup>3</sup> Benedicto XVI (2010): *Mensaje a la XXV Conferencia Internacional del Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud*.



ses ricos hacia las naciones menos favorecidas, como Benedicto XVI afirma en *Caritas in veritate*.

Destacando el esfuerzo hacia la cobertura universal en materia de salud de la sociedad civil, reconoció el trabajo de más de 120.000 entidades sociales e instituciones para el cuidado de la salud patrocinadas por la Iglesia en todo el mundo, inspiradas por la caridad: «los esfuerzos y la contribución de estas organizaciones al acceso universal a la salud merecen reconocimiento y apoyo por parte de los Estados y la comunidad internacional, sin que se les obligue a participar en actividades que encuentran moralmente inaceptables, dado que su carácter específico debe ser respetado».

Cáritas Española defiende el derecho a la salud de las personas más vulnerables y, ante las nuevas medidas del gobierno, ha hecho pública una declaración sobre el derecho a la salud y las consecuencias sobre el mismo del *Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, aprobado en el Congreso de los Diputados.

A través de este comunicado, la Comisión Permanente de Cáritas Española se hizo eco de la honda preocupación de la Confederación Cáritas por el impacto que va a tener la aplicación de esta reforma, sobre la que días atrás se manifestaba también Cáritas Europa y otras organizaciones en la declaración: *El acceso a la asistencia sanitaria es un derecho humano básico*.

Ante la constatación de las situaciones de desprotección que ya están detectando muchas Cáritas, se alerta del riesgo de que determinadas decisiones se puedan estar llevando a cabo sin evaluar previa y suficientemente el impacto de dichas medidas sobre el sistema de garantía de derechos en el que se sustenta nuestra sociedad, ni su repercusión en los ciudadanos más vulnerables, de los que el Estado también es garante.





La Comisión opina que la reforma sanitaria supone un cambio de modelo que afecta fundamentalmente a las personas más desprotegidas, aumentando la estigmatización de los colectivos más vulnerables y con mayor riesgo de exclusión social así como de los ciudadanos extracomunitarios en situación irregular.

En ese sentido, ha indicado que la exclusión del sistema sanitario de las personas migrantes en situación irregular va a añadir un sufrimiento muy severo a un colectivo especialmente vulnerable y muy presente en la acción diaria de Cáritas, que no puede ser sacrificado con el argumento de la eficiencia. Recuerda, además, que el incremento de la irregularidad sobrevinida por la falta de empleo y la dificultad en la renovación de autorizaciones o de acceso al arraigo hace que el número de personas en esta situación crezca cada día.

Muestra también una especial preocupación ante la situación de las mujeres migrantes víctimas de violencia y mujeres en situación de trata con fines de explotación sexual en situación irregular, ya que su exclusión del sistema agrava y dificulta la prevención, detección, asistencia y protección de las víctimas, que, además no podrán aportar pruebas imprescindibles para que, en su caso, un tribunal pueda o no disponer una orden de alejamiento del agresor o una medida de protección a la víctima, poniendo en riesgo su seguridad y la de sus familias.

En cuanto a la búsqueda de la sostenibilidad perseguida por la reforma, Cáritas opina que si se han constatado prácticas abusivas de los servicios sanitarios, será necesario atajarlas, pero sin negar el derecho a la salud a personas que conviven y construyen nuestra sociedad.

En lugar de favorecer la articulación de una sociedad de acogida, integrada y diversa, estas medidas alimentan un discurso reduccionista y lleno de ries-

*Cáritas identifica con inquietud el inicio de una dualización del sistema sanitario, que supone ofrecer a los ciudadanos una cobertura distinta según el grupo de población al que se pertenezca*

gos, según el cual las personas migrantes que conviven y forman parte de nuestras comunidades son las responsables del deterioro socioeconómico actual, en vez de considerarlas las primeras y principales víctimas del mismo, tal y como lo comprobamos a diario en nuestros servicios de acogida y atención.

Señala que, de manera no explícita, se están sentando las bases para que surja un sistema estatal paralelo de beneficencia para las personas más vulnerables, que cuestiona el acceso igualitario a los servicios de atención y asistencia socio-sanitaria en todo el territorio y para toda la población.

La Comisión ha finalizado esta reflexión confederal recordando la Doctrina Social de la Iglesia, en la que de un modo claro y contundente se defiende la universalidad y la indivisibilidad de los derechos de las personas, también el derecho a la salud. «Tales derechos se refieren a todas las fases de la vida y en cualquier contexto político, social, económico o cultural. Son un conjunto unitario, orientado decididamente a la promoción de cada uno de los aspectos del bien de la persona y de la sociedad»<sup>4</sup>.

«La promoción integral de todas las categorías de los derechos humanos es la verdadera garantía del pleno respeto por cada uno de los derechos»<sup>5</sup>. Universalidad e indivisibilidad son las líneas distintivas de los derechos humanos: «Son dos principios guía que exigen siempre la necesidad de arraigar los derechos humanos en las diversas culturas, así como de profundizar en su dimensión jurídica con el fin de asegurar su pleno respeto»<sup>6</sup>.

<sup>4</sup> Pontificio Consejo Justicia y Paz (2005): *Compendio de la Doctrina Social de la Iglesia*, n. 154.

<sup>5</sup> Juan Pablo II (1999): *Mensaje para la Jornada Mundial de la Paz*, n. 3.

<sup>6</sup> Juan Pablo II (1998): *Mensaje para la Jornada Mundial de la Paz*, n. 2.



## Actuar... porque otro mundo es posible

### 1. Esfuerzos internacionales en la consecución de los ODM 4, 5 Y 6

#### Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años

Los avances en la supervivencia infantil están acelerándose. A pesar del crecimiento de la población, la cantidad de muertes de niños menores de 5 años ha disminuido en todo el mundo, desde más de 12 millones en 1990 hasta 7,6 millones en 2010.

Asimismo, los avances en los países en desarrollo también se han acelerado. África subsahariana, la región con el nivel de mortalidad más alto entre menores de 5 años, ha duplicado su tasa media de reducción, pasando del 1,2% al año entre 1990 y 2000 al 2,4% durante el período 2000-2010.



## **Objetivo 5: Mejorar la salud materna**

La proporción de mujeres embarazadas del mundo en desarrollo que recibieron asistencia, por lo menos una vez antes del parto, aumentó de un poco más de la mitad, a comienzos de los años noventa, a casi un 70% de ellas, diez años más tarde. Aún así, no ha disminuido el alto riesgo de muerte durante el embarazo o en el parto en el África subsahariana y el Asia meridional. A escala mundial, la mortalidad materna disminuyó menos del 1% por año, entre 1990 y 2005, muy por debajo de la mejora necesaria del 5,5% anual para alcanzar la meta.

## **Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades**

Datos de encuestas nacionales sugieren que la prevención del VIH en general ha sido exitosa, especialmente en la reducción del comportamiento sexual de riesgo. Los medicamentos antirretrovirales aumentan la expectativa de vida de las personas, pero la necesidad de tratamiento sigue siendo superior a la oferta disponible. Pese a pequeños logros, el SIDA continúa cobrando un terrible saldo de víctimas, especialmente en el África subsahariana. Especialmente allí, se pone en peligro no solo la vida individual y la subsistencia familiar —existen innumerables hogares monoparentales, regidos por viudas del SIDA—, sino la fuerza de trabajo para el desarrollo de cualquier país joven.

El importante aumento de la financiación y la atención del paludismo han acelerado las actividades de control del paludismo en muchos países, aunque algunos todavía están lejos de los objetivos mundiales, cuando no se alcanzó la meta de lograr en 2010 el acceso universal.

Desde 2002, en todo el mundo las tasas de incidencia de la tuberculosis han ido disminuyendo. Las proyecciones actuales llevan a pensar que la tasa de 1990 de mortalidad por esta enfermedad se habrá reducido a la mitad en el año 2015.



Todavía se necesita mejorar tanto la dimensión como la oportunidad del diagnóstico de tuberculosis activa y aumentar los índices de tratamiento satisfactorio.

Las muertes por paludismo han disminuido en todo el mundo. Desde el año 2000, la incidencia estimada del paludismo ha disminuido un 17% en todo el mundo. En este mismo período, las tasas de mortalidad debidas específicamente al paludismo han disminuido un 25%.

## 2. Proyectos de salud de Cáritas

Los proyectos que describimos a continuación están entroncados y se realizan en colaboración con todos los actores de la Iglesia local y órdenes religiosas presentes en la zona.

### 2.1. La República Democrática del Congo y Cáritas Española

La República Democrática del Congo es el país con menor índice de desarrollo humano del mundo, según el *Informe de Desarrollo Humano 2011* del PNUD. Esto significa un retroceso constante y progresivo del acceso a derechos para la población congoleña, como a cubrir las necesidades básicas, la alimentación y el agua, y el acceso a servicios básicos también, como la educación y la salud. El convenio que Cáritas Española y Cáritas Congo implementan en la capital del país, Kinshasa, tiene por objetivo principal reforzar las estructuras de salud de la ciudad para mejorar así la atención sanitaria que recibe la población.



La República Democrática del Congo es el segundo país más grande del continente africano, después de Argelia. Situado en la región de los Grandes Lagos, es un país tremendamente rico en recursos naturales, pero su índice de desarrollo humano se encuentra por debajo de la media del continente africano y muy lejos de los países que consideramos en vías de desarrollo.

La situación socio-económica de la República Democrática del Congo en la actualidad sigue empeorando a pesar de la esperanza suscitada por el proceso de democratización del país que no parece llegar nunca. A esto se suma un empeoramiento del conflicto bélico que sufren las regiones del este del país, donde la situación crónica de violencia hace imposibles dar pasos hacia un desarrollo sostenible.

Casi un 60% de la población vive por debajo del umbral de la pobreza (con menos de 1,25 euros al día) y la esperanza de vida media de la población se sitúa en los 48 años de vida.

El Estado no tiene capacidad de financiar la sanidad pública y la población no siempre puede acceder a cuidados sanitarios de calidad por su elevado coste.





Kinshasa es la capital y la mayor ciudad de la República Democrática del Congo con una población de 7.500.000 habitantes, siendo también una de las mayores del África subsahariana. Para la población congoleña y de Kinshasa, el acceso a la sanidad es difícil, cuando no imposible, ya que la salud es uno de los sectores más afectados por las crisis humanitarias y el conflicto interno que golpea el país desde hace más de 15 años. La falta de seguridad condiciona radicalmente el acceso a la salud de la población.

En este contexto, el trabajo que se realiza desde Cáritas Congo y los BDOM (Bureaux Diocesains d'Ouvres Medicales) se dirige a potenciar y mejorar la calidad de los servicios curativos y preventivos en todas las estructuras de salud que la Iglesia católica gestiona, siempre en concierto con el Estado.

Este convenio sirve para mejorar el acceso y la prestación de servicios de salud básica en Kinshasa, a través de 10 centros hospitalarios y del hospital general de referencia, St. Joseph, contribuyendo al cumplimiento de los ODM nº 4, 5 y 6: Garantizar la salud para todos. Para ello, se reforzarán las capacidades de los recursos humanos, el equipamiento y estructuras de algunos centros de salud y del hospital gestionado por el BDOM.

#### El proyecto afronta varios retos fundamentales:

- La sobre ocupación de los servicios de salud del hospital de referencia, por la alta densidad de población de las zonas periféricas de Kinshasa y la escasez de servicios en zonas periféricas.
- Las dificultades para mantener económicamente el equipamiento de salud, puesto que la población pobre que acude no puede pagar los servicios recibidos.
- El refuerzo de la prevención de la salud básica, sobre todo respecto a la salud preventiva en torno a la seguridad de las transfusiones sanguíneas y la higiene hospitalaria.

## 2.2. Territorios Palestinos y Cáritas Española

El contexto geopolítico en el que se desarrolla este convenio es el de los Territorios Palestinos de Cisjordania y Gaza. Estas dos zonas son de una especial complejidad a la hora de analizar la situación de los derechos sociales, políticos, económicos y colectivos de sus habitantes. Los Territorios Palestinos arrastran una historia reciente de conflictos, falta de paz y vulneración de los derechos humanos de la población.

Las implicaciones humanitarias de estas políticas son críticas y entre ellas podía destacarse un grave incremento de la malnutrición infantil, una vertiginosa caída en los niveles sanitarios de toda la población, grandes problemas en lo que se refiere a la utilización de vacunas y todo tipo de medicina preventiva, e incluso una acentuada falta de agua potable.

La población palestina suma casi ocho millones de personas, repartidas en los tres territorios: Palestina Cisjordania, y la Franja de Gaza. La proporción entre hombres y mujeres es similar aunque la esperanza de vida de las mujeres es ligeramente superior, 72 años frente a los 70 de los hombres. Las familias tienen cinco hijos por término medio pero más del 7% nacen con bajo peso. Solo hay datos registrados sobre mortalidad materna (45%) e infantil (25%) en Palestina.





Los niños son el 15% de la población, los jóvenes (hasta 15 años) suponen el 43% y los mayores de 65 el 3% del total. El porcentaje de desempleo en los Territorios Palestinos oscila entre el 20 y el 40%, siendo este mayor el de la Franja de Gaza, donde también se encuentra el mayor número de refugiados.

Los servicios de salud actuales no son capaces de proveer los cuidados necesarios en relación con las necesidades de la población, especialmente en el sector de cuidados especializados. Ante la capacidad reducida del sistema público de salud de proveer todos los servicios necesarios a toda la población, el Ministerio de Salud Palestino continúa remitiendo a los pacientes a otros lugares (Israel, Egipto y Jordania), con un importante desgaste de recursos.

Además, los servicios sanitarios facilitados no siempre cumplen con los estándares requeridos en términos de formación, equipamientos y de calidad en general. Esta baja calidad del servicio se debe en parte a las restricciones de movilidad que impiden un funcionamiento eficaz del sistema sanitario así como su correcta gestión.

Hay un total de 672 centros de atención sanitaria primaria en Palestina; 542 en Cisjordania y 130 en Gaza. El sector de las ONGD opera en 178 centros de salud pública y clínicas generales, 57 de ellos están en la Franja de Gaza y en Cisjordania<sup>7</sup>.

Para contribuir a la mejora del sistema público de salud es imprescindible el refuerzo de la salud comunitaria. Cáritas Jerusalén trabaja en este ámbito apoyada desde hace tres años por un convenio de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo en el que Cáritas Española también está contribuyendo activamente.

El principal objetivo de este Convenio de Salud es contribuir al fortalecimiento del sistema público de salud primaria en Gaza y Cisjordania. Sus tres ejes principales de actuación son:

---

<sup>7</sup> Ministerio de Salud Palestino (2009): *Estado de la Sanidad en Palestina. informe Anual 2008*.

- Reforzar la atención en salud primaria en Gaza y Cisjordania, con énfasis en la atención psicosocial y salud nutricional de enfermos crónicos.
- Fortalecer institucionalmente las estructuras de salud a través de la mejora de su capacidad de gestión y trabajo coordinado.
- Promover la salud comunitaria a través del empoderamiento de la sociedad civil para el ejercicio de sus derechos.

### **2.3. Cáritas Diocesana de Oviedo y su experiencia sanitaria en Camerún**

Mi nombre es Rosa y estudio 4º Grado de Enfermería en la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo. Desde que inicié mis estudios, escuché experiencias de otros compañeros y profesores (en cooperación sanitaria), se inició en mi la motivación de algún día poder vivir algo así y al final lo pude realizar. Tras casi dos meses de periodo de formación con Cáritas, inicié mi experiencia el día 14 de julio





del año 2012, volando hacia Camerún junto a mi compañera Marta, licenciada en Odontología.

Realicé mi trabajo diario en el Centro Hospitalario Dominicano San Martín de Porres, situado en el barrio de Mvog-Betsi, en la capital de Camerún. Realicé mi trabajo como enfermera en el quirófano del hospital, ayu-



dando a los cirujanos, anestésistas y al resto del personal en todo cuanto necesitaban; trabajé en la Farmacia colocando en las estanterías todos los medicamentos; colaboré con las matronas y auxiliares en la maternidad, atendiendo los partos y a los bebés recién nacidos, así como realizando las curas tras las cesáreas y vigilando que las madres tomaran la medicación a las horas indicadas, entre otras tareas.

Después de pasar dos meses en Camerún, mi reflexión final es la siguiente: ¿Por qué unos tenemos tanto y otros tan poco? ¿Quién o qué ha decidido que haya tantas diferencias entre los países que ocupan el hemisferio norte y los que ocupan el sur, como es el caso de Camerún?

Camerún es un país rico en materias primas, su riqueza cultural, gastronómica y paisajística es increíble, no por nada la llaman «La pequeña África». Tiene una extensión similar a España y el 70% de su economía se basa en el sector primario. ¿Por qué entonces un país con tantas riquezas tiene a sus gentes viviendo en casas a medio construir, sin las mínimas condiciones de salubridad y con una educación y una sanidad, que son los pilares de una nación, solo a disposición de unos pocos privilegiados?

Hospitales como el de Mvog-Betsi hacen que estas diferencias se acorten, al ser de los únicos hospitales (por no decir el único), que proporciona una asistencia sanitaria de calidad. Saber que los pacientes acuden a este

hospital, no solo por sus precios asequibles, sino por saber que no les van a dejar morir en un pasillo por no poder pagar un tratamiento, no deja de impresionarme.

La salud en Camerún es precaria, sobre todo para las mujeres y los niños, al fin y al cabo siempre los más perjudicados. Según datos de UNICEF del año 2009, 610.000 personas de todas las edades están afectadas por VIH en Camerún y 320.000 son mujeres. A pesar de que el tratamiento con antirretrovirales es gratuito, la falta de prevención y de conciencia de la enfermedad hace que muchas mujeres no realicen los tratamientos, con el consiguiente riesgo para su salud y la de sus hijos.

Esta experiencia de vida en Camerún supone para mí abrir los ojos a una realidad totalmente diferente a la nuestra. Entender y ver en primera persona que somos pocos los privilegiados y muchos los desfavorecidos, hace que me pregunte qué es lo que estamos haciendo mal y que me proponga, en mi futuro profesional como enfermera pero, sobre todo, como persona, aplicar todo lo que he aprendido en Camerún, que ha sido mucho más de lo que yo he aportado.

## **2.4. *Cáritas Diocesana de Canarias y su experiencia de salud en Mauritania***

Cáritas Diocesana de Canarias, dentro del Acuerdo Marco de Colaboración que mantiene con Cáritas de Mauritania, apoya al centro de salud de Dar Naim, gestionado por Cáritas desde hace más de 20 años en un barrio periférico de Nouakchott.

Se trata de un proyecto que apuesta y trabaja con los grupos vulnerables: mujeres embarazadas, niños menores de cinco años, enfermos crónicos (en particular, afectados por VIH, epilépticos, hipertensos y diabéticos...).

La finalidad de este proyecto es acercar la atención sanitaria a la población, ofreciendo cuidados de calidad, proporcionando una especial atención a la acogida y la escucha de la población.

Este objetivo se concreta a través de un Centro de Salud base y tres puesto más de atención dispersos en el territorio. A través de estas estructuras se desarrolla una importante labor en la atención sanitaria materno infantil y se concretan espacios de sensibilización, prevención y detección del VIH/SIDA, con el apoyo y acompañamiento a las personas que viven con esta enfermedad.

Asimismo desde el año 2003, se pone en marcha una Mutualidad de Salud, a través de la cual se crea un Fondo de Igualdad con el objeto de que enfermos con menos recursos puedan acceder a los servicios. Este fondo apoya también la escolarización y la formación profesional de los niños y jóvenes y se desarrolla un acompañamiento a familias marginadas que desean mejorar sus condiciones de vida.



© Caritas Mauritania

Esta mutualidad ha contribuido a que la población tome conciencia de la importancia de la salud. De esta manera, la percepción y la forma de pensar han ido orientándose hacia la importancia de los cuidados familiares, el beneficio común,... desde una labor educativa con las familias. Recogemos a continuación un testimonio de una persona perteneciente al proyecto:

Nosotros los mauritanos cuando hay una boda ahorramos para el dinero de la boda, cuando tu mujer está embarazada ahorras dinero para el cordero, ¡pero no se ahorra dinero para los enfermos!

Pero ahora existe la Mutua, hemos visto que el dinero es importante. Lo más importante es la salud.

Antes de esta Mutua le puedo asegurar que si tenía un niño enfermo ese día no teníamos para comer.

Es por eso que me he dado cuenta de que es muy importante estar ahí y decidí trabajar para la Mutua. Hemos convencido a la gente que hay que entrar en la Mutua (M'Barek Ould Bilal, miembro de la Mutualidad de Salud).

## Acciones de sensibilización en «Derecho a la Salud»

Dentro del marco de la campaña de Cáritas, *Amar a las personas, Amar su derechos*, desde el área internacional de Cáritas Diocesana de Canarias, se están desarrollando varias acciones de sensibilización y denuncia en torno al Derecho a la Salud y la incidencia que la actual reforma sanitaria está teniendo en la población inmigrante.

Una de las iniciativas desarrolladas ha sido, gracias a la colaboración de un voluntario de una Cáritas Parroquial, la elaboración de varias viñetas que reflejan situaciones en que se encuentra esta población.

Se trata de un recurso muy útil para sensibilizar sobre esta realidad en parroquias, colegios, centros de salud, etc.



Viñeta de José Luis Padilla

### **2.5. Cáritas Diocesana de La Rioja y su apoyo al Programa Nacional de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH/SIDA en la República Dominicana**

Este Programa nació de la colaboración entre unos profesionales sanitarios de Cáritas de La Rioja con las autoridades dominicanas que trabajan en prevención del SIDA.



Nuestra aportación fue pequeña en lo material, a través de aportes del Gobierno de La Rioja para adquirir medicación antiviral. Pero resultó decisiva para que las autoridades dominicanas diseñaran un programa a nivel nacional, que ha sido la base para la lucha contra esta enfermedad en ese país.

En 1999, se inició un proyecto en Cáritas Rioja, subvencionado por la comunidad autónoma, para dotar de un dispensario médico a la fundación OSCUS-San Valero, en el barrio Guaricano de Santo Domingo (República Dominicana). Durante la implementación de dicho proyecto, en el que se incluía un plan de educación y prevención del SIDA entre los estudiantes del centro, se constató la ausencia de atención a las personas que están conviviendo con el VIH, así como el miedo y desconocimiento entre los profesionales sanitarios. El gobierno dominicano no disponía de ningún medio para combatir la enfermedad, y los pacientes no tenían acceso a fármacos.

Durante la estancia de las personas desplazadas desde La Rioja al proyecto, se publicaron los resultados de un estudio, en África, sobre los beneficios de administrar Nevirapina, un fármaco antiviral, para prevenir la transmisión vertical (de la madre seropositiva al hijo). El medicamento se administraba a la madre unas horas antes del parto y al recién nacido en las primeras 24 horas de vida. Con un coste menor de 4 dólares, se disminuían, al menos, un 70% las posibilidades de que el niño fuera contagiado por el virus. Los resultados, como se ha ido conociendo posteriormente, mejoran de forma sustancial si, en vez de dar a luz por vía normal, se realiza una cesárea, y si al recién nacido se le alimenta con lactancia artificial, en vez de con leche materna.

El proyecto fue presentado a las autoridades dominicanas, que estaban preocupadas por la necesidad de hacer algo que llegara a la población. Cuando conocieron nuestra oferta de aportar la medicación necesaria, se diseñó lo que se llamaría el Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH (PNRTV).

Para su aplicación se requiere, entre otras cosas:

- Que exista previamente el hábito mayoritario de dar a luz en hospitales, lo que sí sucedía en la República Dominicana.
- Participación de los profesionales de los centros sanitarios, y que en cada hospital haya alguien que coordine el programa.
- Que en la maternidad se realicen test de VIH de forma sistemática, durante el embarazo, a todas las mujeres.
- Que en cada maternidad haya un grupo de apoyo (ONG, asociaciones de voluntariado, etc) que explique a todas las mujeres embarazadas la conveniencia de realizarse el test del VIH, comunique individualmente el resultado de la prueba, ofrezca la posibilidad de tratarse a las seropositivas, además de prestarles apoyo social, familiar, psicológico, etc.



Durante el primer periodo (1999-2000) se coordinaron los distintos organismos gubernamentales vinculados a la gestión y puesta en marcha del programa. En el año 2000 se comenzó a distribuir el medicamento en dos maternidades de la capital (Los Mina y Altagracia). En el año 2001, el tratamiento se

hizo extensivo a las ciudades de Santo Domingo y San Juan, San Francisco, La Romana, Puerto Plata y Barahona. En el año 2004, el programa ya se había consolidado en todo el país.

El organismo encargado de diseñar el programa, trasladarlo a todos los centros, divulgarlo entre los profesionales sanitarios y educadores de la Salud, y hacer el seguimiento del mismo es la DIGECITSS (Dirección General de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA).



Desde el comienzo de la colaboración en la República Dominicana conocimos la existencia de un centro en Puerto Plata, al norte del país, el CEPROSH, organismo dedicado a la prevención y tratamiento de personas con VIH/SIDA, colaboradora con Salud Pública, bien estructurado y con conexiones y programas financiados y reconocidos por entidades internacionales, como ONUSIDA. En este centro trabajaban dos cooperantes españoles. Con este grupo se ha colaborado para potenciar la creación de grupos de auto apoyo, el desarrollo de microempresas, la renovación de la maquinaria de una imprenta donde trabajan únicamente seropositivos VIH.

## ***2.6. Cáritas Diocesana de Menorca y su apoyo a la Salud en Líbano***

La asociación Centro de Solidaridad Social (CSS) es una organización sin ánimo de lucro, con sede en Saida (Sidón), Líbano. Fundada en 2005, tiene como Misión y Visión ofrecer ayuda en actividades humanitarias, culturales y en la realización de actividades de apoyo, tanto psicológico como material, a las personas que viven en condiciones de pobreza, respetando los acuerdos establecidos con donantes, promotores y Cáritas Menorca.

CSS investiga las necesidades de la población tratando de darles respuestas a través de sus diferentes programas o creando proyectos en coordinación con las entidades locales. Así pues trabaja en los sectores sociales, educativos y sanitarios para ayudar a mujeres, jóvenes, enfermos y familias que viven en condiciones de pobreza, sin preferencias o discriminación, en el campamento de refugiados palestinos, Ain El-Hilweh.

Un tercio de los refugiados palestinos registrados, aproximadamente 1,3 millones, viven repartidos en 58 campamentos en las zonas de Jordania, Líbano, Siria, Cisjordania y Franja de Gaza, donde se encuentran privados de los derechos básicos para subsistir con dignidad; alrededor de 420.000 de estos palestinos viven en Líbano repartidos en 12 campos de refugiados, lo que supone cerca del 10% de la población total del país.

La principal función de CSS es coordinar, colaborar y activar asociaciones locales que ya estén trabajando en el campamento, a lo que se suman objetivos como el acompañamiento de personas en el desarrollo de sus potencialidades y capacidades artísticas, deportivas, de desarrollo cultural y orientación científica y de salud. También importante es su labor para establecer centros para la gestión de proyectos sociales así como el apoyo a profesionales de la ciencia y la tecnología.

### **«Un rayo de vida» para las madres sirias refugiadas**

Desde 2005 y ante la necesidad local se comienza con un programa para mujeres embarazadas, partos, recién nacidos y niños a través del hospital Human Call (HCA), único hospital localizado dentro del campamento para refugiados palestinos que cuenta con una población de más de 80.000 personas.

La actual crisis económica, social y política que vive el país afecta mayoritariamente a la población refugiada y los colectivos más desfavorecidos. El efecto inmediato de esta situación crítica es la pérdida del poder adquisitivo de la población refugiada, acompañado de un aumento de los precios de los bienes y productos básicos y del incremento del paro de la población activa, que afecta en algunos campamentos a más del 50% de la población.

En el proyecto «Un rayo de vida» se incluye la ayuda en la consulta y realización de pruebas de ultrasonido a embarazadas de alto riesgo, ya sea en partos naturales o en cesáreas y el apoyo en cuidados intensivos para los recién nacidos, dando prioridad a quienes no tienen derecho a los servicios médicos de forma gratuita; en 2011 la previsión era que se beneficiaran unas 440 mujeres y se atendieran entre 70 y 75 partos.

El programa incluye charlas sobre el embarazo, sus riesgos y los cuidados que necesitan tanto la madre como el bebé, y enmarcadas dentro de una campaña en contra del parto en casa, de cara a disminuir la mortalidad materno-infantil y los riesgos posteriores al parto.



También se trabaja activamente en la promoción de la salud y la educación sexual con mujeres jóvenes del campamento.

CSS a través de «Un rayo de vida», además del apoyo médico, ofrece formación sanitaria, higiénica y de promoción de la salud, atención a bebés e hijos pequeños.

Subvenciona ecografías, partos y cesáreas de las mujeres con precariedad económica o que sufren pobreza extrema.

Debido a la gravedad de la situación y teniendo en cuenta que, aunque el campamento de Ain El-Hilweh es el más grande de la zona y cuenta con una mayor población, el proyecto «Un rayo de vida» tiene como finalidad el acompañamiento a los más pobres y se plantea en un futuro actuar en otros campos de refugiados cercanos.

Cáritas Diocesana de Menorca también colabora en el proyecto «El pan de cada día» de ayuda alimentaria y efectiva, con el que hasta el momento ha acompañado a 35 familias, y mantiene el objetivo de seguir colaborando y promocionando nuevos proyectos que ayuden al desarrollo de la población tanto a nivel social como económico dentro del campo de refugiados.



## **2.7. Cáritas Diocesana de Toledo y su apoyo a madres y niños seropositivos y enfermos de VIH/SIDA en Camerún**

El trabajo desarrollado por Cáritas Toledo en Camerún surge en colaboración con las Siervas de María, a través del Centro de Salud que gestionan en Widikum (Noroeste de Camerún) con capacidad para 100 pacientes, donde realizan campañas de educación, sensibilización y prevención de enfermedades como la malaria y el VIH/SIDA.

De esta colaboración surge la necesidad de trabajar en estrecha colaboración en cumplimiento del ODM 6 «Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades» que tan duramente afectan al continente africano y en particular a mujeres y niños.

Geográficamente, Widikum se encuentra situado en la provincia noroeste de Camerún, en la zona de habla inglesa, rodeada de montañas en plena selva que hacen difícil su acceso.

La población aproximada de la zona asciende a 15.746 habitantes según el último censo (2001), distribuida en 18 poblados. La mayor parte se dedica a la agricultura de subsistencia con unos recursos económicos muy precarios. Es en estos poblados donde se desarrolla el proyecto.

El proyecto pretende, a través de la educación, sensibilización, alimentación y tratamiento, frenar la pandemia que el virus del VIH está teniendo en la población joven de Widikum. Consiste en posibilitar el acceso a la alimentación y al tratamiento médico a los niños y adultos enfermos de VIH/SIDA, así como la prevención y la reducción de la transmisión de VIH/SIDA madre-hijo, sustituyendo la leche materna por leche en polvo y cereales en niños menores de 5 años.





El proyecto actúa en tres campos determinados. Por un lado, la **educación** a las madres infectadas (y sus parejas) sobre los riesgos y los medios de transmisión del VIH. Esta educación que se viene impartiendo de manera informal tres veces a la semana por las propias Siervas de María va dando buenos resultados.

En segundo lugar, está la labor de **ayuda humanitaria** de sustituir la leche materna por leche en polvo a los niños de entre 0 y 5 años de madres seropositivas. Muchos de los niños son huérfanos, sus padres han muerto de SIDA y se encuentran desnutridos y con bajo peso.

En tercer lugar, el proyecto recoge una actividad de **sensibilización y seguimiento continuo** a través de las monitoras de salud (siete en total) que se dotarán de medios para que en cada comunidad se encuentre un dispensario médico de atención primaria. Las monitoras de salud capacitadas y remuneradas serán las encargadas de aprovisionar a las madres de la leche en polvo y hacer el seguimiento del tratamiento para evitar el contagio del recién nacido. Aparte se les dotará de herramientas necesarias para acometer jornadas de sensibilización sobre el VIH en las diversas comunidades asignadas, teniendo un contacto fluido con el centro de salud.

Por último, se proporcionará tratamiento continuado de antibiótico y ácido fólico a los pacientes diagnosticados de SIDA. Esta medicación acompaña a los retrovirales que, desde mayo del 2007, es facilitada de forma gratuita a la población por el gobierno de la nación lo que supone una gran ayuda a la población más pobre, que aunque tiene acceso a los retrovirales no puede comprar Bactrim y ácido fólico sin los cuales los retrovirales no tienen el efecto deseado en los enfermos. Asimismo, la continuidad de la ayuda permitirá que los enfermos tratados puedan acceder a la analítica de continuidad que debe realizarse periódicamente cada 3 o 6 meses. Son muy pocos los que tienen recursos para hacerla ya

que el tratamiento y los desplazamientos son costosos sobre todo en los poblados más alejados y pobres que es donde se desarrolla el proyecto.

## **2.8. Cáritas Diocesana de Zaragoza favorece el apoyo psicosocial en Palestina**

Este proyecto, financiado por el Ayuntamiento de Zaragoza, se ha desarrollado con alumnos de las dos escuelas de Taybeh, Aboud, las seis de Gaza y las madres de estos alumnos, interviniendo sobre los traumas que, en el caso de los niños y jóvenes, pueden llegar en muchos casos a ser irreversibles de por vida. No hay que olvidar que los niños y jóvenes que viven situaciones de violencia hacia ellos pueden reproducir estos mismos comportamientos ante los que ejercen la violencia sobre ellos.

La situación de ocupación y en gran medida los efectos aislacionistas del muro de separación, ha incrementado todavía más la precaria y caótica situación en la que viven los palestinos, con los siguientes efectos nefastos: deterioro de las condiciones nutricionales, caída de asistencia a las escuelas y colegios por parte de los niños y muchachos, dramático descenso de la atención sanitaria lo que ha motivado un importante aumento de las



enfermedades mentales, aparición de la violencia doméstica y, en general, de la cohesión familiar, y otros muchos más. Esta situación es todavía más grave en Gaza, siendo cada vez más frecuentes los trastornos psicológicos y emocionales en los habitantes de estos territorios.

El programa desarrollado durante la ejecución del proyecto ha contemplado, en primer lugar, revisiones médicas para niños y adolescentes y tratamiento psicológico. Se han realizado seminarios con los alumnos de las escuelas de ambas zonas, para afrontar los problemas psicológicos, internos y externos, que afectan a su actitud y a sus resultados escolares. Asimismo, se han implementado talleres para los padres de los alumnos y para los profesores, en los que se les han ofrecido pautas para que puedan comprender y aconsejar a sus hijos y alumnos sobre los mencionados problemas. Se ha prestado especial atención a la mujer, desarrollando seminarios específicos para ayudarla a afrontar sus problemas y, por último, se han organizado una serie de actividades lúdicas para los niños en las salas preparadas al efecto dentro de los hospitales y en los campamentos de verano, para rebajar sus tensiones emocionales.



## ¿Qué puedo hacer yo?

Hacer una investigación en prensa, radio o televisión sobre la palabra salud. Cuánto aparece, en qué noticias, en qué contextos, qué se dice, para qué se cree que sirve la información, etc.

- Tormenta de ideas: Métodos no médicos para hacer que las personas estén más sanas.
- Realizar una investigación en las publicaciones especializadas en salud sobre qué enfermedades aparecen más y cuáles menos.
- Panel de frases: «La salud...».



## Para conocer más

- **Páginas web de interés:**

- *El Informe sobre la salud en el mundo 2012*, que al imprimir este boletín todavía no ha sido publicado, examinará el impacto de las investigaciones sanitarias. Durante los últimos años se han hecho esfuerzos internacionales continuos para alentar las iniciativas de investigación y de aplicación práctica de conocimientos en el campo de la salud pública. *El Informe sobre la salud en el mundo 2012* destacará también lo importante que es la realización de investigaciones sanitarias y la aplicación de sus resultados para ayudar

a fomentar comportamientos saludables:

[www.who.int/whr/es](http://www.who.int/whr/es)

- Página de la Campaña en España para los ODM:

[www.sinexcusas2015.org](http://www.sinexcusas2015.org)

- No dejéis de consultar la página web de Caritas Internationalis:

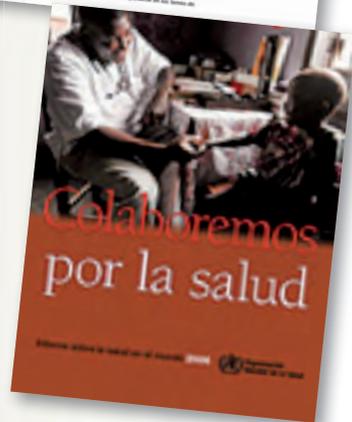
[www.caritas.org](http://www.caritas.org)

y de Cáritas Española:

[www.caritas.es](http://www.caritas.es)

así como nuestro blog:

[www.antes2015actua.com](http://www.antes2015actua.com)



- **Libros y documentos de interés:**

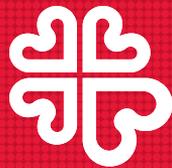
- *Cáritas Española defiende el derecho a la salud de las personas más vulnerables*. Publicado el 21.V.2012, accesible en: [www.caritas.es/noticias\\_tags\\_noticialInfo.aspx?Id=5778](http://www.caritas.es/noticias_tags_noticialInfo.aspx?Id=5778).
- *El acceso a la asistencia sanitaria es un derecho humano básico*: declaración conjunta de la Sociedad Civil sobre el acceso a servicios de salud para inmigrantes irregulares en España. Publicado el 16.V.2012, accesible en: [www.caritas.es/noticias\\_tags\\_noticialInfo.aspx?Id=5760](http://www.caritas.es/noticias_tags_noticialInfo.aspx?Id=5760).
- *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Informe de 2011 de Naciones Unidas. Accesible en: [www.undp.org/cu/documentos/MDG\\_Report\\_2011\\_SP.pdf](http://www.undp.org/cu/documentos/MDG_Report_2011_SP.pdf).

- **Películas de interés:**

- N.I.C (Noticiero Intercultural). *Vivir con nuestra tierra*  
Realizador: ACSUR - La Segovias  
Países: Bolivia- España  
Duración: 27 min.



Sinopsis: *Vivir con nuestra tierra* está integrado por tres videos documentales elaborados en Bolivia y España que abordan nuestra relación con la tierra desde tres ópticas diferentes. Desde el Alto (Bolivia) se reflexiona sobre las implicaciones que para la Madre Tierra tiene nuestro estilo de vida y proponen mantener viva la manera de relacionarse con la tierra de los pueblos originarios del altiplano boliviano. Desde Cochabamba (Bolivia), se hace un recorrido por la zona sur, el «patio trasero» de la ciudad, donde van a parar todos los desechos y de donde sale el gas y la energía eléctrica para toda Cochabamba. Paradójicamente los vecinos y vecinas de esta zona no cuentan con estos servicios básicos. Desde Ferrol (Galicia) se muestra cómo la ciudadanía organizada ofrece oposición y resistencia al funcionamiento de la planta de gas REGANOSA, por ser ilegal y por poner en peligro el medio ambiente y la vida en la Ría del Ferrol.



***Caritas***

[www.caritas.es](http://www.caritas.es)

[www.antes2015actua.com](http://www.antes2015actua.com)

