

# I Congreso de Cooperación Internacional de la OMC

2016

Cuadernos  
FCOMCI



OMC 

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA  
COOPERACIÓN  
INTERNACIONAL

1895-2015  
**120**  
ANIVERSARIO  
COMG  
COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE GRANADA

26 / 27 / 28 Noviembre - Granada

OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA



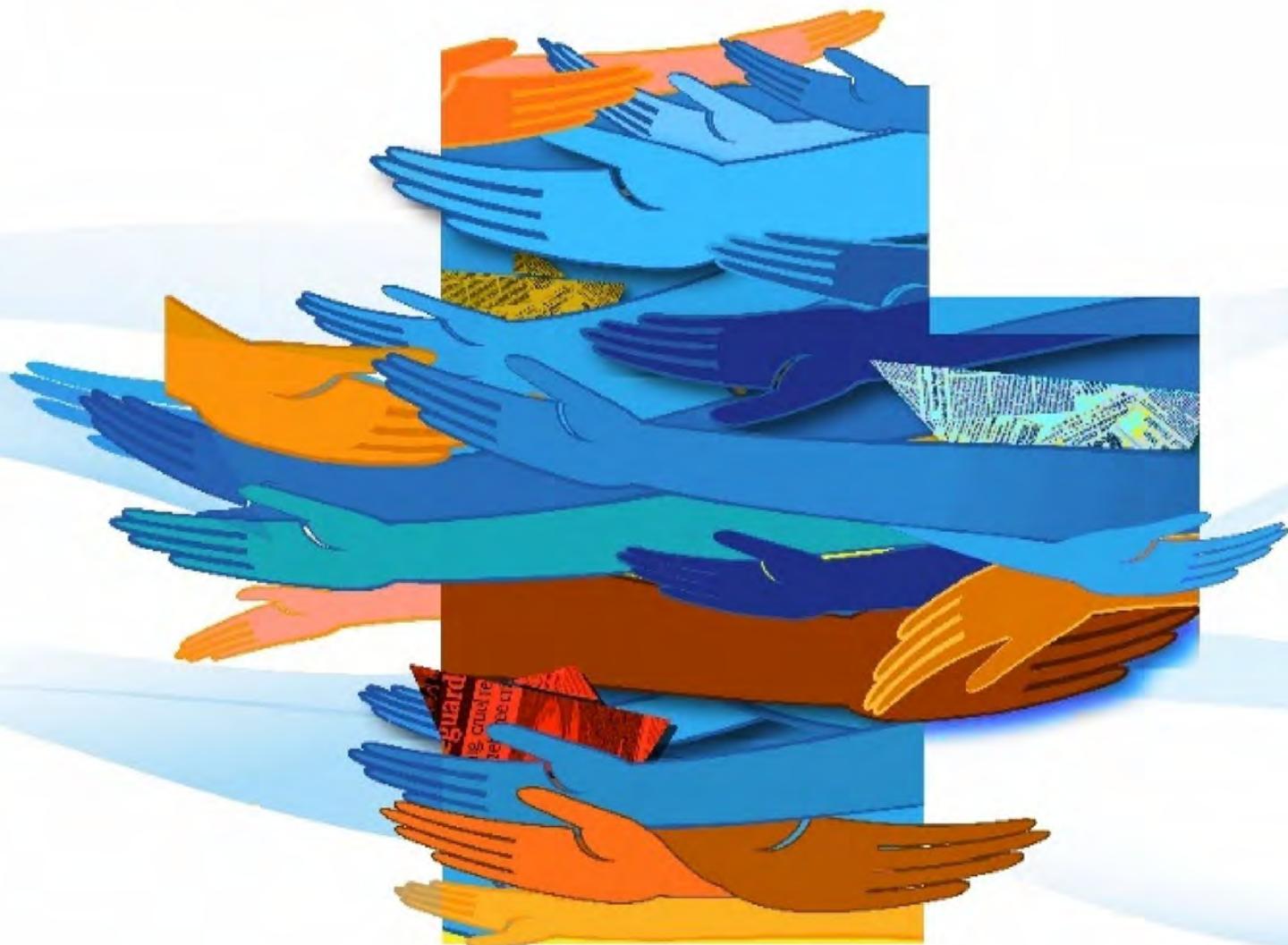
FUNDACIÓN PARA LA  
COOPERACIÓN  
INTERNACIONAL

# I CONGRESO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMC



Fundación  
de las Colegios Médicos  
para la Cooperación  
Internacional

26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA



Consejo General de Colegios  
Oficiales de Médicos de España





# Acto y Conferencia Inaugural

## **Dr. Juan José Rodríguez Sendín**

Presidente del Consejo Oficial de los Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM) y de la Fundación para la Cooperación Internacional de la OMC.

## **Dr. Javier de Teresa Galván**

Presidente del Colegio de Médicos de Granada.

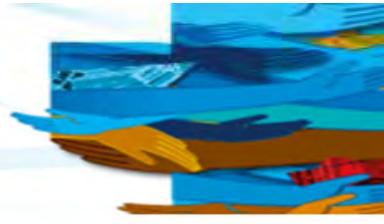
## **D. Aquilino Alonso Miranda**

Consejero de Salud de la Junta de Andalucía

# I CONGRESO DE COOPERACION INTERNACIONAL DE LA OMC



26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA





## D. Juan José Rodríguez Sendín

**Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM) y de la Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional (FCOMCI).**

El Dr. Juan José Rodríguez Sendín es licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Salamanca, y posee la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

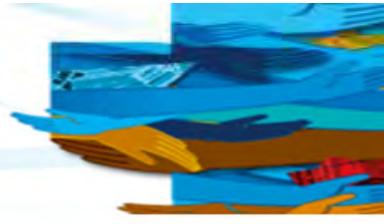
Entre otras titulaciones cuenta con un máster en Administración Sanitaria por la Escuela Nacional de Sanidad. Su experiencia laboral se ha desarrollado como médico del Cuerpo Nacional de Médicos Titulares, y desde 1983 forma parte del equipo de Atención Primaria de Noblejas (Toledo).

Entre otros méritos destaca ser: miembro de la delegación española en la Unión Europea de Médicos Generales (UEMO) de 1987 a 1992; fundador de la Sociedad Española de Médicos Generales y Familiar (SEMG) en 1988; presidente de la Sociedad Española de Medicina General (SEMG) de 1995 a 2001, así como miembro y fundador de la Fundación para la Cooperación Internacional Sanitaria de la SEMG-Solidaria. Miembro de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao desde 2010.

# I CONGRESO DE COOPERACION INTERNACIONAL DE LA OMC



26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA





## D. Francisco Javier de Teresa Galván

**Presidente del Colegio de Médicos de Granada y Patrono de la Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional (FCOMCI).**

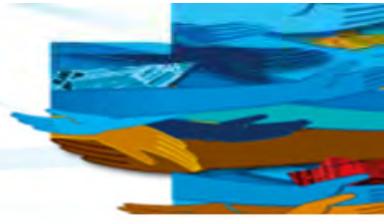
Nació en Madrid. Cursó la licenciatura de medicina en la Universidad de Granada, MIR de Digestivo en HU Virgen de las Nieves de Granada. Médico Adjunto, Jefe de Sección y Jefe de Servicio por oposición del mismo Servicio, Director de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Digestivo del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada (HUVN). Director de la UGC de Digestivo del Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Doctorado en medicina y profesor asociado de ciencias de la Salud, Departamento de Medicina, UGR. Miembro del Consejo Social de la UGR, Presidente de la comisión delegada de Premios del Consejo Social de la UGR.

Presidente del Ilustre Colegio oficial de médicos de la provincia de Granada desde 2008; Presidente de la Fundación del COMG; patrono de la Fundación de AMA; patrono de FIBAO; patrono de la Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional (FCOMCI) del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM).

# I CONGRESO DE COOPERACION INTERNACIONAL DE LA OMC



26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA

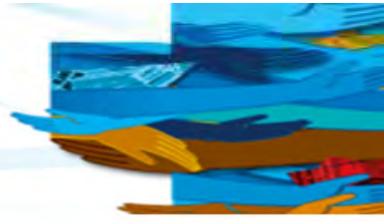




# I CONGRESO DE COOPERACION INTERNACIONAL DE LA OMC



26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA





Conferencia Inaugural:

# Los Retos de la medicina al servicio de las víctimas de los conflictos.

**Dr. Jose Antonio Bastos**

Presidente de Médicos sin Fronteras  
España.





## D. José Antonio Bastos Amigo

**Presidente de la organización médico- humanitaria  
Médicos Sin Fronteras España.**

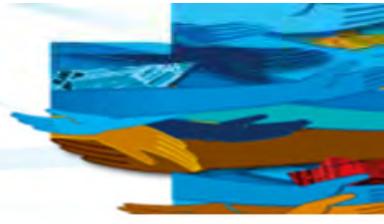
José Antonio Bastos (Jaca, 1961), médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, con Diploma en Enfermedades Tropicales (Madrid 1992) y Maestría en Salud Pública (Londres, LSHTM, 1999). Primera misión con Médicos Sin Fronteras (MSF) en 1991, dando asistencia a refugiados del norte de Iraq al final de la primera Guerra del Golfo.

Durante los siguientes años, también con MSF, participo en respuestas a emergencias en epidemias, hambrunas y guerras, en Somalia, Bolivia, Angola y Tanzania (Ruanda), entre otros. Después fue ocupando puestos de responsabilidad en MSF: Responsable de la Unidad de Emergencias (1995- 97) y Director de Operaciones de MSF España (1997-98) y Holanda (2000 – 2004), que le llevaron a viajar a Nigeria, Balcanes, Somalia, Etiopia y Chechenia. Tras una pausa de 2 años de trabajo clínico en Australia, regresó al trabajo humanitario con el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) en Paquistán, Iraq y Afganistán, entre el 2006 y el 2010. Desde 2010 es Presidente de Médicos sin Fronteras. El I Congreso de Cooperación Internacional de la OMC dará la Conferencia Inaugural.

# I CONGRESO DE COOPERACION INTERNACIONAL DE LA OMC



26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA





## Mesa:

# La intervención médico - humanitaria en la emergencia del Mediterráneo.

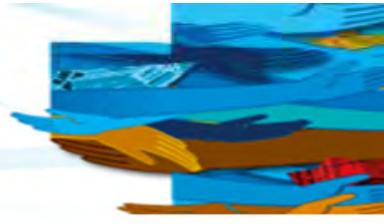
**Moderador:** Dr. Guillermo Vázquez,  
director de cooperación del Consejo  
Andaluz de Colegios Médicos.

- La intervención médico - humanitaria en el Mediterráneo.  
*Dña. Carmen Escalante*, delegada de Médicos sin Fronteras en Andalucía.
- Operaciones de rescate en el Mediterráneo en el Dignity I -barco de búsqueda y salvamento de Médicos Sin Fronteras.  
*D. Sammir Sayyad*, mediador sociocultural de Médicos sin Fronteras.
- Equipo de Respuesta Inmediata ante Emergencias de la Cruz Roja- Experiencia en Grecia.  
*Dña. Fátima Cabello*, delegada de Cooperación Internacional de Cruz Roja Española.
- Operaciones de búsqueda y rescate en los casos de inmigración por mar, secuencia de las mismas, actores implicados y dificultades.  
*D. Miguel Zea*, jefe del Centro de Coordinación de Salvamento Marítimo en Almería.

# I CONGRESO DE COOPERACION INTERNACIONAL DE LA OMC



26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA





# Mesa

## La intervención médico – humanitaria en la emergencia del Mediterráneo

### D. Guillermo Vázquez Mata Moderador

Director de Cooperación Internacional del Consejo Andaluz de los Colegios Médicos y miembro de la Comisión Técnica de la Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional (FCOMCI) del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM). Médico especialista en Medicina Interna. Su actividad asistencial se ha realizado en urgencias, medicina interna y especialmente en cuidados intensivos. Guillermo Vázquez Mata ha trabajado en diversos hospitales como Adjunto, Jefe de Sección y Jefe de Servicio. Su actividad docente como catedrático de medicina se ha llevado a cabo en la Universidad de Granada y en la Universidad Autónoma de Barcelona. Actualmente trabaja en cooperación internacional. Tiene una gran experiencia en los Países del Magreb, África Subsahariana, y Sudamérica. Es coordinador de cooperación internacional del Consejo Andaluz de Colegios Médicos, Presidente de la



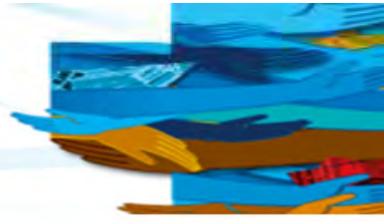
organización no gubernamental Medicina Andaluza Solidaria, y director del Curso de Medicina Tropical para Cooperantes del Instituto de Formación del Consejo Andaluz de Colegios Médicos (IFCAM).



# I CONGRESO DE COOPERACION INTERNACIONAL DE LA OMC



26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA





## Mesa

### La intervención médico – humanitaria en la emergencia del Mediterráneo

## Dña. Carmen Escalante

Delegada de Médicos Sin Fronteras en Andalucía, Extremadura, Ceuta y Melilla.

Licenciada en Periodismo (Facultad de Ciencias de la Comunicación, Universidad de Málaga). Maestría en Comunicación y Culturas (Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires), beca Mutis de la Agencia Española de Cooperación (AECI) y Curso de Corresponsales en zonas de conflicto (CAECOPAZ-UN).

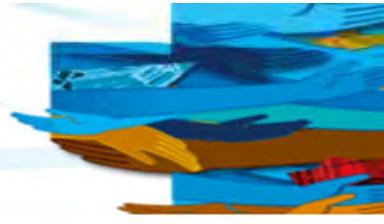
Ha trabajado en diferentes medios escritos destacando Diario SUR (Málaga, Grupo Boceto) y Página/12 (Argentina).

Dedicó varios años al trabajo con chicos de la calle en Buenos Aires y México D. F. con diferentes organizaciones (Médicos del Mundo / Fundación Alborada). Desde 2003 hasta la actualidad ha trabajado con Médicos Sin Fronteras desempeñando funciones de comunicación, testimonio y sensibilización en diferentes países (Argentina, Bolivia, Afganistán). Desde diciembre de 2007 ejerce como Delegada de Médicos Sin Fronteras para Andalucía, Extremadura, Ceuta y Melilla.

# I CONGRESO DE COOPERACION INTERNACIONAL DE LA OMC



26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA





## Mesa

### La intervención médico – humanitaria en la emergencia del Mediterráneo

#### D. Samir Sayyad

Mediador cultural a bordo del Dignity I, embarcación de Médicos Sin Fronteras

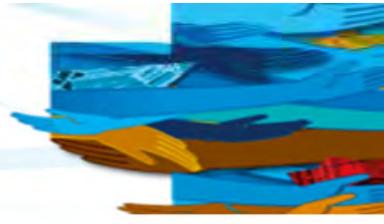
Operaciones de Salvamento marítimo en el Mediterráneo- Traductor y seguridad. Mediador cultural y traductor en las operaciones de rescate en el Mediterráneo.

Los barcos de MSF Dignita I, Argos y Phoenix (éste último junto a MOAS) trabajan en la zona de búsqueda y rescate, comprendida entre Vengase, Trípoli y la costa italiana. Anteriormente ha sido responsable de la estrategia, planificación e implementación de las acciones de captación de Médicos Sin Fronteras.

# I CONGRESO DE COOPERACION INTERNACIONAL DE LA OMC



26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA





## Mesa

### La intervención médico – humanitaria en la emergencia del Mediterráneo

## D. Miguel Zea Gandolfo

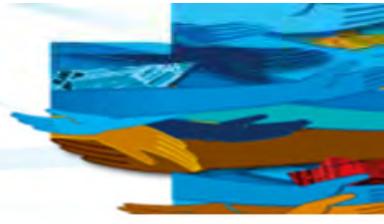
Jefe del Centro de Coordinación de Salvamento Marítimo de Almería.

Natural de Almería. Licenciado en Náutica y Transporte Marítimo por la Universidad de Cádiz y postgrado de Especialista en Derecho Marítimo Internacional por la Universidad Pontificia de Comillas. A lo largo de 10 años, ocupa puestos de oficial de la Marina Mercante en diferentes tipos de buques, asimismo tiene experiencia docente, tanto en el campo de la náutica profesional como en la deportiva. En 1995 ingresó en Salvamento Marítimo, y desde 1996 ocupa la plaza de Jefe del Centro de Coordinación de Salvamento Marítimo en Almería, llevando a cabo la coordinación de la ejecución de miles de operaciones de búsqueda, rescate y salvamento de personas y embarcaciones, así como de lucha contra la contaminación marina.

# I CONGRESO DE COOPERACION INTERNACIONAL DE LA OMC



26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA





## Mesa

### La intervención médico – humanitaria en la emergencia del Mediterráneo

## Dña. Fátima Cabello Sanabria

Delegada de Cooperación Internacional de Cruz Roja Española.

Delegada de emergencias de Cruz Roja y enfermera desde hace 20 años, he participado en diferentes misiones con las Unidades de Salud de Respuesta en Emergencias (ERU) de la Cruz Roja Española como en el terremoto de Gujarat (India) en el año 2001, terremoto de Pakistán 2005, Inundaciones en Haití 2008 o los terremotos de Haití y Chile en el año 2010.

Asimismo ha participado en operaciones de respuesta a epidemias tanto con Cruz Roja Española como con la Federación Internacional de la Cruz Roja, dentro de los equipos de evaluación y coordinación en el terreno (FACT) en la epidemia de cólera en Chad 2011, Cólera Haití en 2010 o Cólera Sudan del Sur 2013.

Recientemente ha formado parte del equipo de Salud en Emergencias de la Federación Internacional de Cruz Roja en Ginebra. Dentro de las últimas misiones que ha realizado, ha sido desplegada como Jefa del Centro de Tratamiento de ébola de la Federación Internacional de la



Cruz Roja en Kono, (Sierra Leona) y en los últimos meses ha participado en las Operaciones de Movimientos de Población Burundesa en Tanzania así como en la actual crisis migratoria en Europa desde Grecia



# Mesa: La Crisis del Mediterráneo desde la perspectiva humanitaria. La realidad de los refugiados.

**Moderador:** Dr. Juan Manuel Garrote, secretario del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM).

- Nos enfrentamos a la mayor crisis humanitaria y de refugiados desde la II Guerra Mundial.  
*Dña. Verónica Barroso*, responsable de Relaciones Institucionales y portavoz para temas de Crisis de refugiados de Amnistía Internacional.
- Migrantes con derechos.  
*Padre Ángel García Rodríguez*, fundador y presidente de la ONG Mensajeros de la Paz.
- Derecho internacional y políticas de asilo y migraciones en la denominada Crisis del Mediterráneo.  
*Dña. Cristina Gortázar*, profesora de la Univ. Pontificia de Comillas y experta en derecho internacional, asilo y migraciones.





## Mesa:

La Crisis del  
Mediterráneo  
desde la  
perspectiva  
humanitaria.  
La realidad  
de los  
refugiados.

**Moderador:** Dr. Juan Manuel Garrote, secretario del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM).

- Nos enfrentamos a la mayor crisis humanitaria y de refugiados desde la II Guerra Mundial.

*Dña. Verónica Barroso*, responsable de Relaciones Institucionales y portavoz para temas de Crisis de refugiados de Amnistía Internacional.

- Migrantes con derechos.

*Padre Ángel García Rodríguez*, fundador y presidente de la ONG Mensajeros de la Paz.

- Derecho internacional y políticas de asilo y migraciones en la denominada Crisis del Mediterráneo.

*Dña. Cristina Gortázar*, profesora de la Univ. Pontificia de Comillas y experta en derecho internacional, asilo y migraciones.





# Mesa

## La Crisis del Mediterráneo desde la perspectiva humanitaria. La realidad de los refugiados

**D. Juan Manuel Garrote Díaz**

**Moderador** Secretario del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM) y de la Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional (FCOMCI).

El Dr. Juan Manuel Garrote Díaz es Doctor en Medicina, “Cum Laude” – Título de tesis: Anciano Frágil y dependiente en una zona de salud rural. Es licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid, y posee la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina de Salamanca; Diplomado en Medicina Geriátrica por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología Española e International Association of



Gerontology. Diplomado en Sanidad. Escuela Nacional de Sanidad. Título experto en Ética Médica. Diplomado en Gestión Clínica. Su experiencia laboral se desarrolla como Médico Titular de Coca desde 2004.

Médico Titular Interino en la Zona Básica de Salud de Nava de la Asunción. Médico en Residencia Asistida de la Tercera Edad de Segovia. Coordinador Médico del Centro de Salud de Nava de la Asunción.







## Mesa

### La Crisis del Mediterráneo desde la perspectiva humanitaria. La realidad de los refugiados

#### Dña. Verónica Barroso

Responsable de Relaciones Institucionales y portavoz para temas de Crisis de refugiados de Amnistía Internacional.

Licenciada en Derecho por la Universidad de Alcalá de Henares. En 2011, Máster en Gobernanza y Derechos Humanos por Universidad Autónoma de Madrid (UAM) con la tesina de investigación sobre Asilo y Refugio en la UE, y en particular, en España. Es, desde septiembre de 2015, Responsable de Relaciones Institucionales de Política Interior en Amnistía Internacional.

Anteriormente ha sido, en la misma organización: Desde mayo a septiembre de 2015, Responsable de Países y Pena de Muerte en el área de Campañas e Investigación en Amnistía Internacional, siendo la responsable de Siria, e Irak; responsable adjunta en el área de Política Exterior; miembro de apoyo del área de política interior de Amnistía Internacional España, en la investigación sobre la vulneración de los derechos humanos de las personas migrantes, solicitantes de asilo y refugio en la frontera sur y análisis jurídico del nuevo Reglamento de la Ley Reguladora del Derecho de Asilo; técnico del proyecto



“Agenda de Derechos Humanos para la X Legislatura”. Asimismo ha sido voluntaria en el Campamento Internacional de Derechos Humanos en Lesbos, Grecia como activista en el equipo de refugio e inmigración de la Sección Española de Amnistía Internacional y voluntaria en el equipo de refugio e inmigración trabajando en temas que afectan a la población migrante y colaborando en la campaña SOS EUROPE con la Sección Española de AI.







## Mesa

### La Crisis del Mediterráneo desde la perspectiva humanitaria. La realidad de los refugiados

#### Dña. Cristina Gortázar Rotaeché

Asesora sobre extranjería e inmigración y experta en Derecho Internacional Público, Derecho de la Unión Europea y en Relaciones Internacionales. Licenciada en Derecho y Grado en CCEE por Comillas (1981), docente en la Facultad de Derecho de Comillas desde 1986, imparte diferentes materias del Área de Derecho Internacional y RRII en Grado, Postgrado y Doctorado y desde 1998 también en el Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones (Comillas). Titular de la Cátedra Jean Monnet de Comillas (2002), miembro de la Red ODYSSEUS y de la Red IMISCOE.

Miembro del Grupo de Investigación en Derecho de Extranjería de Comillas. Miembro de diversos comités científicos en sus áreas de conocimiento e investigación. Miembro desde 1998 del Consejo Editor de la revista *European Journal on Migration and Law*.

Asesora sobre extranjería e inmigración en diferentes instituciones públicas españolas y extranjeras. Miembro de la Red Scribani. Idem, SJM - España. Más de 40 publicaciones en libros o revistas sobre las materias de su





## Mesa

### La Crisis del Mediterráneo desde la perspectiva humanitaria. La realidad de los refugiados

#### D. Ángel García Rodríguez

Fundador y Presidente de la ONG Mensajeros de la Paz.

Ángel García Rodríguez, el Padre Ángel, nació el 11 de marzo de 1937 en el barrio mierense (Mieres-Asturias) de La Rebolleda. Estudió en el seminario de Oviedo, donde se ordenó sacerdote en 1961. Un año después fundó, junto al también sacerdote Ángel Silva, la Asociación Cruz de los Ángeles, donde acogían en hogares a niños abandonados. En 1972 se trasladó a Madrid para crear una asociación de ámbito nacional, Mensajeros de la Paz, que con el paso del tiempo se ha extendido por todo el mundo.

Su entrega a los demás y su labor humanitaria y cercana, han sido reconocidas con muchos premios, destacando el Premio Príncipe de Asturias de la Concordia, la Gran Cruz de Oro la Orden Civil de la Solidaridad Social, y la Gran Cruz de Oro de la Orden del Dos de Mayo, entre otras muchos premios y distinciones tanto en España como en el extranjero.



especialidad y más de cincuenta ponencias en diferentes foros científicos en Europa, América y África. Experta en Derecho Internacional Público, Derecho de la Unión Europea y en Relaciones Internacionales.







# Mesa:

## ¿Cómo se resuelve la crisis del Mediterráneo?: Planteamientos y responsabilidades.

**Moderador:** D. Rafael Estrella Pedrola, vicepresidente del Real Instituto Elcano.

- D. Jesús Núñez Villaverde, co-director del Instituto de Estudios de Conflictos y de Acción Humanitaria (IECAH).
- D. Juan Ávila, secretario general de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).
- Dña. Anna Terrón Cusí, experta en Unión Europea, relaciones internacionales, políticas de inmigración y movilidad internacional. Cofundadora y directora de Instrategies.





Mesa:

¿Cómo se  
resuelve la crisis  
del  
Mediterráneo?:  
Planteamientos y  
responsabilidades

**Moderador:** D. Rafael Estrella Pedrola,  
vicepresidente del Real Instituto Elcano.

- D. Jesús Núñez Villaverde, co-director del Instituto de Estudios de Conflictos y de Acción Humanitaria (IECAH).
- D. Juan Ávila, secretario general de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).
- Dña. Anna Terrón Cusí, experta en Unión Europea, relaciones internacionales, políticas de inmigración y movilidad internacional. Cofundadora y directora de Instrategies.





## Mesa

# ¿Cómo se resuelve la crisis del Mediterráneo?: Planteamientos y responsabilidades

### D. Rafael Estrella Pedrola

**Moderador** Vicepresidente del Real Instituto Elcano y presidente de la Red Iberoamericana de Estudios Internacionales (RIBEI).

Licenciado en Geografía e Historia por la Universidad de Granada. Ha sido Senador (1979-1993) y Diputado (1993-2006) en representación de la provincia de Granada. Miembro del Parlamento Europeo (1986-87). Experto en relaciones internacionales, presidió la Comisión de Asuntos Exteriores del Senado y ha sido Portavoz del Grupo Socialista en la Comisión de Asuntos Exteriores del Congreso de los Diputados. Presidente de la Asamblea Parlamentaria de la OTAN durante los años 2000-2002. Entre 2007 y 2012 fue embajador de España en Argentina.





## Mesa

### ¿Cómo se resuelve la crisis del Mediterráneo?: Planteamientos y responsabilidades

#### D. Jesús Núñez Villaverde

Co-director del Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria (IECAH). Economista y militar (retirado). Codirector del Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria (IECAH).

Especialista en temas de seguridad, construcción de la paz y prevención de conflictos, con especial atención al mundo árabo-musulmán. Profesor de la Universidad Pontificia Comillas. Presidente del Comité Español de la UNRWA (Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados Palestinos). Miembro del International Institute for Strategic Studies (IISS), Londres, desde 1993.

Consultor del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en el ámbito de la construcción de la paz y la prevención de conflictos violentos.

Vocal del Comité Directivo de Encuentro Civil EuroMed (ECE), desde su creación en 2008. Colaborador en diferentes medios de prensa escrita (El País, El Mundo, Le Monde Diplomatique (ed. española), La Vanguardia, El Correo, Servicio Informativo de Radio Nederland, Clave,



Cambio16, Capital), de radio (Radio 5, Radio Nacional de España, Cadena Ser, Com Radio Catalunya, Radio Gallega, Radio 3, Canal Sur Radio, Radio Valenciana, COPE, Onda Cero, COPE y servicios de información exterior de la BBC, Radio Francia y Radio Nacional de Holanda), y de televisión (CNN+, TVE, Cuatro, Tele 5, Antena 3, El Mundo TV, TVG, Telemadrid, Euskal Telebista, Canal 9, Bloomberg, Localia TV, BECA).







## Mesa

### ¿Cómo se resuelve la crisis del Mediterráneo?: Planteamientos y responsabilidades

#### Dña. Anna Terrón Cusí

Experta en Unión Europea, relaciones internacionales, políticas de inmigración y movilidad internacional. Cofundadora y directora de Instrategies y Asesora Especial de la Comisaria Europea para Asuntos de Interior, Cecilia Malmström.

La trayectoria profesional de Anna Terrón en el ámbito público se ha centrado principalmente en la Unión Europea y el escenario internacional. Ha trabajado en Ponentes del I Congreso Cooperación Internacional OMC. 26,27 y 28 de Noviembre de 2015 en el Colegio de Médicos de Granada. 7 distintas instituciones europeas, de la Administración del Estado y autonómica, desarrollando un conocimiento profundo de las instituciones comunitarias y de sus procedimientos, así como de las relaciones interadministrativas.

En el ámbito internacional, ha desarrollado buena parte de su actividad en las áreas de Oriente Medio y Magreb, África atlántica e Iberoamérica. Además, ha trabajado en el ámbito de las migraciones internacionales y la movilidad de las personas por razones económicas. Ha sido



Secretaria de Estado de Inmigración y Emigración del Gobierno de España, y Secretaria para la Unión Europea de la Generalitat de Catalunya y Delegada del Gobierno catalán ante la Unión Europea.

Ha sido miembro del Comité de las Regiones, siendo portavoz en la Comisión de Ciudadanía, Gobernanza y Asuntos Institucionales y Exteriores. Durante dos legislaturas, fue diputada del Parlamento Europeo, ejerciendo de portavoz del Grupo del Partido Socialista Europeo en la Comisión de Libertades y Derechos de los Ciudadanos, Justicia y Asuntos de Interior, miembro de la Comisión de Exteriores y de la Comisión de Comisión de Industria, Comercio Exterior, Investigación y Energía.







## Mesa

### ¿Cómo se resuelve la crisis del Mediterráneo?: Planteamientos y responsabilidades

#### D. Juan Ávila Francés

Secretario General de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).

Licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad Autónoma de Madrid. Entre 1993 y 2001 trabajó como asesor del Defensor del Pueblo, hasta que fue nombrado delegado de la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha en Cuenca. En 2003 fue elegido concejal del Ayuntamiento de Cuenca, para más tarde convertirse en alcalde de Cuenca de 2011 a 2015. Entre 2007 y 2011 desempeñó el cargo de presidente de la Diputación Provincial de Cuenca.





# La cooperación internacional. Una visión desde Andalucía.

**Presentación:** Dr. Juan José Rodríguez Sendín, Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM).

- **Ponente:** Dña. María José Sánchez Rubio, Consejera de Igualdad y Políticas Sociales Junta de Andalucía.





## Conferencia:

# La cooperación internacional. Una visión desde Andalucía

**Dña. María José Sánchez Rubio**

Consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales desde el 2013 hasta la actualidad. Licenciada en Psicología y diplomada en Trabajo Social y Gerontología. Funcionaria de carrera desde 1978, pertenece al Cuerpo de Administradores Generales de la Junta de Andalucía.

Con una dilatada trayectoria en la Administración autonómica vinculada a los servicios sociales, Sánchez Rubio ha sido delegada del Gobierno de la Junta en Granada (2010-2013); delegada de Asuntos Sociales en la misma provincia (1997-2003), y jefa del Servicio de Gestión de Servicios Sociales de la Delegación de Igualdad y Bienestar Social. También fue concejala en el Ayuntamiento de Granada (2003-2004) y parlamentaria en el Congreso de los Diputados (2004-2010). En esta última etapa, fue portavoz de la Comisión de las Políticas



Integrales para la Discapacidad y portavoz adjunta de la Comisión de Seguimiento y Evaluación de los acuerdos del Pacto de Toledo.

La trayectoria profesional de María José Sánchez Rubio ha sido reconocida con distinciones como el Premio Nacional del Trabajo Social 2011, el Diploma de Honor e Insignia de Oro de Trabajo Social (2010) o el premio CAMF de Oro de la Confederación Andaluza de Discapacidad Física (2002).

Es vicepresidenta primera de la Ponentes del I Congreso Cooperación Internacional OMC. 26,27 y 28 de Noviembre de 2015 en el Colegio de Médicos de Granada. 8 Fundación del Parque Tecnológico Ciencias de la Salud de Granada y miembro nato del Comité Provincial de Cruz Roja.







# Panel de Experiencias: Ejemplos de excelencia de organizaciones.

**Moderador:** Dr. Jerónimo A. Fernández Torrente, vicesecretario Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM)

- Chad. Energías Alternativas ¿Un modelo Válido en África? Dr. Mario Ubach Servet, presidente Misión y Desarrollo para Goundi.
- República Centroafricana: Las ONGs ante los retos de la globalización. D. Miguel Aguirre Muñoz, presidente Fundación Bangassou.
- Sierra Leona: Un hospital rural frente al Ébola. Hno. Michael Koroma de la Orden San Juan de Dios en África.
- Cirugía, el gran déficit en el África Subsahariana. Dr. Tomás Cobo Castro, presidente Colegio de Médicos de Cantabria.





## Panel de Experiencias: Ejemplos de excelencia de organizaciones

**Moderador:** Dr. Jerónimo A. Fernández Torrente, vicesecretario Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM)

- Chad. Energías Alternativas ¿Un modelo Válido en África? Dr. Mario Ubach Servet, presidente Misión y Desarrollo para Goundi.
- República Centroafricana: Las ONGs ante los retos de la globalización. D. Miguel Aguirre Muñoz, presidente Fundación Bangassou.
- Sierra Leona: Un hospital rural frente al Ébola. Hno. Michael Koroma de la Orden San Juan de Dios en África.
- Cirugía, el gran déficit en el África Subsahariana. Dr. Tomás Cobo Castro, presidente Colegio de Médicos de Cantabria.





# Panel de Experiencias: Ejemplos de excelencia de organizaciones

## D. Jerónimo A. Fernández Torrente

**Moderador** Vicesecretario del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM) y de la Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional (FCOMCI).

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Santiago de Compostela, y posee la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Posee un Máster Postgrado en Métodos Estadísticos Aplicados a Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Barcelona.

Su experiencia laboral se desarrolló como médico general por concurso oposición desde el Año 1977, con ejercicio profesional como Médico de Cupo y zona en Villalba. (Lugo), (1977– 1981). Desde 1981 hasta la actualidad desarrolla su ejercicio profesional en Lugo (Capital) como Médico General. Desde 1988 es Médico General integrado

# I CONGRESO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMC



26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA



en equipo de Atención Primaria del Centro de Salud “La Milagrosa”. (Lugo).







## Panel de Experiencias: Ejemplos de excelencia de organizaciones

### D. Mario Ubach Servet

Presidente de la Asociación Misión y Desarrollo para Goundi. Cirujano general. Experto en medicina y cirugía en países en desarrollo. Director de la ONG Misión y desarrollo para Goundi.

Es colaborador de la Facultad Católica de Medicina de N'Djamena en el Chad y ha sido galardonado con el Premio a la Excelencia Médica en Humanidades y Cooperación del Colegio Médico de Barcelona.

### Ponencia –

## Chad. Energías Alternativas ¿Un modelo Válido en África?

En las zonas rurales en los países en desarrollo, los hospitales solo tienen electricidad mediante grupos electrógenos que solo funcionan por las mañanas, con un su alto coste económico y sin la esperanza de que los tendidos eléctricos de alta tensión sean suficiente.

El hospital de Goundi, dentro de su proyecto integral, ha puesto en marcha una central de energía eléctrica de ciclo combinado que asegura luz las 24 horas del día tanto al hospital como al pueblo de Goundi. Esta innovación está cambiando la actividad del pueblo.





## Panel de Experiencias: Ejemplos de excelencia de organizaciones

### D. Miguel Aguirre Muñoz

Presidente Fundación Bangassou. Licenciado en Medicina y cirugía por la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba en 1981. Médico de Familia, Vocal de la Comisión de Cooperación y Solidaridad del Excmo. Ayuntamiento de Córdoba, ponente en seminarios y cursos sobre Solidaridad y Cooperación en la Facultad de Medicina de Córdoba, Colegios Profesionales y Colegios públicos y privados. Es Presidente de la Fundación para la Promoción y el Desarrollo de Bangassou, entidad sin ánimo de lucro, con el único objeto de canalizar todo tipo de ayudas, tanto económicas como materiales, para la promoción, desarrollo y ejecución de proyectos de protección sanitaria y social para la necesitada población de Bangassou.

### Ponencia –

## República Centroafricana: Las ONGs ante los retos de la globalización.

El trabajo de esta ONG en la República Centroafricana, inmersa actualmente en enfrentamientos étnico y religiosos, ha permitido al hospital itinerante de Bangassou adquirir experiencia sobre los retos que se deben de afrontar en estos nuevos contextos cambiantes; esta experiencia es extensible a otras ONG que deban de afrontar los retos de la globalización que afecta a muchos países de África.





## Panel de Experiencias: Ejemplos de excelencia de organizaciones

### D. Michael Koroma

Hermano de la Orden San Juan de Dios. Licenciado en enfermería por el College of Medicine and Allied Health Sciences en Freetown, Sierra Leona y Master en Health Care Administration and Management por la Universidad de Ghana en Legon.(Accra). En la actualidad es Consejero Delegado del St. John of God Catholic Health Services en Sierra Leona desde 2014. Anteriormente ha sido Secretario Ejecutivo en el St. Augustine Province of Africa organización parte del Hospital de la Orden de San Juan de Dios, Director Interino, tutor de auxiliares de enfermería y supervisor clínico de la Escuela de Enfermería del St. John of God Catholic School en Lunsar, Sierra Leona.

## Ponencia –

### Sierra Leona: Un hospital rural frente al Ébola.

Este hospital integral (abarca también escuelas y agricultura comunitarias) perteneciente a la Orden de San Juan de Dios, ha vivido la epidemia de Ébola; esta experiencia ha supuesto su reorganización completa en la manera de ejercer la medicina. Esta experiencia es útil para los hospitales que trabajan en zonas ya afectas por Ébola (los brotes repiten en las zonas ya afectas) o bien están en las zonas geográficas de posible expansión. Nota: Durante el Congreso, dará el taller La Epidemia del Ébola; ¿qué hemos aprendido?





## Panel de Experiencias: Ejemplos de excelencia de organizaciones

### D. Tomás Cobo Castro

Presidente del Colegio de Médicos de Cantabria y Patrono de la Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional (FCOMCI). Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Cantabria, realizó su formación como especialista en Reino Unido en donde desempeñó su labor profesional desde 1989 hasta el 2000. Desde entonces trabaja como Facultativo Especialista de Área en el Hospital Sierrallana y en el Igualatorio Médico Quirúrgico de Cantabria. Es autor de numerosas publicaciones y comunicaciones nacionales e internacionales. Desde 2003, participa en las misiones quirúrgicas cántabras anuales en los Campamentos de Refugiados de Tindouf y en el Hospital de Tanguetá en Benín.

### Ponencia –

## Cirugía, el gran déficit en el África Subsahariana.

Diversos equipos de anestesistas y cirujanos prestan sus servicios en hospitales de países en desarrollo. Actualmente se reconoce por instituciones y revistas internacionales, que la cirugía constituye uno de los déficits más importantes de la medicina en los países en desarrollo y la llegan a equiparar con la importancia de las “Neglected Diseases”. Conocer esta faceta de la cooperación representa un buen ejemplo de excelencia.









## Panel de Experiencias: Ejemplos de excelencia de organizaciones

### D. Sebastián Álvaro

Colaborador- Coordinador de Proyectos en la Fundación Sarabastall.

Periodista de profesión, escritor y articulista, Sebastián Álvaro es el creador de la serie de televisión Al Filo de lo Imposible. En la actualidad sigue impulsando y dirigiendo expediciones de aventuras de alto nivel, al tiempo que, junto con la Fundación Sarabastall, coordina varios proyectos de ayuda humanitaria, cooperación y desarrollo, en lugares de alta montaña encaminados a cambiar las condiciones de vida de lugareños de Nepal, Pakistán y Ecuador.

Tratamos de devolver, en síntesis, algo de lo mucho que hemos recibido de los lugareños de estos países.

## Conferencia-

### Hushé, un modelo de cooperación en el fin del mundo

En la remota aldea de Hushé, se ha implantado un plan integral que abarca desde la promoción de la salud en las mujeres, hasta la reforestación o la plantación de árboles frutales. Esta experiencia tiene el valor de aportar numerosos vertientes poco visualizadas en las experiencias que giran alrededor de hospitales. La imagen realza el mensaje de esta ONG.





# Mesa: Asistencia de salud en peligro. Derecho Humanitario Internacional.

**Moderador:** Serafín Romero, vicepresidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM).

- La intervención sanitaria en contextos de conflicto armado: La Atención de la salud en Peligro. Presentación del Informe de los ataques contra instalaciones médicas, trabajadores sanitarios y pacientes 2015. Human Rights Watch (HRW)/D.  
*D. Stephane Du Mortier*, responsable de atención primaria en el Comité Internacional de la Cruz Roja (ICRC).
- La intervención en Siria– La intervención médico-sanitaria en contextos complejos.  
*Dr. Pascual Caballero*, profesional médico de Médicos sin Fronteras.





Mesa:  
Asistencia de  
salud en  
peligro.  
Derecho  
Humanitario  
Internacional

**Moderador:** Serafín Romero,  
vicepresidente del Consejo General de  
Colegios Oficiales de Médicos de España  
(CGCOM).

- La intervención sanitaria en contextos de conflicto armado: La Atención de la salud en Peligro. Presentación del Informe de los ataques contra instalaciones médicas, trabajadores sanitarios y pacientes 2015. Human Rights Watch (HRW)/D.  
*D. Stephane Du Mortier*, responsable de atención primaria en el Comité Internacional de la Cruz Roja (ICRC).
- La intervención en Siria– La intervención médico-sanitaria en contextos complejos.  
*Dr. Pascual Caballero*, profesional médico de Médicos sin Fronteras.





Mesa:

Asistencia de salud en peligro.

Derecho Humanitario

Internacional

**D. Serafín Romero Agüit**

**Moderador** Vicepresidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España y de la Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional (FCOMCI).

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Sevilla, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Su experiencia laboral se ha desarrollado como médico del Cuerpo Nacional de Médicos Titulares de Asistencia Pública Domiciliaria desde 1982, figurando como médico integrado en el Centro de Salud de Posadas en categoría de médico de familia, siendo de 1990-1997 Director de la Zona Básica de Salud de Posadas.

Entre otros méritos destacan sus cargos como Secretario General del Iltre. Colegio Oficial de Médicos de Córdoba (2001-2007); Secretario de la Fundación del Iltre. Colegio



Oficial de Médicos de Córdoba; presidente del I Congreso del PAIME celebrado en Córdoba en Octubre de 2003; presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Córdoba (2007-2009); vicepresidente Primero del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (2008- 2009); Secretario General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (2009 - 2014); vicepresidente de la Fundaciones de Protección Social de la OMC, La Fundación para la Formación de la OMC y la Fundación para la Cooperación Internacional de la OMC- Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional, en la Actualidad.







## Mesa:

### Asistencia de salud en peligro. Derecho Humanitario Internacional

#### D. Pascual Caballero

Asesor Pediátrico en Médicos sin Fronteras, focalizado en Neonatología. Licenciado en Medicina y cirugía por la Universidad de Málaga en 1999, realizando su especialidad en Pediatría en Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga hasta el 2006.

Su experiencia profesional se ha desarrollado a través de tareas de formación, comunicación y supervisión en los proyectos de cooperación en los que ha participado con MSF en Port au Prince (Haiti), Dadaab (Kenya), Madaoua (Níger) y Darbhanga (India), y con otras organizaciones no gubernamentales en Tindouf (Algeria), Lamu (Kenya), Meki (Ethiopia) y Farafangana (Madagascar).

Ha trabajado con refugiados sirios en Jordania y ejercido su labor médico humanitaria en contextos en peligro como Mali, Nigeria o Yemen, entre otros países.

Durante el año 2015 ha participado como mediador en la formación Helping Babies Breathe y en casos clínicos pediátricos, en el entrenamiento de la semana médica por MSF OCP, París. Es miembro del comité de evaluación de la primera edición de "Ayuda a la cooperación dermatológica", de la

Fundación de la Academia Española de Dermatología y Venereología; Ha realizado más de treinta conferencias y entrevistas en las plataformas sociales sobre Ayuda Humanitaria y Objetivos de Desarrollo del Milenio.







## Mesa:

### Asistencia de salud en peligro. Derecho Humanitario Internacional

#### D. Stéphane Du Mortier

Responsable de Atención Primaria en el Comité Internacional de la Cruz Roja – ICRC

Doctor en Medicina por la Université Catholique de Louvain, Master en Salud Pública en salud internacional por Johns Hopkins School of Public Health, Baltimore, Maryland (2001-2001). Ha sido coordinador de la misión sanitaria del Comité Internacional de la Cruz Roja en Irán (2010-2011), Uganda (2007-2010), Sudán (2005-2006), Colombia (2004-2005), República Democrática del Congo (2002-2004), Malí (1996-1998) Asimismo ha trabajado como médico en Sudáfrica con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD- UNDP (1998-2001) y con la Cruz Roja Belga en Burkina Faso y Ruanda.





# Presentación informe La salud en la cooperación al desarrollo y la ayuda humanitaria

**Dña. África Caños Aguilar**

Presidenta Mediciusmundi Andalucía Licenciada en Medicina y Cirugía por la Facultad de Medicina de Málaga desde 1985.

Médica Maternóloga y Doctora en Medicina y Cirugía por la Facultad de Medicina de Granada desde el año 2000.

Profesionalmente ejerce su labor como Facultativa Especialista de Área de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada desde el año 1992.

Es Tutora de residentes de Obstetricia y Ginecología desde el año 1997 y Profesora Asociada de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada, desde el año 2001.

Forma parte de la Junta Directiva de Médicosmundi Andalucía desde el año 2005, ha sido Secretaria desde el







# La tuberculosis: ¿cómo controlar la epidemia?

**Introducción:** D. Juan Pasquau Liaño.

**Ponente:** Dr. Javier García Pérez, presidente del Área de Tuberculosis e Infecciones Respiratorias (Área TIR) de la SEPAR.



# La epidemia del Ébola: ¿qué hemos aprendido?

**Introducción:** Dr. Guillermo Vazquez.

**Ponente:** D. Michael Koroma, Orden de San Juan de Dios  
en Sierra Leona.



# Seguridad en terreno

**Introducción:** Dr. Luis Roberto Jimenez Guadarrama.

**Ponente:** Dra. Fátima Cabello, delegada de Cooperación Internacional de Cruz Roja Española.



## Talleres

# La tuberculosis: ¿Cómo controlar la epidemia?

### D. Javier García Pérez

Coordinador del Área de Tuberculosis e infecciones respiratorias (área TIR) y miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Facultativo Especialista de Área de Neumología en el Hospital Universitario de La Princesa desde 1994, dedicándose especialmente a la gestión clínica, a las enfermedades por micro bacterias y a la hipertensión pulmonar. Ha sido Vicepresidente de NEUMOMADRID entre 2011 y 2014;

Colaborador clínico docente de la UAM; Coordinador de Calidad del Servicio; Miembro de la Comisión de Docencia y Formación Continuada.



# Talleres

## Identificación contra el tráfico de seres humanos.

### D. José Antonio Lorente

Director del Programa DNA-PROKIDS. Programa de lucha contra el tráfico de personas, especialmente de niños, a través de la identificación genética. Ponentes del I Congreso Cooperación Internacional OMC. 26,27 y 28 de Noviembre de 2015 en el Colegio de Médicos de Granada.

12 José Antonio Lorente Acosta, director del Centro de Genómica e Investigación Oncológica: Pfizer/ Universidad de Granada / Junta de Andalucía (GENYO), catedrático de Medicina Legal y Forense, director del Laboratorio de Identificación Genética de la Universidad de Granada, director del programa DNA-Prokids y director de la Estrategia de Innovación e Investigación en Salud de la Consejería de Salud de Andalucía.



## Talleres

# Telemedicina: ¿para qué la puedo utilizar?

### D. Luís Carlos Fernández González

Promotor del grupo colaborativo de TIC para países en vías de desarrollo. Ingeniero de Telecomunicaciones, ha sido Director del Centro de Investigación de Telefónica en Granada.

Ha trabajado en numerosos proyectos de telemedicina, desarrollo de nuevos servicios de telecomunicaciones y promotor de la empresa Birdi Solutions.

Es profesor asociado en la ETS de Ingeniería de Telecomunicaciones e Informática de la Universidad de Granada donde ha creado un grupo colaborativo formado por estudiantes y profesores que investiga aplicaciones innovativas de las TIC para los países en vías de desarrollo.

# I CONGRESO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMC



26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA

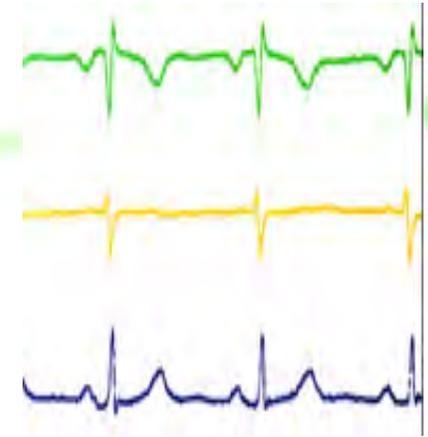


año 2010 y el pasado 2 de julio de 2011 en Asamblea Extraordinaria fue elegida Presidenta.





# La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria Informe 2015



## La ayuda oficial al desarrollo(AOD) en el sector salud



# Informe sobre AOD en salud



¿Quiénes hacemos este informe?

medicusmundi, Médicos del Mundo y Prosalus



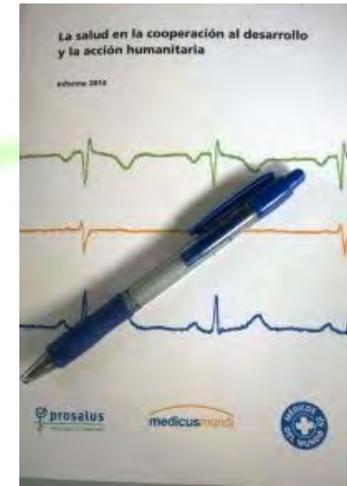
Desde 2002, 13 años de experiencia

# Informe sobre AOD en salud



- **Objetivo:** Contribuir en la mejora de la calidad de la cooperación en salud
- **Estrategia:** Análisis crítico de la AOD internacional, estatal y descentralizada en salud

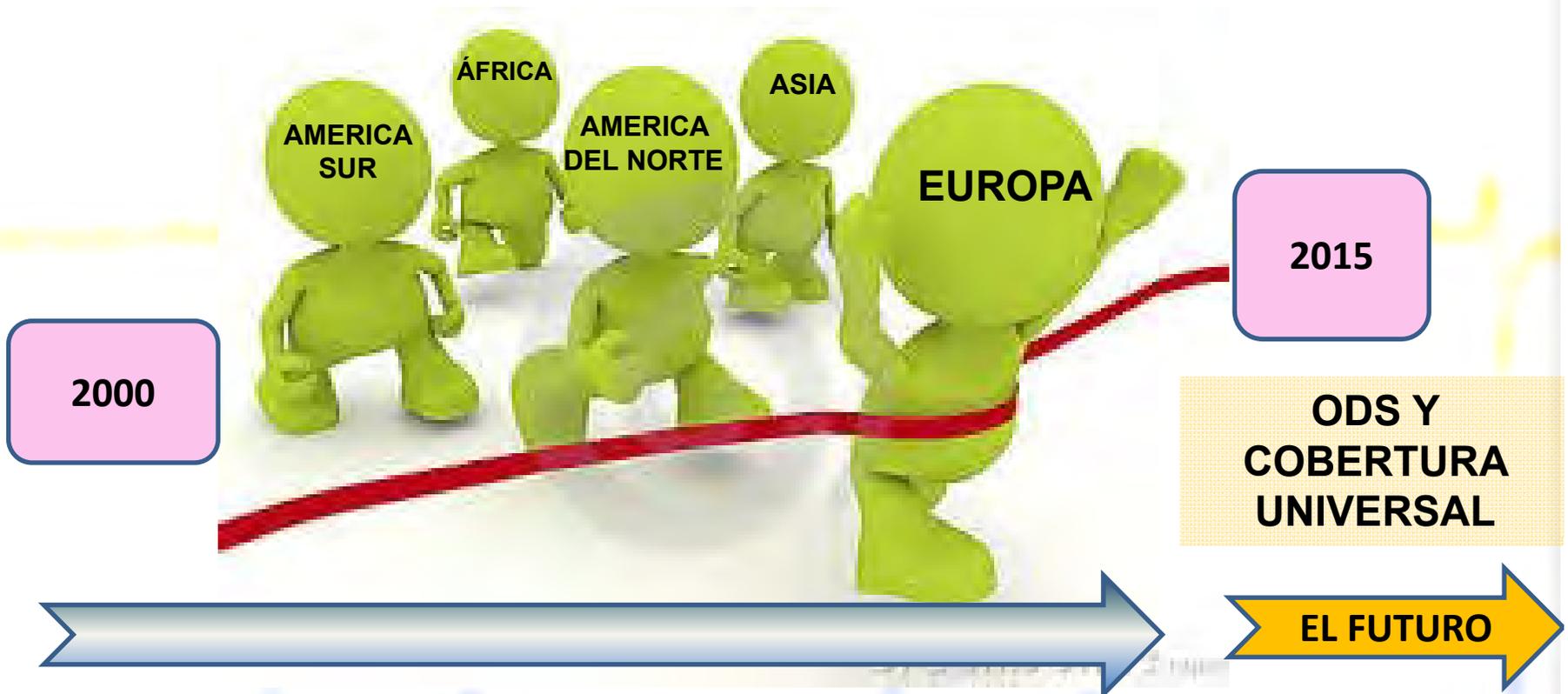
# CAPÍTULO I. LA SALUD EN EL MUNDO



Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM):  
2015, un año para valorar

En estos 15 años los ODM han ayudado a que más de mil millones de personas salieran de la pobreza extrema, aunque no todos los objetivos propuestos se han conseguido

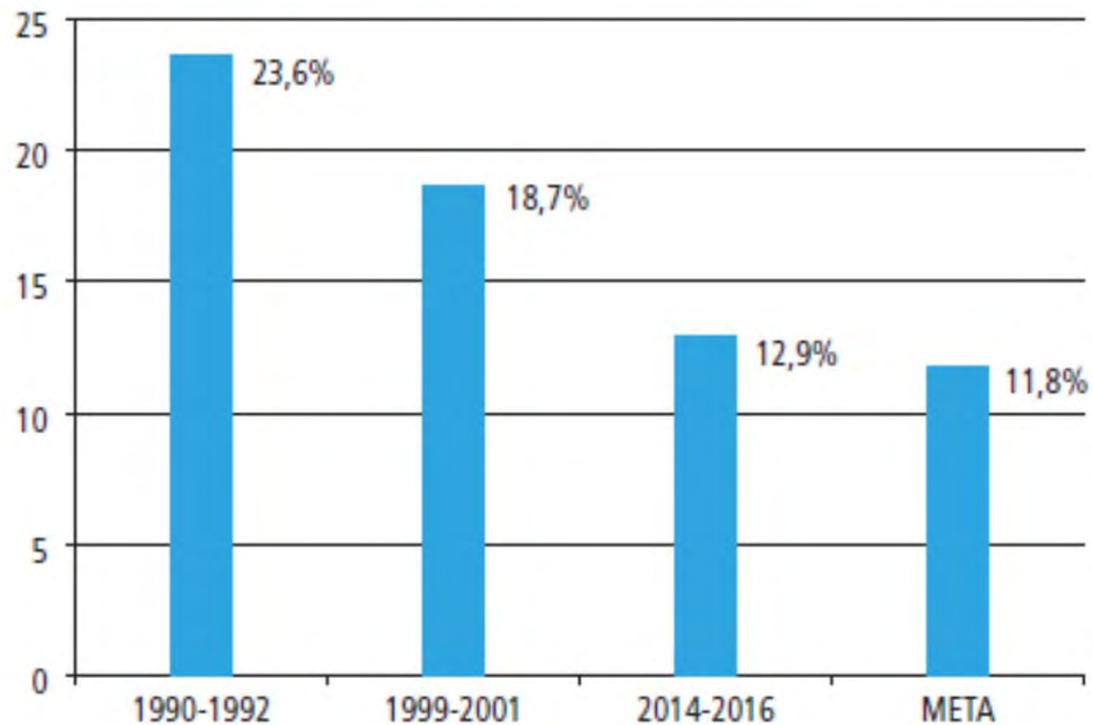
# LOS AVANCES DE LOS ODM: POSITIVOS PERO DESIGUALES



Un niño de Suazilandia 30 veces + riesgo de morir que uno de Suecia ¿equidad?

# ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

GRÁFICA 1.2. COMPARATIVA PORCENTAJE DE PERSONAS CON NUTRICIÓN INSUFICIENTE EN EL MUNDO



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2015

## **ODM 2: Lograr la enseñanza primaria universal**

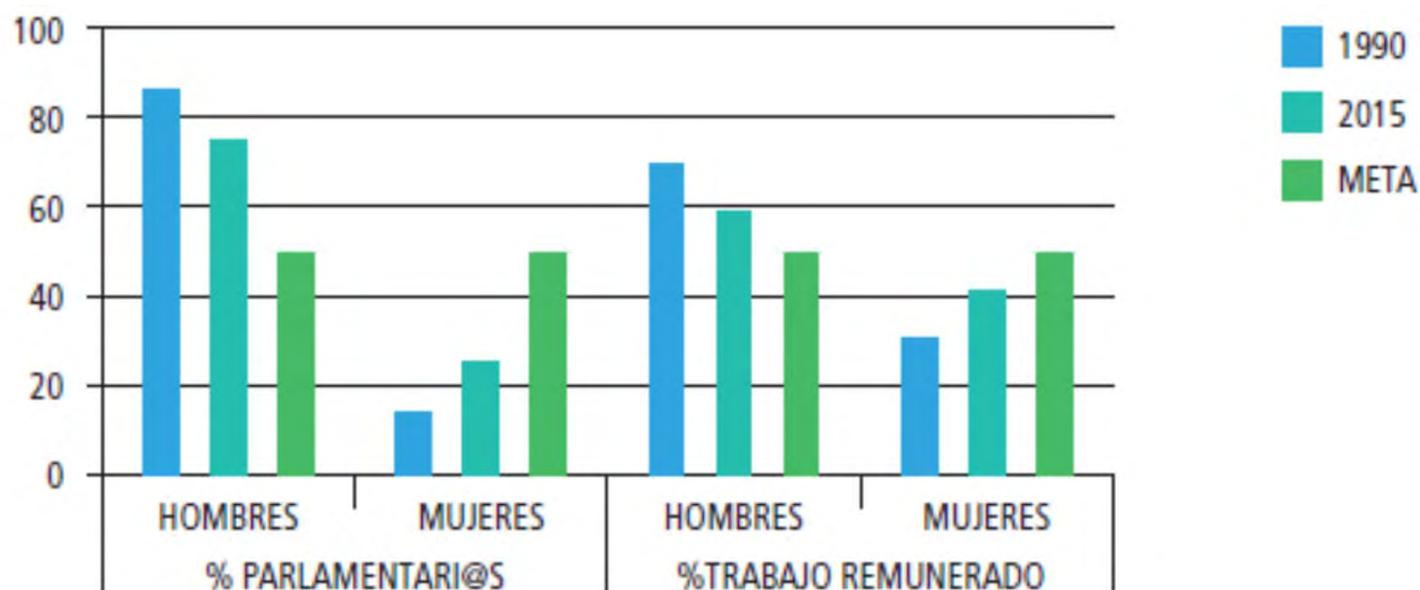
- **83% en el año 2000 a un 91% en 2015.**

## **ODM 3: Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer**

- **El 50% de todas las mujeres en edad de trabajar (15 años o más) son parte de la fuerza laboral, en comparación con el 77% de los hombres.**
- **Las mujeres perciben de media un 24% menos de salario que los hombres**

# ODM 3: Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer

GRÁFICA 1.3. DIFERENCIAS EN REPRESENTACIÓN PARLAMENTARIA Y TRABAJO REMUNERADO ENTRE HOMBRES Y MUJERES (1990, 2015 Y META PREVISTA).



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2015.

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

- Por tendencia conseguiremos el resultado en 2028.
- La mitad de las muertes son africanas
- La neumonía, la prematuridad, asfixia durante el parto, diarrea y malaria, son las causas de muerte

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

- 4 complicaciones → 80% muertes**
- Nigeria e India 1/3 parte muertes (62% en África)**
- Inequidad de género**

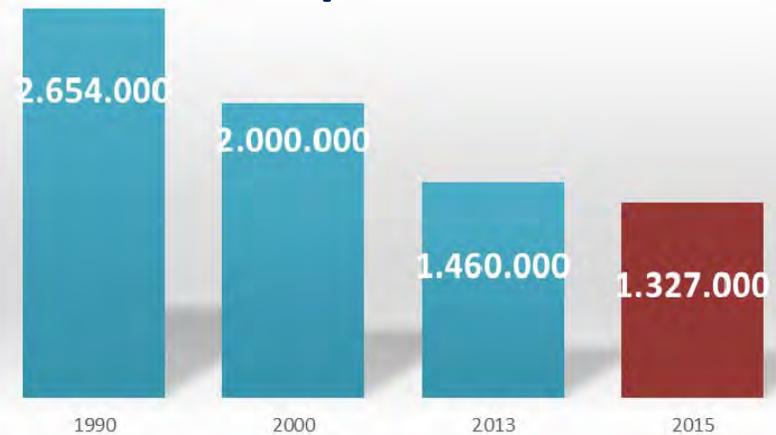
# ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, la Malaria y otras enfermedades

## 35 millones con VIH



Nuevas infecciones: 3,5 mil- 2,1 mil.  
Mortalidad: 2,4 a 1,5 millones

## Mortalidad por tuberculosis

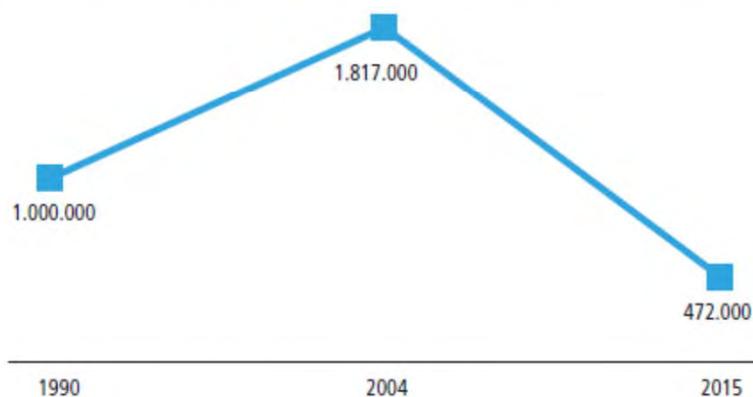


# ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, la Malaria y otras enfermedades

	Hitos Metas		
	2020	2025	2030
1. Reducir tasas de mortalidad por malaria en todo el mundo	>40%	>75%	>90%
2. Reducir la incidencia de casos de malaria en todo el mundo	>40%	>75%	>90%
3. Eliminar la malaria en los países en los que siga habiendo transmisión de la enfermedad	Por lo menos 10 países	Por lo menos 20 países	Por lo menos 35 países
4. Prevenir el restablecimiento de la enfermedad en todos los países sin malaria	Restablecimiento evitado	Restablecimiento evitado	Restablecimiento evitado

Fuente: Estrategia técnica mundial contra la malaria, OMS, 2015

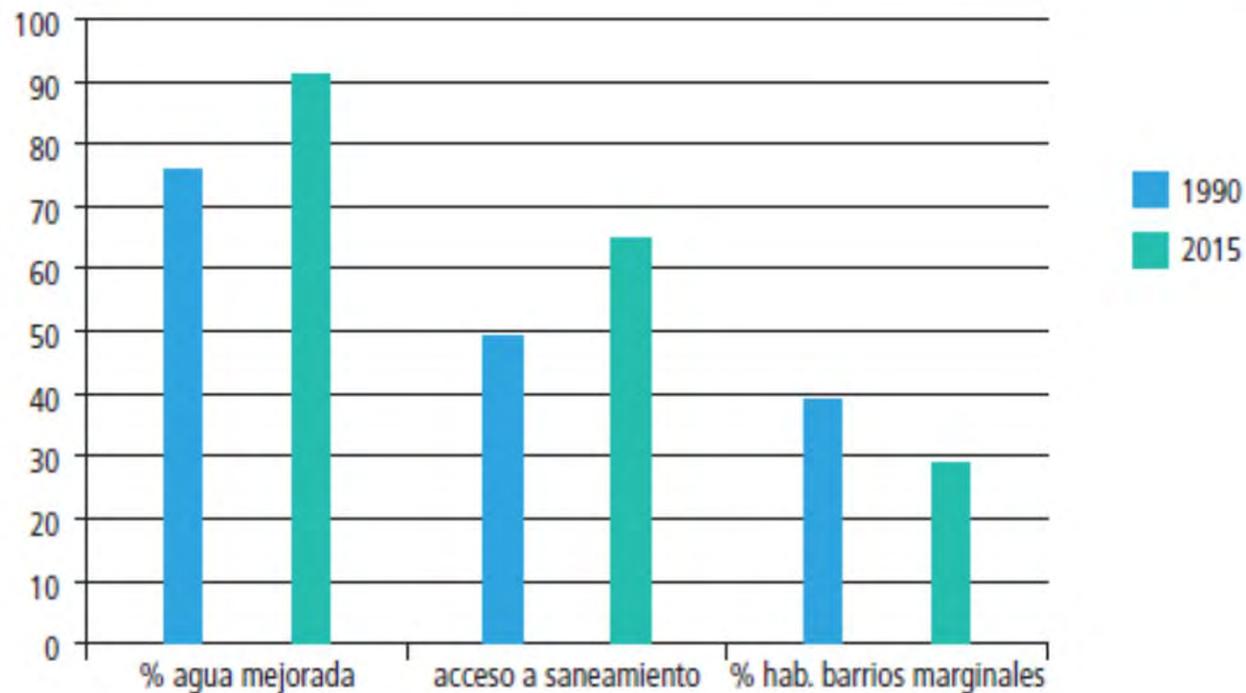
GRÁFICA 1.9. N° MUERTOS POR PALUDISMO 2000-2004-2015



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Varios informes

# ODM 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

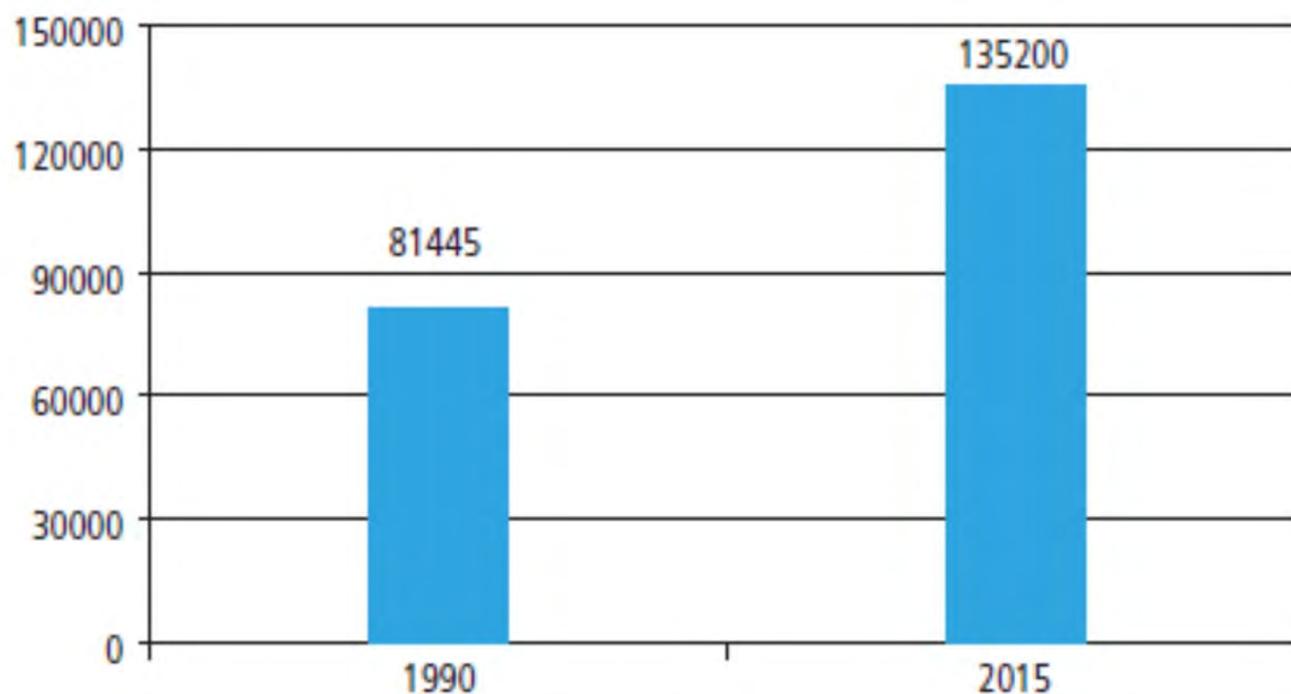
GRÁFICA 1.11. % DE MEJORA EN ACCESO A AGUA, SANEAMIENTO Y VIVIENDA



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2015

# ODM 8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo

GRÁFICA 1.12. AOD EN MILLONES DE DÓLARES

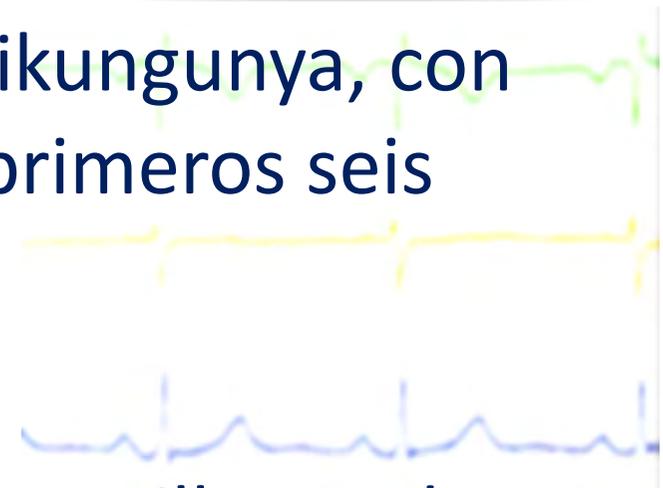


Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2015

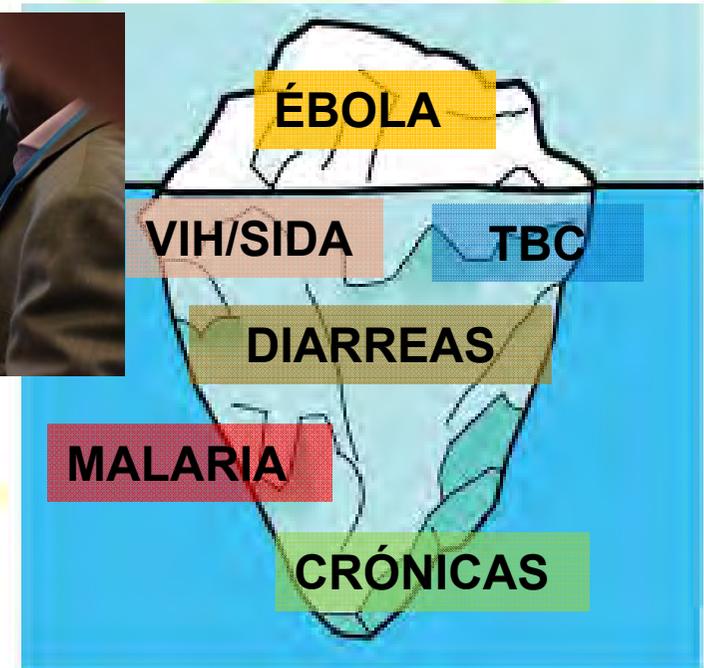
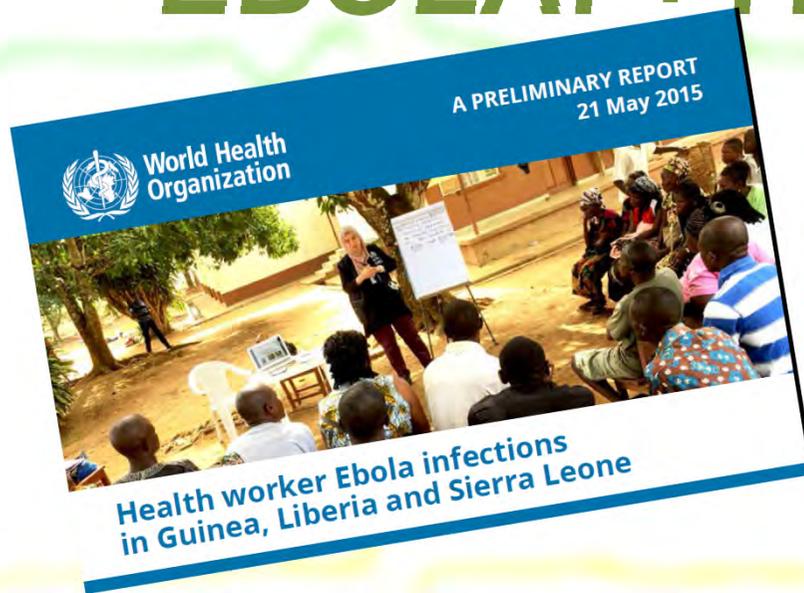
## .....Problemas globales



- Epidemias del Ébola o del Chikungunya, con más de 660 mil casos en los primeros seis meses de 2014
- La crisis migratoria mas de 214 millones de personas desplazadas



# EBOLA: +11.000 MUERTES



- Desde 1976, 24 brotes de Ébola
- El personal sanitario: Riesgo 21- 32 veces mayor que la de contagiarse, 2/3 murieron
- Compromisos no cumplidos:  
Septiembre 2014: ONU pide 1.000 millones de \$: solo consigue 30%;

Liberia y Sierra Leona son dos de los 5 países africanos que pierden más del 50% de sus médicos porque migran a los países de la OCDE

**LA FINANCIACIÓN PARA EL DESARROLLO A PARTIR DE 2015  
LA CONFERENCIA DE ADDIS ABEBA**

**“Agenda de Acción de Addis Abeba” (AAAA).**

Puntos que más preocupan a la sociedad civil:

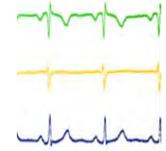
1. Caminamos hacia la privatización del desarrollo:
2. Sin avances hacia una reforma fiscal global
3. Se debilita el mandato de Naciones Unidas para abordar los problemas sistémicos

LA FINANCIACIÓN PARA EL DESARROLLO A PARTIR DE 2015  
LA CONFERENCIA DE ADDIS ABEBA

## “Agenda de Acción de Addis Abeba” (AAAA) y la salud

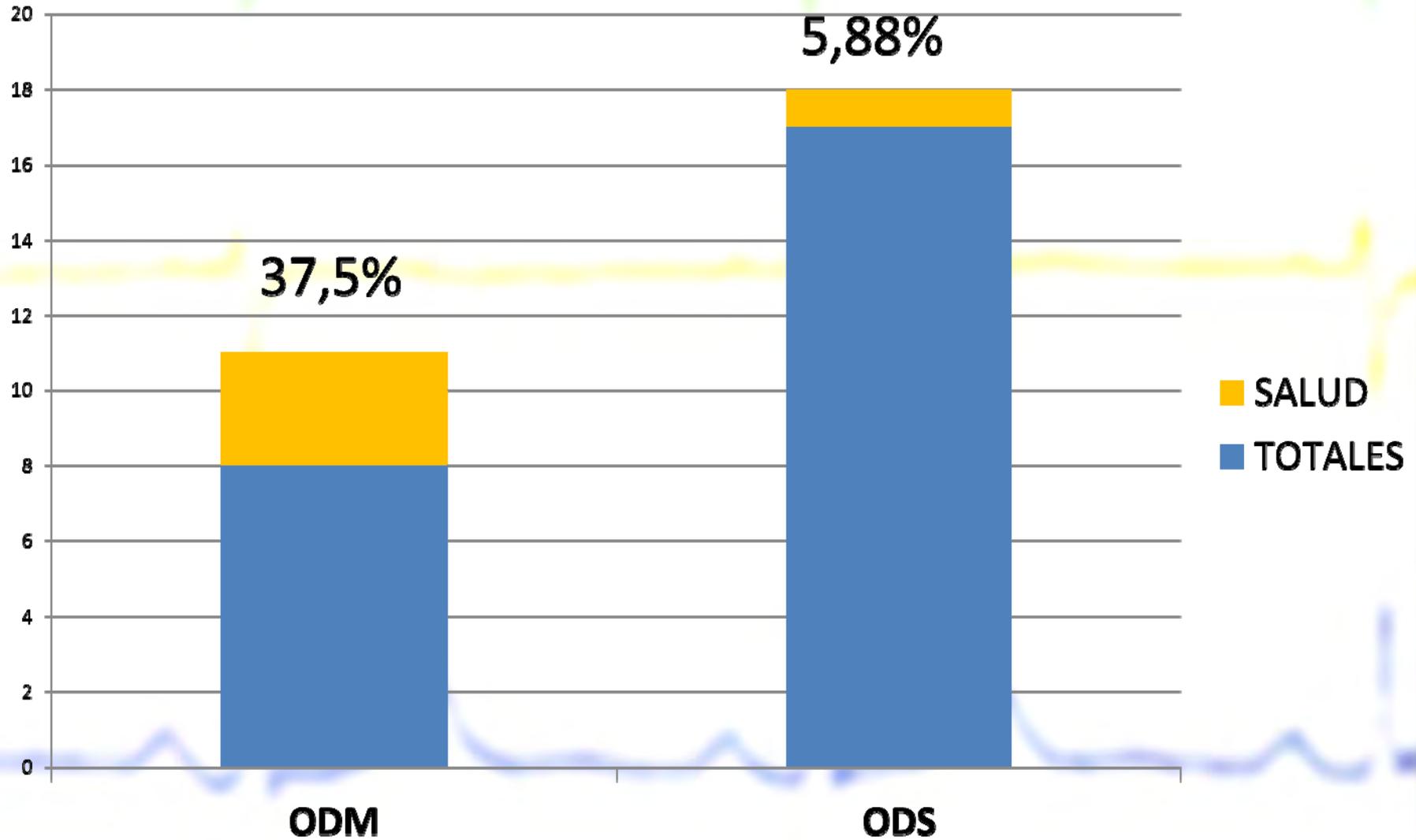
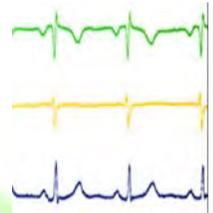
- De 134 párrafos solamente uno, el 77, está dedicado a la salud.
- El compromiso político plasmado en los ODS no se corresponde con un compromiso de financiación que apueste claramente por la salud como Derecho Humano, motor de otros derechos.

# OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

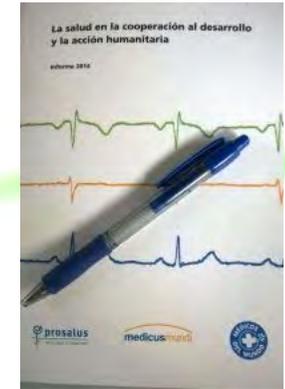


1. Erradicar la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.
2. Poner fin al hambre, conseguir la seguridad alimentaria y una mejor nutrición, y promover la agricultura sostenible.
- 3. Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos para todas las edades.**
4. Garantizar una educación de calidad inclusiva y equitativa, y promover las oportunidades desde aprendizaje permanente para todos.
5. Alcanzar la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas.
6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos.
7. Asegurar el acceso a energías asequibles, fiables, sostenibles y modernas para todos.
8. Fomentar el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo, y el trabajo decente para todos.
9. Desarrollar infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible, y fomentar la innovación.
10. Reducir las desigualdades entre países y dentro de ellos.
11. Conseguir que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.
12. Garantizar las pautas de consumo y de producción sostenibles.
13. Tomar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos
14. Conservar y utilizar de forma sostenible los océanos, mares y recursos marinos para lograr el desarrollo sostenible.
15. Proteger, restaurar y promover la utilización sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar de manera sostenible los bosques, combatir la desertificación y detener y revertir la degradación de la tierra, y frenar la pérdida de diversidad biológica.
16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.
17. Fortalecer los medios de ejecución y reavivar la alianza mundial para el desarrollo sostenible.

# EL PESO DE LA SANIDAD EN LOS ODM Y LOS ODS



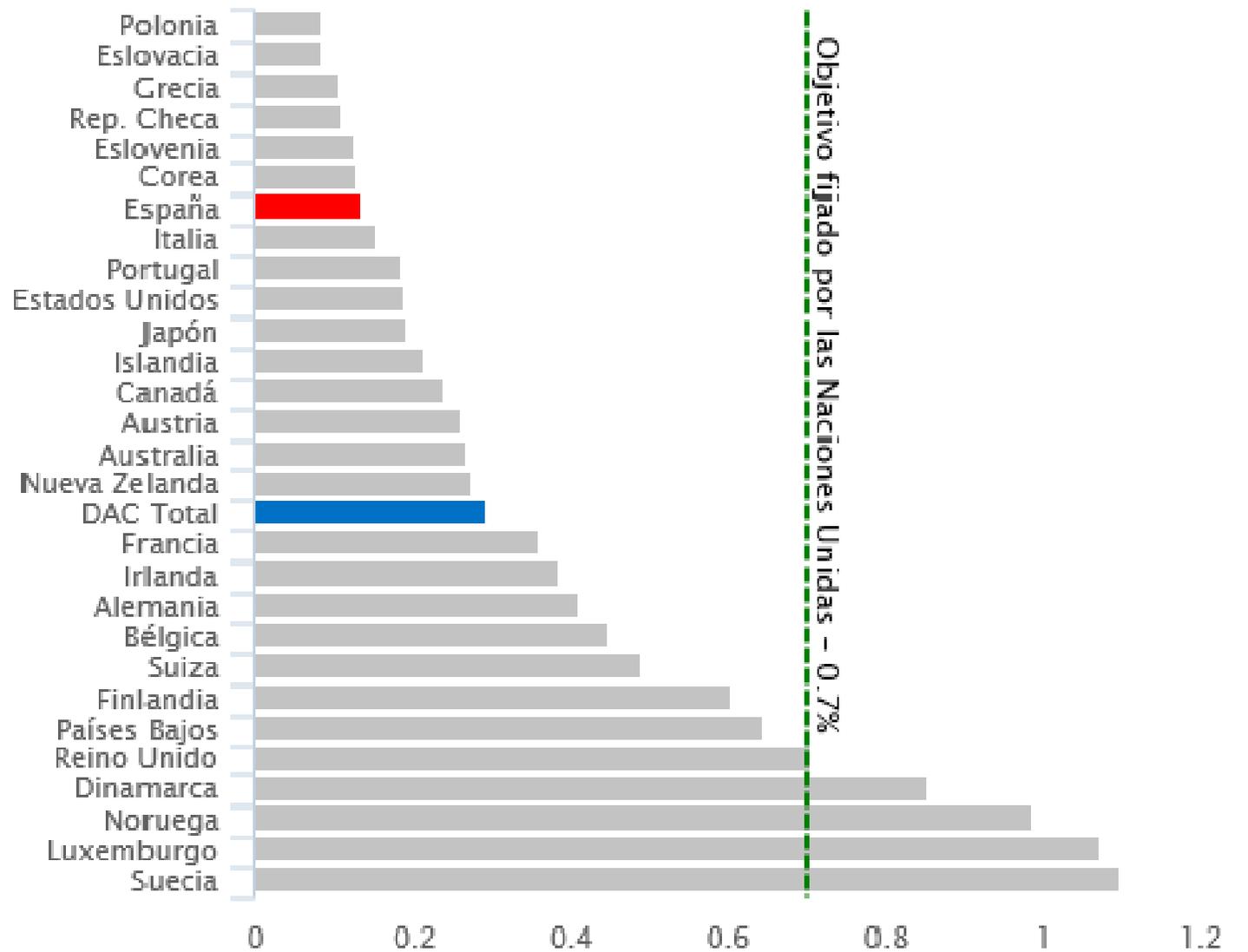
## CAPÍTULO II. PERSPECTIVA INTERNACIONAL



- ✓ Se consolida un año más la tendencia de crecimiento de la importancia de AOD destinada a salud en el conjunto del CAD, que se acerca al porcentaje recomendado del 15% de toda la AOD.
- ✓ Los subsectores de salud básica y salud sexual y reproductiva acumulan casi el 90 % de la AOD para salud del conjunto CAD.

**CAD: Comité de Ayuda al Desarrollo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE**

## AOD DE LOS PAÍSES DEL CAD, COMO PORCENTAJE DE LA RENTA NACIONAL BRUTA, 2014



## AOD total de los países del CAD en 2014: 151.270 millones de dólares

- ✓ 1,75 billones de dólares de gasto militar
- ✓ Nuevos donantes: BRICS, muy heterogéneos, pero cambian el mapa de la cooperación

### OMS: ¿puerta a la privatización?

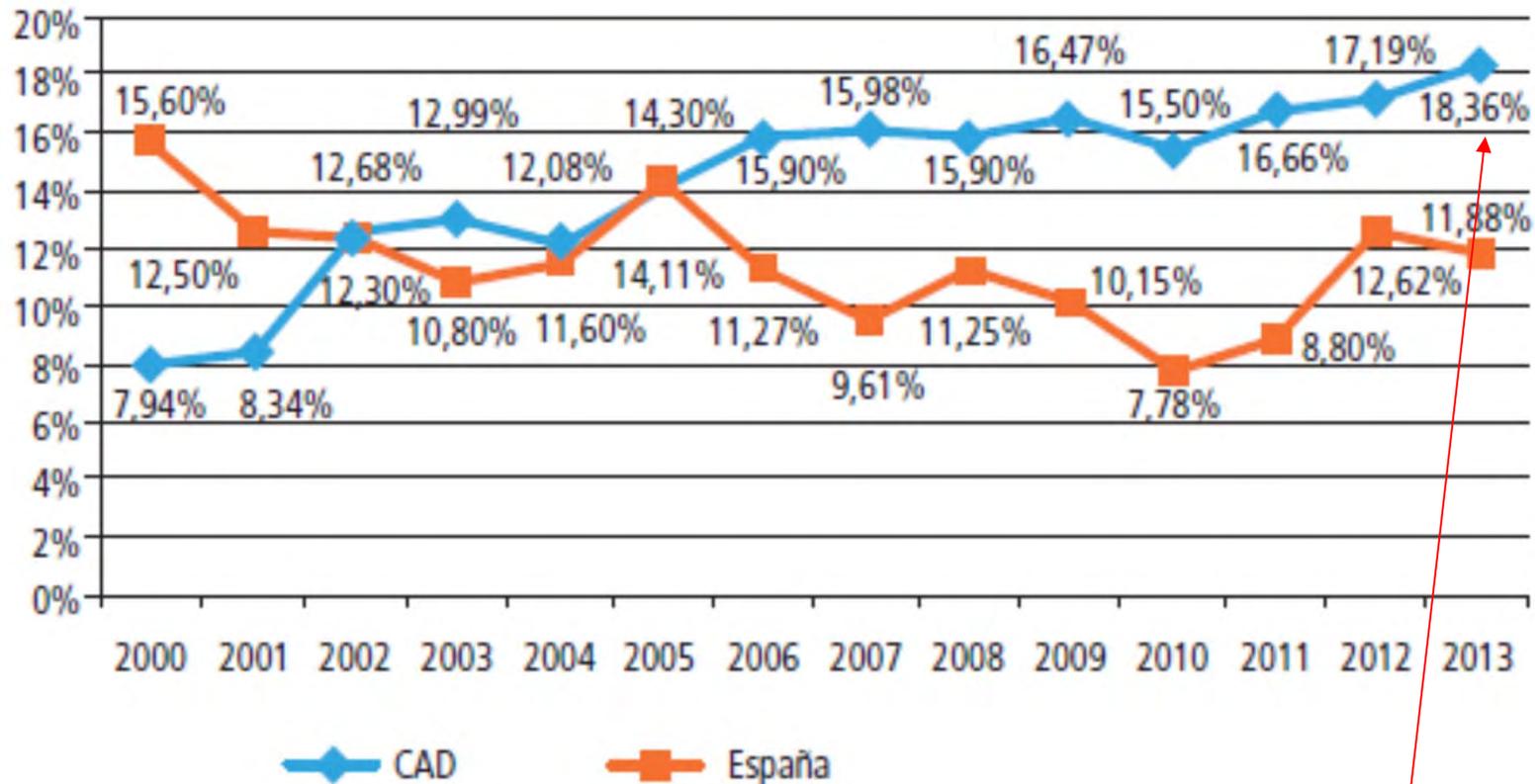
PROCESO DE REVISIÓN DEL CONCEPTO DE AOD EN EL SENO  
DEL CAD

BRICS: % países con economía emergente Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica,

## CAPÍTULO III. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

- ✓ En 2014 la AOD española ha sufrido una nueva reducción y se ha situado en el 0,14% de la renta nacional bruta, el porcentaje más bajo desde 1989.
- ✓ Además, la AOD para el sector salud se ha situado en el nivel más bajo desde el año 2000

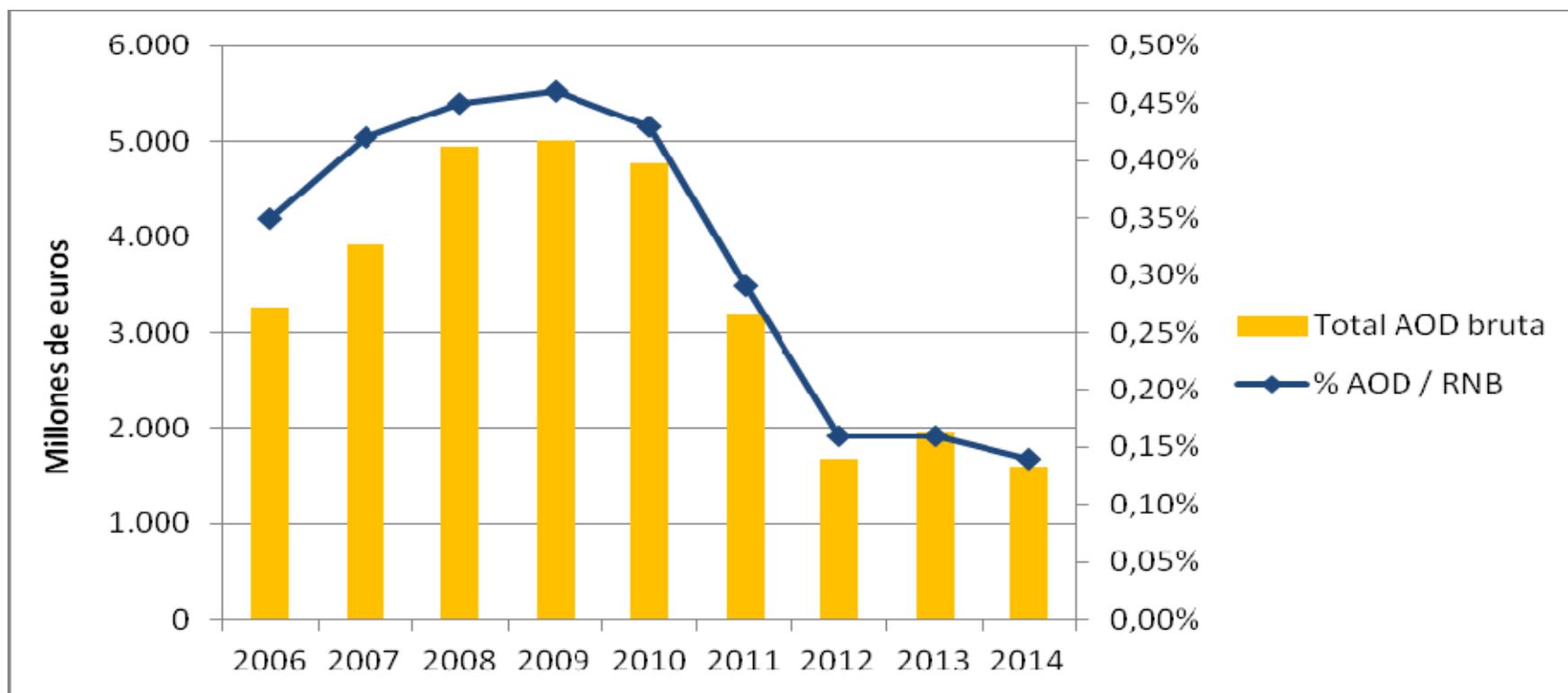
GRÁFICO 2.4. PORCENTAJE DE LA AOD BILATERAL DISTRIBUIBLE DESTINADO A SALUD. COMPARATIVA CAD-ESPAÑA



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System

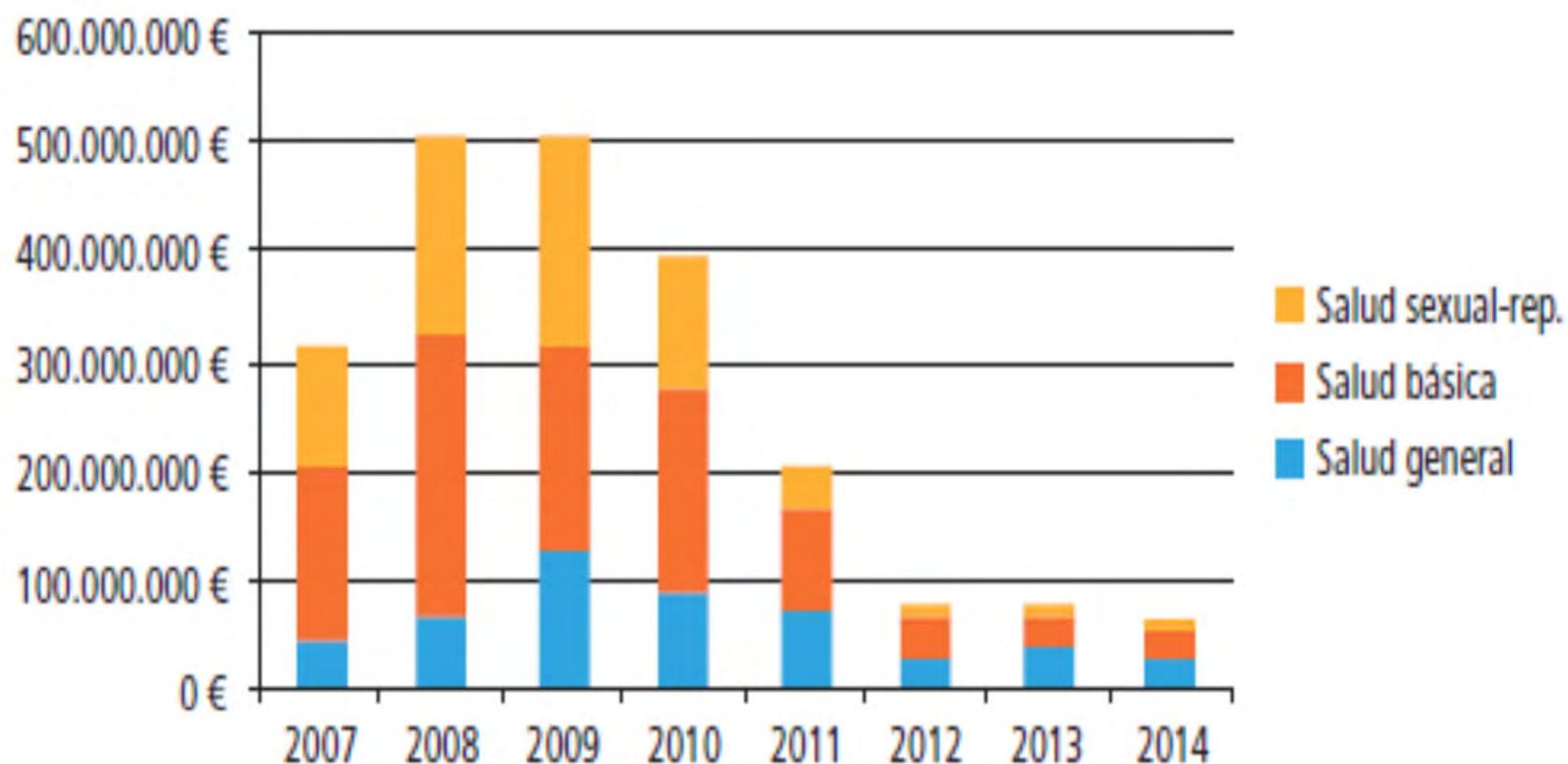
**Porcentaje destinado a salud: 18,36%.**

# EVOLUCIÓN DE LA AOD TOTAL ESPAÑOLA



Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y de los volcados de AOD publicados por la SGCID

GRÁFICO 3.3. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA EN SALUD POR SUBSECTORES, 2007-2014



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID.

**TABLA 3.9. LOS 10 PAÍSES QUE RECIBIERON MAYOR CANTIDAD DE AOD BRUTA EN SALUD EN 2014**

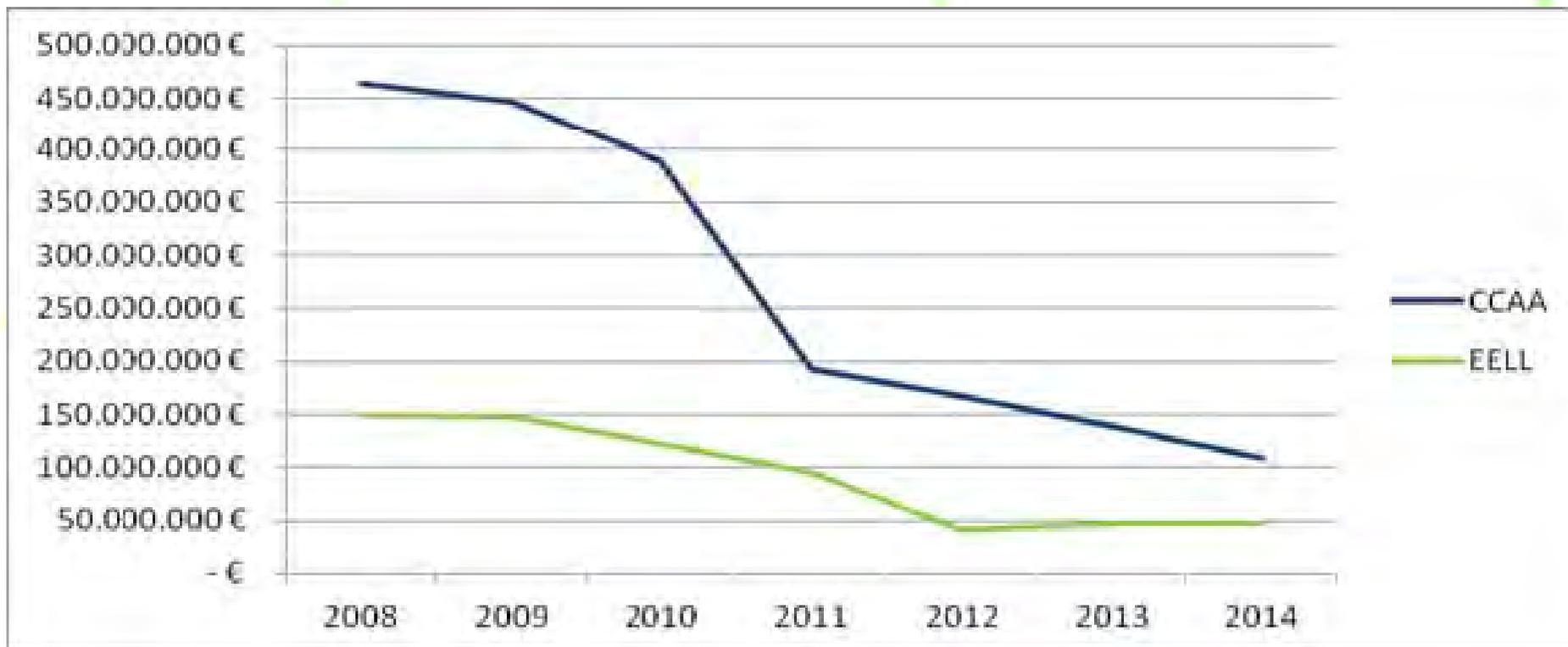
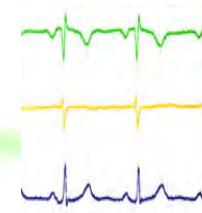
<b>PAÍSES DESTACADOS</b>	<b>AOD SALUD 2014</b>
Níger	4.487.801 €
Mozambique	4.059.147 €
Bolivia	3.709.990 €
Guatemala	3.004.428 €
Mali	2.543.425 €
Población Saharaui	1.832.969 €
Guinea	1.668.528 €
El Salvador	1.527.866 €
Paraguay	1.511.254 €
R.D. Congo	1.427.190 €

Fuente: elaboración propia a partir de de los volcados de AOD publicados por SGCID.

CCAA	2012	2013	2014
Andalucía	2.833.861 €	5.771.804 €	4.290.020 €
Aragón	79.443 €	565.149 €	139.699 €
Asturias	730.988 €	850.787 €	804.036 €
Baleares	189.301 €	50.000 €	91.478 €
Cantabria			
Canarias			
Cataluña	3.206.884 €	5.903.197 €	5.811.058 €
País Vasco	3.480.721 €	2.524.900 €	2.687.134 €
Castilla-La Mancha		2.370.164 €	45.000 €
Castilla y León	1.093.158 €	520.908 €	186.045 €
Extremadura	786.334 €	1.695.693 €	119.439 €
Galicia	883.266 €	494.734 €	525.987 €
La Rioja	126.750 €	215.000 €	55.040 €
Madrid	1.589.804 €		
Murcia			
Navarra	3.013.236 €	927.169 €	1.656.814 €
C. Valenciana	1.150.841 €	275.071 €	243.806 €
Ceuta	8.100 €		12.000 €
<b>TOTAL</b>	<b>19.172.688 €</b>	<b>22.164.576 €</b>	<b>16.667.556 €</b>

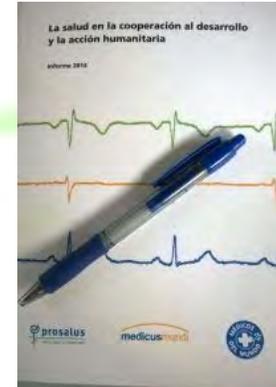


# EVOLUCIÓN AOD CCAA/EELL DESTINADA A SALUD



Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y de los volcados de AOD publicados por la SGCID

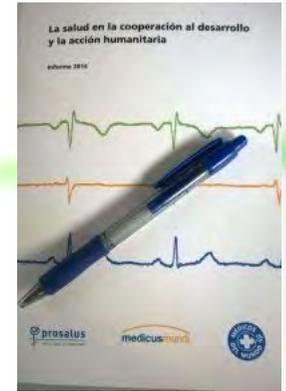
# CAPÍTULO IV. ACCIÓN HUMANITARIA



Se persigue promover la reflexión de todos los actores involucrados en la Acción Humanitaria, especialmente los institucionales, con objeto de mejorar la eficacia de la misma para que tenga un mayor y adecuado impacto en la población afectada por crisis humanitarias.

# CAPÍTULO IV. ACCIÓN HUMANITARIA

2014

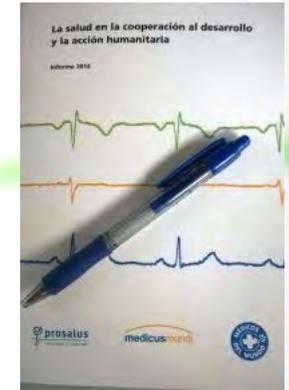


Recrudescimiento de los conflictos armados + crisis de personas de refugiadas + epidemia ébola + 317 desastre naturales

**+ 150 millones de personas afectadas**

# CAPÍTULO IV. ACCIÓN HUMANITARIA

## 2014



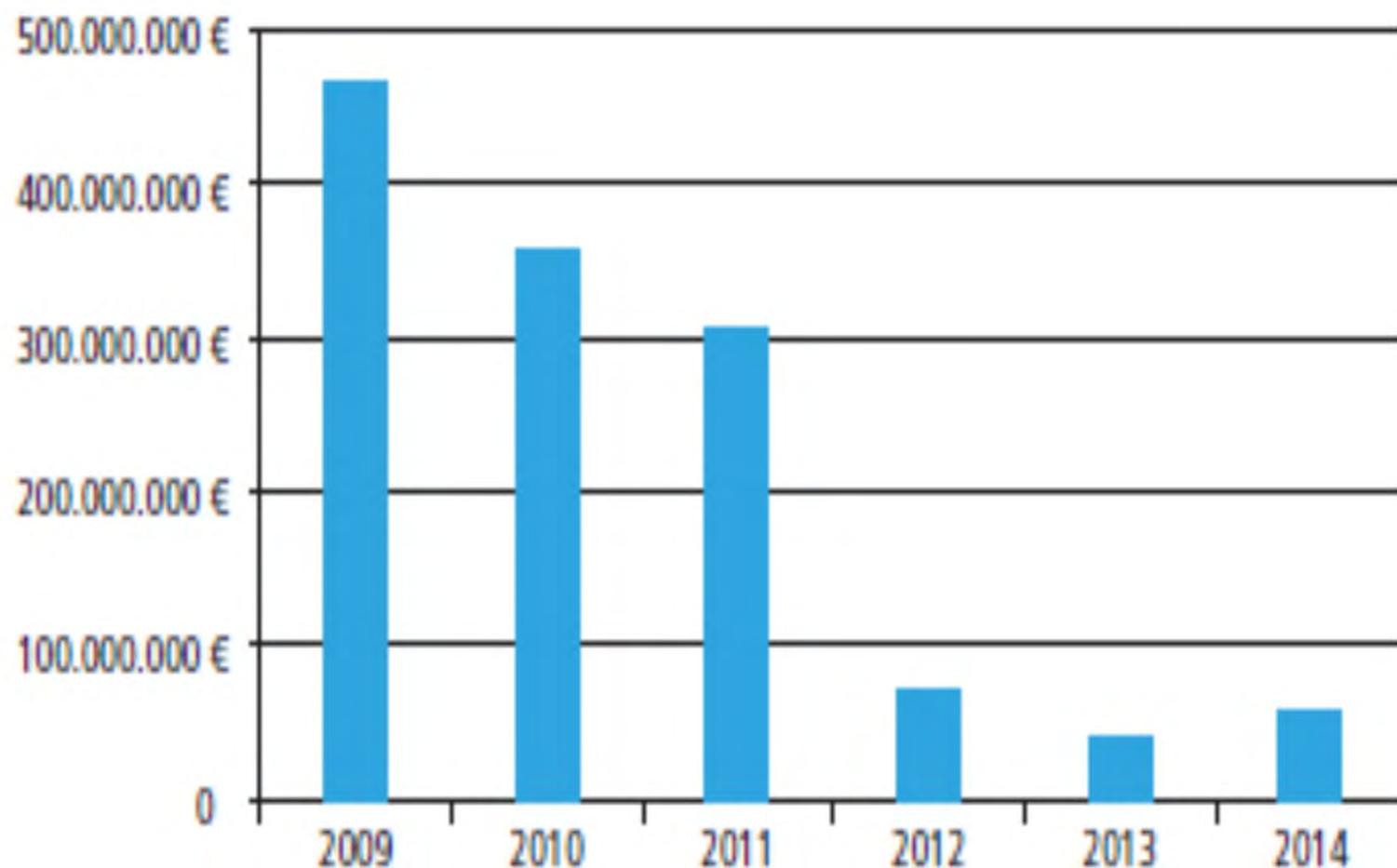
- 317 desastres naturales de diferentes magnitudes  
94 países  
El 47,2% (153) fueron inundaciones  
Las tormentas tropicales 36%  
Terremotos el 10%
- Las víctimas causadas por los desastres naturales ascendieron a 7.800 personas
- El total de personas damnificadas sumaron 141 millones
- Las pérdidas económicas supusieron casi 100 mil millones de dólares

## CAPÍTULO IV. ACCIÓN HUMANITARIA



- La respuesta internacional: 24.000 millones de \$  
– (75% proporcionada por los estados)
- **Coop.española:** 55,8 millones € (donante marginal)
- AH descentralizada: 1 millón menos en 2014 que en 2013 (11 millones, 20% de la AH española)

GRAFICO 4.3. EVOLUCIÓN DE LA AOD ESPAÑOLA DESTINADA A ACCIÓN HUMANITARIA



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

**TABLA 4.13. APORTACIONES DIRECTAS DE LOS ESTADOS DE LA UE  
PARA FINANCIACIÓN DE AH DURANTE 2014**

<b>Estado</b>	<b>Cantidad en millones de Dólares</b>
Reino Unido	2.000
Alemania	1250
Suecia	950
Noruega	700
Suiza	500
Dinamarca	450
Holanda	430
Francia	300
Bélgica	200
Irlanda	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de FTS de NNUU

**ECHO Departamento de Ayuda Humanitaria y Protección Civil de la UE**

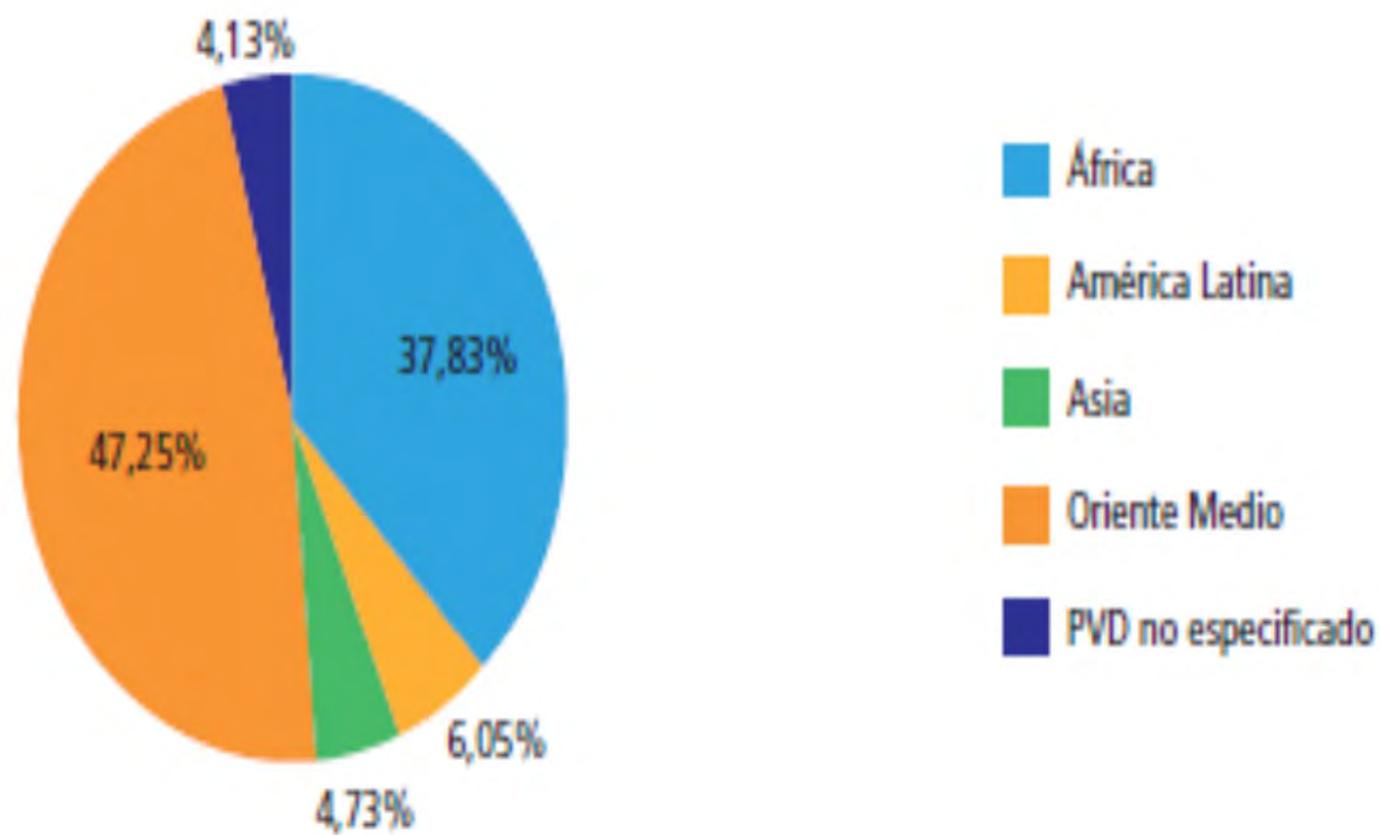
**Capítulo IV. Acción Humanitaria**

**TABLA 4.20. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA POR PAÍSES DE LA AH ESPAÑOLA 10 MAYORES**

<b>PAÍSES</b>	<b>2014</b>
Siria	9.018.445 €
Territorios Palestinos	8.049.138 €
Sierra Leona	5.467.652 €
Filipinas	4.190.971 €
Níger	2.175.000 €
Población Saharaui	2.149.772 €
Mali	1.977.368 €
Liberia	1.754.000 €
Sudán del Sur	1.720.238 €
Guinea	1.428.350 €

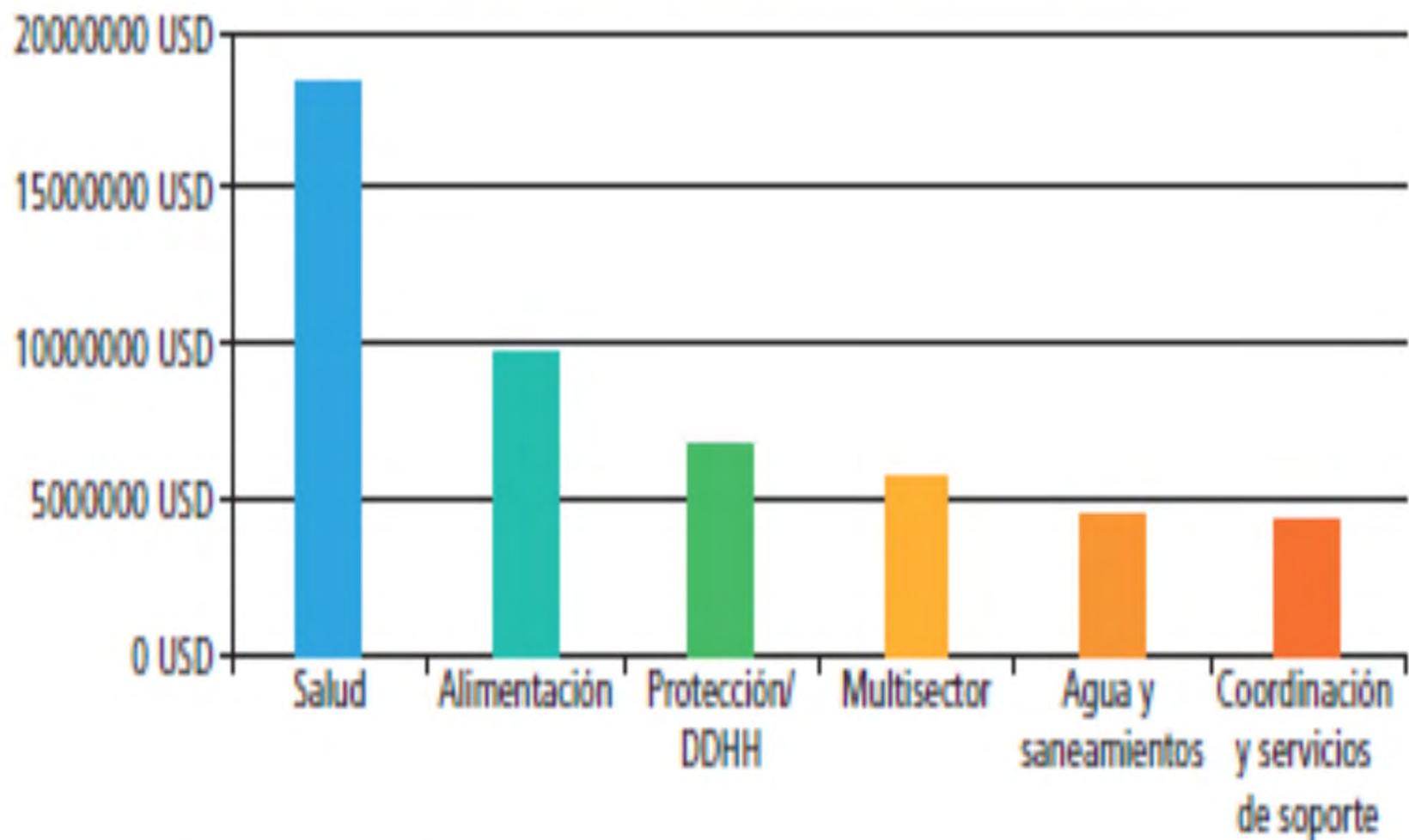
Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

## GRÁFICO 4.6. AYUDA HUMANITARIA DESCENTRALIZADA POR REGIONES DE DESTINO



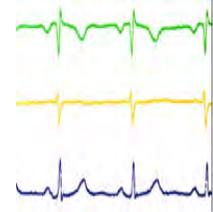
Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

GRÁFICO 4.5. ASIGNACIÓN DE FONDOS POR SECTORES EN 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

# CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



QUÉ

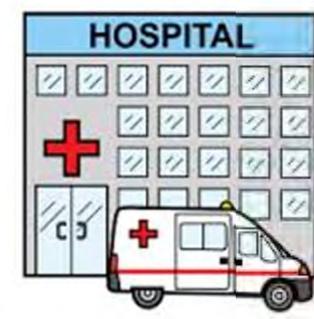
CUÁNTO

SALUD

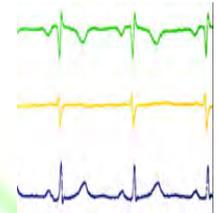
CÓMO



QUIEN



# PRESENTE ... Y FUTURO SALUD MUNDIAL



24

UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda

- Los ODM: no todos se van a alcanzar
- Post 2015 y Objetivos de Desarrollo Sostenibles: ¿Dónde estará la salud?
- OMS: cobertura universal..... ¿suficiente?

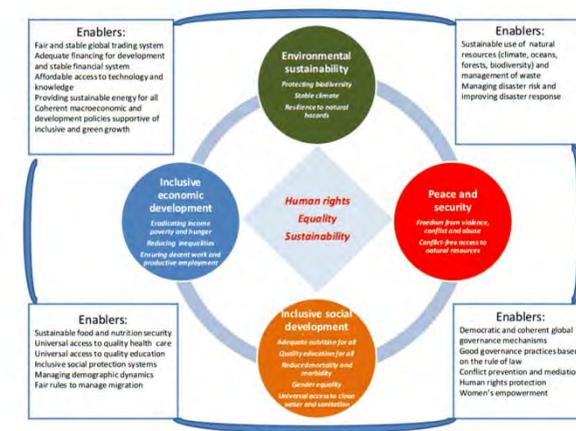
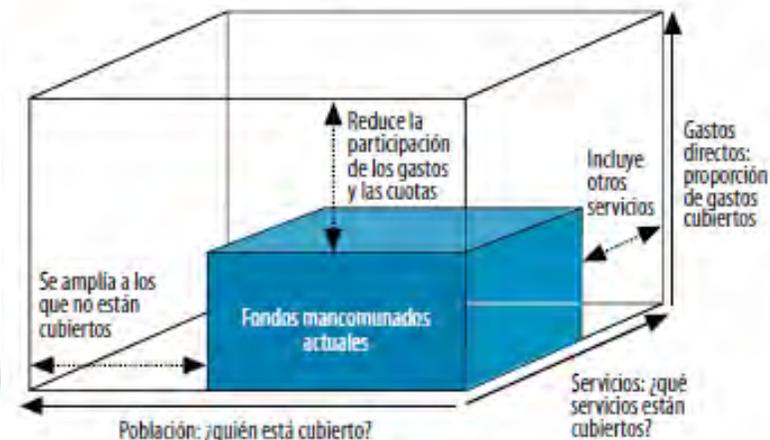


Figure 1. An integrated framework for realizing the "future we want for all" in the post-2015 UN development agenda

Figura 1. Tres dimensiones a tener en cuenta en el avance hacia la cobertura universal



# ¿QUE HEMOS APRENDIDO EN SALUD?

- Grandes avances en salud mundial
- Muchos actores se han incorporado
- Multidisciplinariedad de la salud
- Fortalecer sistemas de salud y APS

- Faltan indicadores: difícil medir
- No se han cumplido compromisos de financiación
- Debilidad estructural en muchos países receptores
- Dispersión: 100 asociaciones en salud + programas verticales

## CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



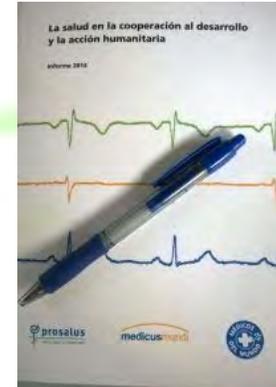
- ✓ La AOD española ha sufrido nuevos recortes y se ha situado en el 0,14% de la renta nacional bruta, el porcentaje más bajo desde 1989.
- ✓ La AOD para el sector salud se ha situado en el nivel más bajo desde el año 2000.
- ✓ En su conjunto, las cifras autonómicas en salud son las más bajas desde el año 2004.

## CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

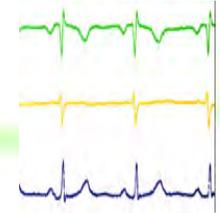


- ✓ Por tercer año consecutivo, y a pesar del incremento en la respuesta internacional, la financiación de la Acción Humanitaria Española se mantiene en cifras testimoniales, ocupando un lugar marginal en el ámbito de la Cooperación Española
- ✓ “Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos para todas las edades”, ODS 3, único objetivo dedicado específicamente a Salud.

# CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



- ✓ La Declaración de Roma sobre la Nutrición destaca los múltiples desafíos que representa la malnutrición para el desarrollo inclusivo y sostenible y para la salud, y reconoce que las causas profundas de la malnutrición y los factores que conducen a ella son complejos y multidimensionales.
- ✓ El Ebola ha demostrado que la salud es un problema global que requiere de soluciones globales, rápidas y contundentes.



# ¡GRACIAS!





## I CONGRESO COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL

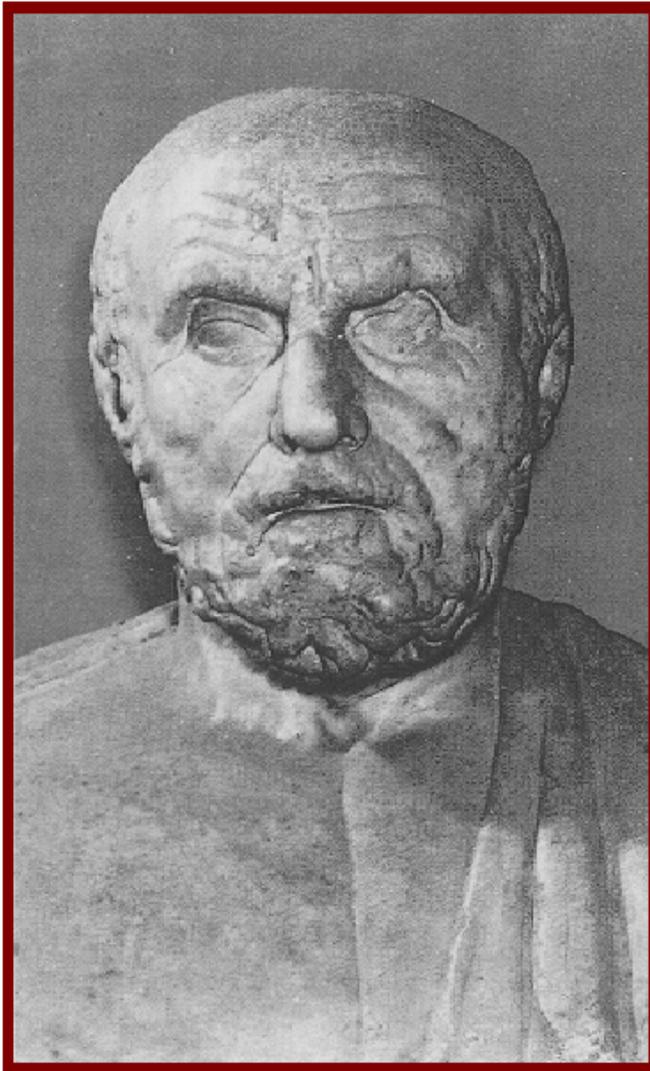
FUNDACIÓN PARA LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMC

26-28 de noviembre 2015 -Colegio de Médicos de Granada

# LA TUBERCULOSIS: ¿CÓMO CONTROLAR LA EPIDEMIA?

FRCO. JAVIER GARCÍA PÉREZ





*“La **Tisis** es la  
Enfermedad  
más extendida  
y **Fatal** de todos  
los **Tiempos**”*

*(Hipócrates, 460 a.c.)*



MARCH 4, 2013

The Next Pelé / China's Hackers / The World's Hardest Job

# TIME

# CONTAGION

Why drug-resistant tuberculosis threatens us all

BY KRISTA MAHR WITH PHOTOGRAPHS BY JAMES NACHTWEY

www.time.com

**REVISTA TIME**  
**March 4, 2013**

**The Drugs Don't Work**



# TB reasserts its deadly grip – and the drugs don't work

Experts warn of a potential health emergency as number of drug-resistant cases rises rapidly

By Sanchez Manning and Jonathan Owen

Medical experts warned last night that there could be a surge in cases of tuberculosis resistant to current drug treatments unless the Government takes urgent action.

Europe has seen a rapid increase in multi-drug-resistant – or MDR – tuberculosis, which cannot be treated with the two antibiotic treatments normally given to sufferers. In the past eight years scientists have seen an increase in another strain, known as XDR tuberculosis, which is resistant to even more TB drugs. A report published in *The Lancet* today warns that this more virulent variety could lead to the emergence of 'untreatable tuberculosis'.

In Britain the vast majority of TB cases are treatable. But cases of MDR jumped from 28 to 81 between 2000 and 2011, while some 24 cases of XDR tuberculosis have come to light in the past two years. Professor Alimuddin Zumla, from University College London and one of the authors of *The Lancet* report, warned that with growing immigration from eastern Europe these numbers could rise rapidly. "TB is a time bomb. If you don't curtail it now it will be out of control."

Professor Zumla cautioned that with the numbers of "home grown" resistant cases among the British-born population – particularly in London – also rising, the UK could find itself in the grip of a health emergency.

Tuberculosis was once one of the world's biggest killers and was known as the "white plague" when it ravaged Britain in Victorian times. By the 1970s it had almost been eradicated, but in the last 30 years there has been a major re-emergence of the disease, which is airborne and spread through close contact with others.



*"It's been a long and hard eight months for me. It's a massive relief to finally have the all clear"*

After six years travelling the world Simon Richardson, 26, from Burgh Castle, Norfolk returned to Britain last year and tried to join the Army, only to find he had drug-resistant TB. Now back to full health, he joined the Army last week.

It started to get gains in the left

TB rates in Britain have increased rapidly and now stand at around 9,000 cases – the highest level since the 1970s. Between 2001 and 2010 more than 4,800 people died of TB in the UK. The Health Protection Agency has forecast that if the rise in TB continues at its current rate then by 2015 Britain will have more new cases each year than in the whole of the US.

Dr Paul Cosford, director for health protection at the newly formed Public Health England, said: "It's quite a striking figure that in the

side of my chest but didn't think anything of it until it would lead away – and started to get worse... It's been a long and hard eight months for me – the side effects of the drugs were pretty bad – but it's a massive relief to finally have the all clear."

whole of the States there might be fewer cases of TB each year than in the whole of the UK, given the difference in population numbers. It's a bit of a wake-up call." He added: "The multi-drug resistance is a worry because this gets into an area where we're losing the ability to treat TB because of the lack of antibiotics."

A government task force is being set up to tackle the problem, and its first meeting will be next month. Dr Cosford said: "As a preventable and treatable condition which still causes

as much suffering, TB will be a major priority for Public Health England."

There is growing alarm at the rise of drug-resistant TB globally, with the World Health Organization estimating that there around 600,000 cases were diagnosed in 2011.

But experts say there are likely to be four times as many undiagnosed cases. It is now the world's second biggest infectious killer, and despite a recent decline in the number of TB-related mortalities, it was still blamed for an estimated 1.4 million deaths worldwide in 2011.

The highest levels of drug-resistant TB have emerged in the former Soviet Union. In countries such as Ukraine, Belarus and Kazakhstan more than 30 per cent of new TB patients have the MDR strain. Across the globe, it is estimated that there are around 40,000 people suffering from XDR TB.

*The Lancet* report, published to coincide with World TB Day, warns: "The widespread emergence of XDR tuberculosis could lead to virtually untreatable tuberculosis. With the case of international travel and increased rates of MDR in eastern Europe, central Asia and elsewhere, the threat and range of untreatable tuberculosis is very real."

Professor Mario Raviglione, director of the World Health Organization's TB department, said with drug-resistant strains spreading to 84 countries there is a pressing need for better treatments. Current tests to diagnose and the cocktail of drugs used to treat the disease are increasingly ineffective in the face of MDR and XDR tuberculosis, he added. "They are also quite toxic, so some of them can cause problems with the liver... some others can cause problems with the brain – you get convulsions and psychologically strange behaviour. That's why we badly need research and badly need new tuberculosis drugs."

# Tuberculosis: "Una crisis global"

---

- La OMS en 1993 declaró la tuberculosis una emergencia global

Se estima que hasta el 2020, si no mejora el control de la Tuberculosis, enfermarán 200 millones de personas de los cuales 70 fallecerán



Organización  
Mundial de la Salud

## ESTRATEGIA

# ALTO

## A LA TUBERCULOSIS

StopTB Partnership

© WHO 2006

### VISIÓN

### UN MUNDO LIBRE DE TUBERCULOSIS

### FINALIDAD

Reducir marcadamente la carga mundial de tuberculosis para 2015, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de la alianza Alto a la Tuberculosis

### OBJETIVOS

- Conseguir el acceso universal a un diagnóstico de calidad y a un tratamiento centrado en el paciente
- Reducir el sufrimiento humano y la carga socioeconómica asociados a la tuberculosis
- Proteger a las poblaciones vulnerables contra la tuberculosis, la tuberculosis/VIH y la tuberculosis multiresistente
- Apoyar el desarrollo de nuevos medios y hacer posible que se usen pronta y eficazmente

### METAS

- ODM 6, Meta 8: Detener y comenzar a reducir la incidencia de tuberculosis para 2015
- Metas relacionadas con los ODM y apoyadas por la alianza Alto a la Tuberculosis:
  - 2005: detectar al menos el 70% de los casos de tuberculosis infecciosa y curar al menos el 85% de ellos
  - 2015: reducir la prevalencia de tuberculosis y la mortalidad por esa causa en un 50% respecto a 1990
  - 2050: eliminar la tuberculosis como problema de salud pública (1 caso por millón de habitantes)

# GLOBAL TUBERCULOSIS REPORT

# 2015

20<sup>th</sup> edition



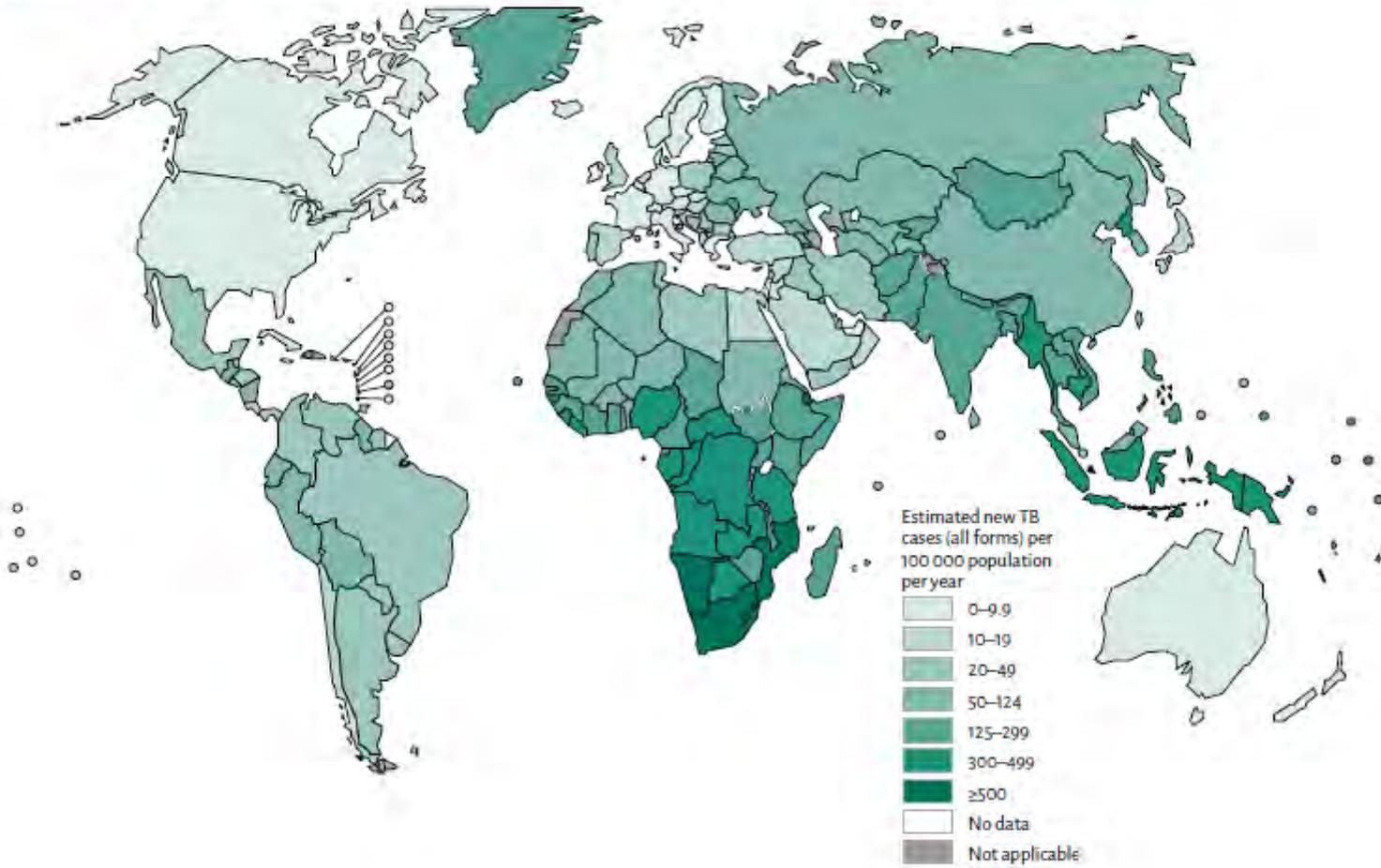
World Health  
Organization



- Incidencia 9,6 millones casos nuevos ( $133/10^5$  habitantes)
- Distribución desigual: Asia (58%), África (28%), Mediterráneo oriental (8%), Europa (3%), América (3%)
- 12% infectados por VIH
- 1,5 millones de muertes (400.000 en infectados por VIH)
- 480.000 casos MDR-TB (más de la mitad en India, China y Rusia) con 190.000 fallecimientos
- 9,7% de MDR-TB son XDR-TB
- Europa: 340.000 casos ( $37/10^5$  hab), 73.000 casos MDR-TB
- España (2013): 5.535 casos declarados oficialmente ( $11,88/10^5$  hab), aunque la SEPAR estima  $15-20/10^5$  hab. Altas tasas en población inmigrante

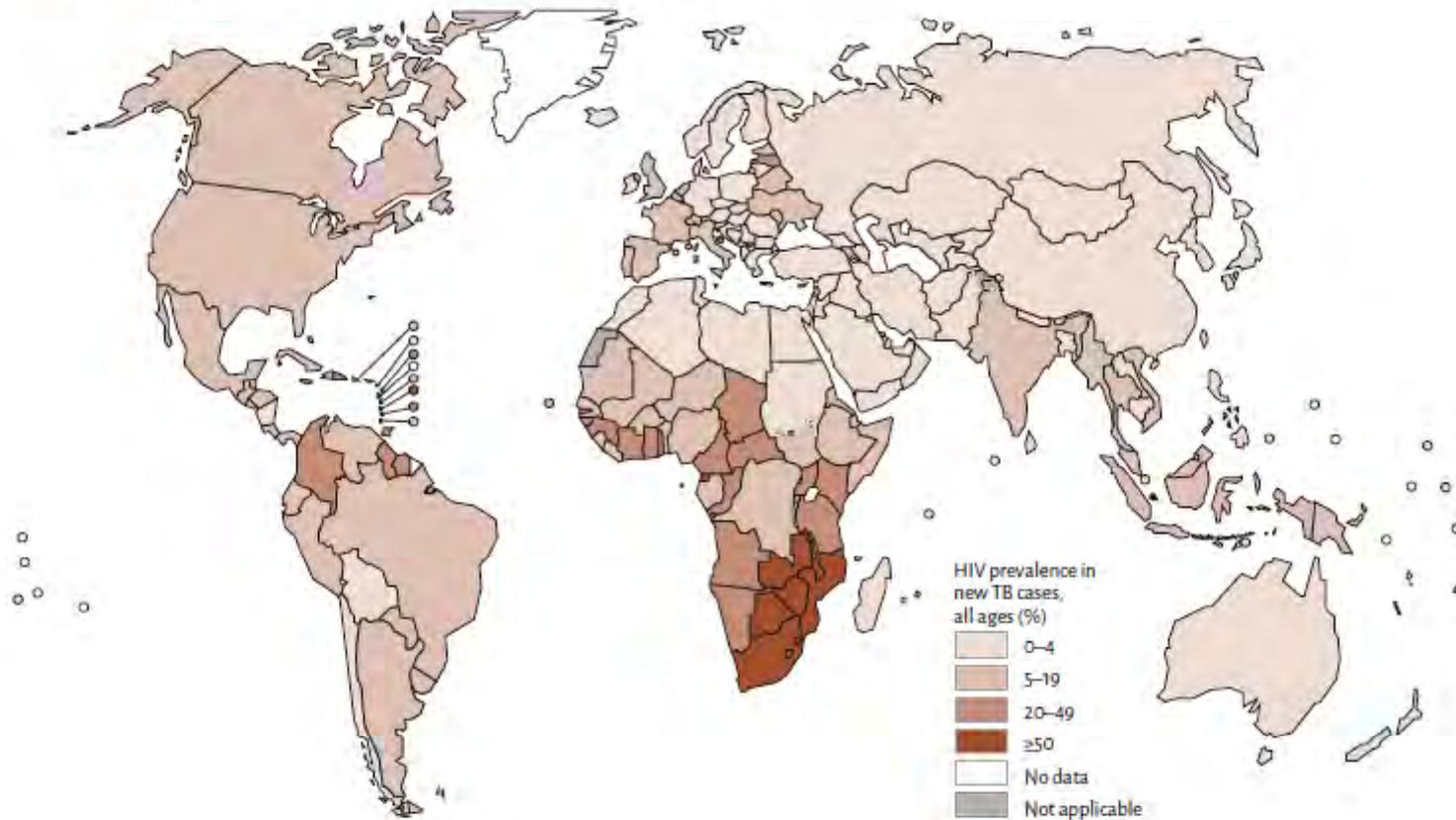
**FIGURE 2.6**

**Estimated TB incidence rates, 2014**



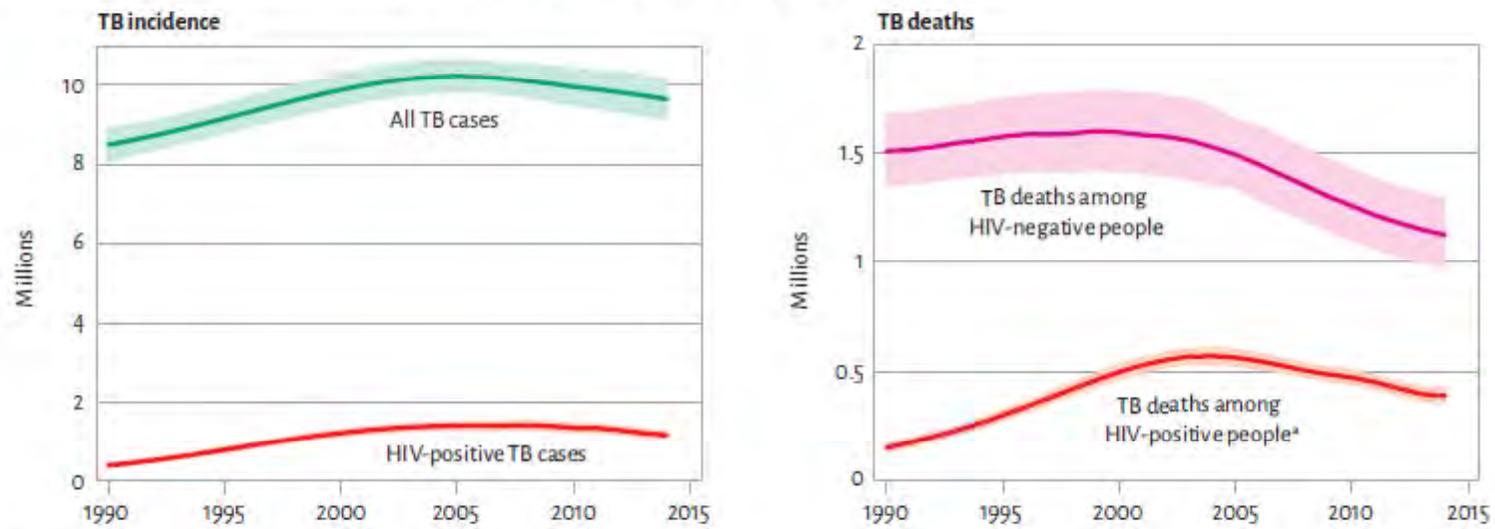
**FIGURE 2.5**

Estimated HIV prevalence in new and relapse TB cases, 2014



**FIGURE 2.3**

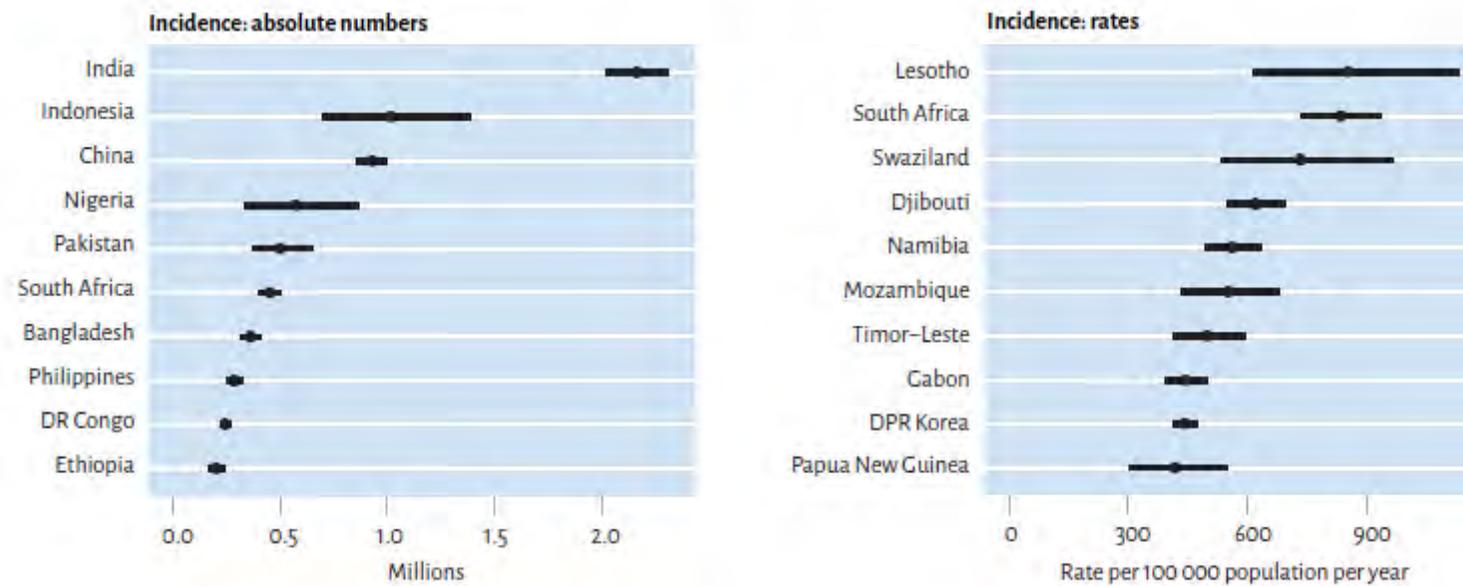
Estimated absolute numbers of TB cases and deaths (in millions per year), 1990–2014



<sup>a</sup> HIV-associated deaths are classified as HIV deaths according to ICD-10.

**FIGURE 2.4**

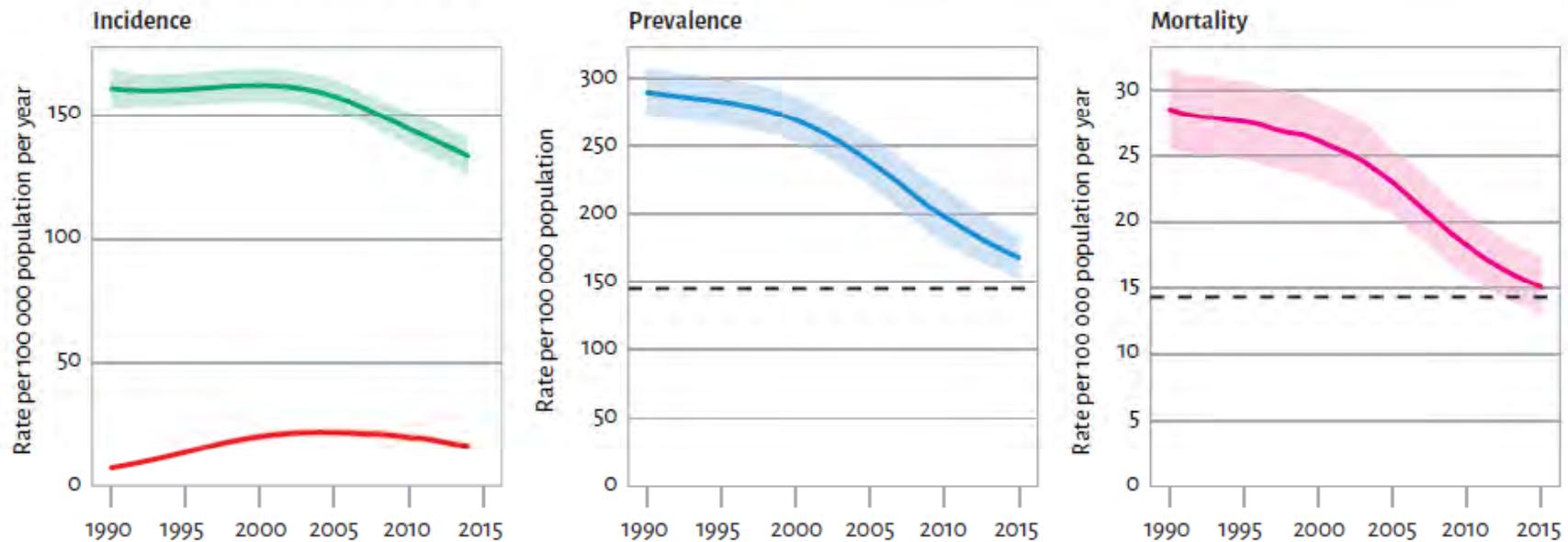
**Estimated TB incidence: top-ten countries, 2014.** The range shows the lower and upper bounds of the 95% uncertainty interval. The bullet marks the best estimate.



**FIGURE 2.8**

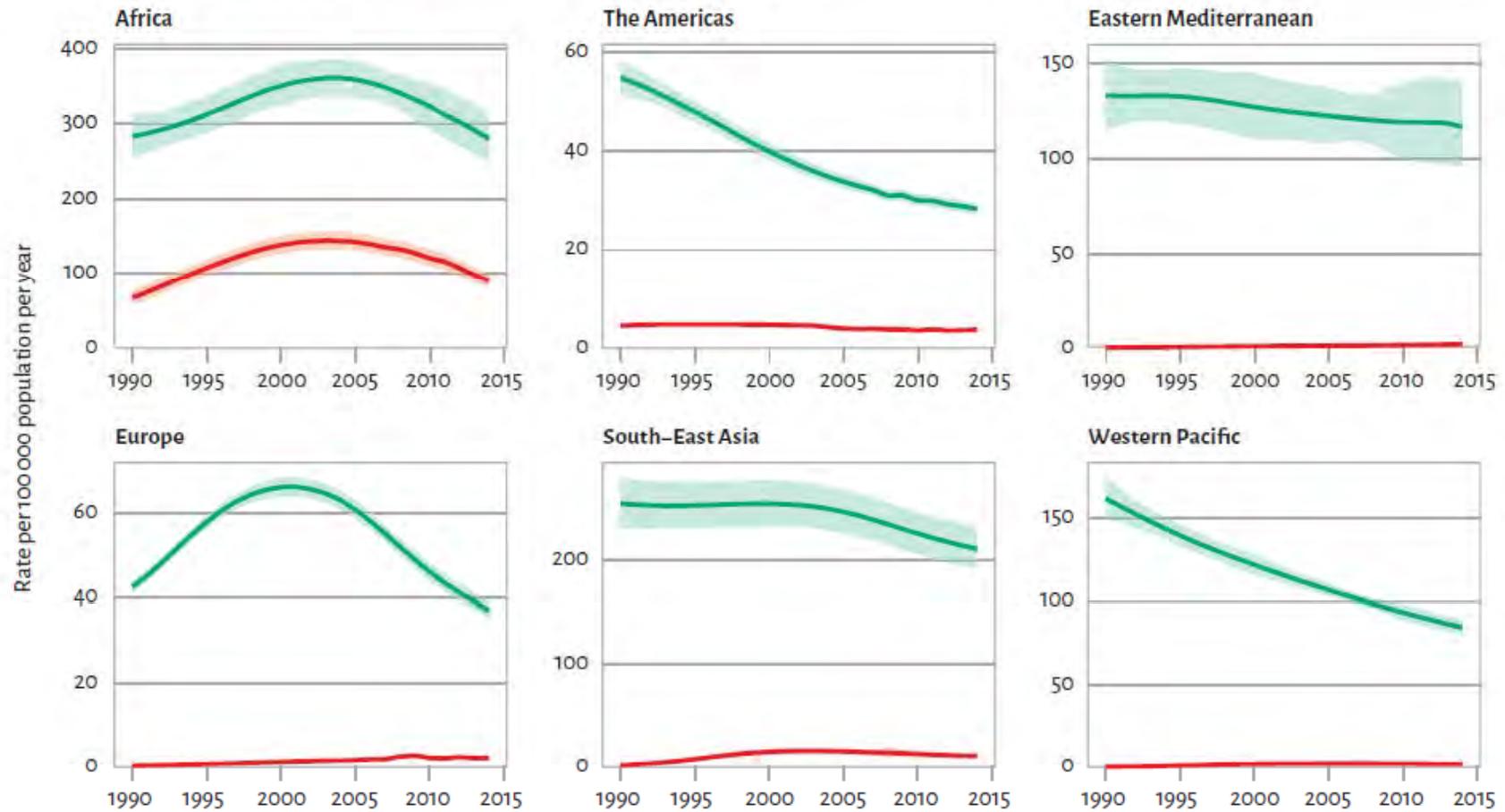
**Global trends in estimated rates of TB incidence (1990-2014), and prevalence and mortality rates (1990–2015).**

Left: Estimated incidence rate including HIV-positive TB (green) and estimated incidence rate of HIV-positive TB (red). Centre and right: The horizontal dashed lines represent the Stop TB Partnership targets of a 50% reduction in prevalence and mortality rates by 2015 compared with 1990. Shaded areas represent uncertainty bands. Mortality excludes TB deaths among HIV-positive people.



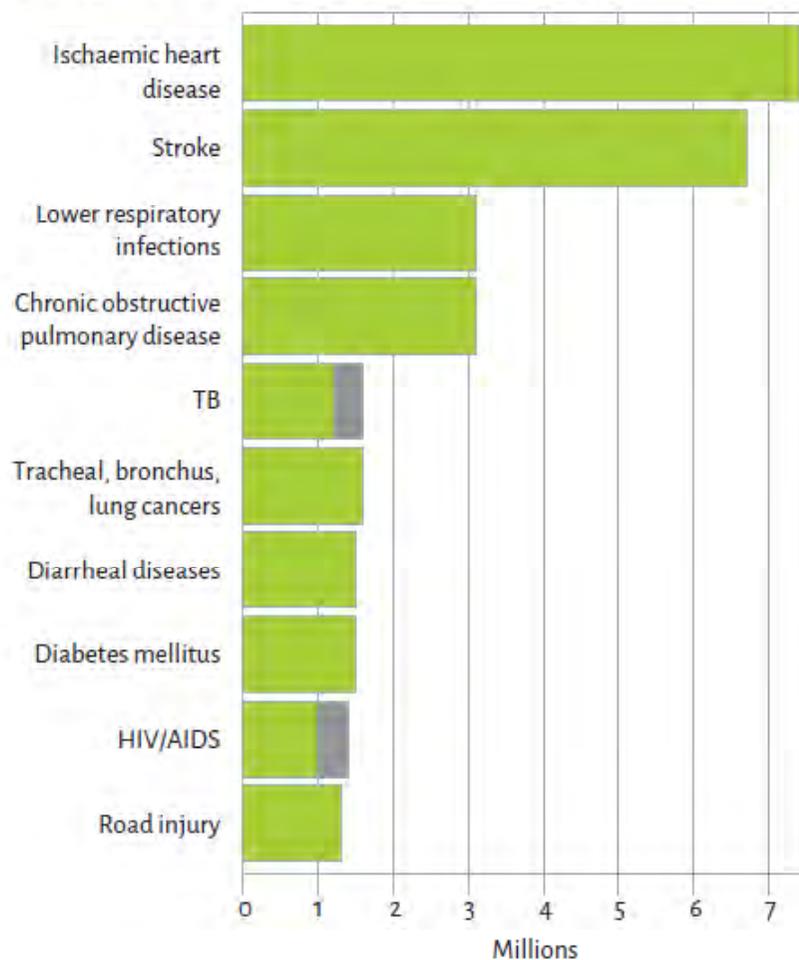
**FIGURE 2.9**

**Estimated TB incidence rates by WHO region, 1990–2014.** Estimated TB incidence rates (green) and estimated incidence rates of HIV-positive TB (red). Shaded areas represent uncertainty bands.



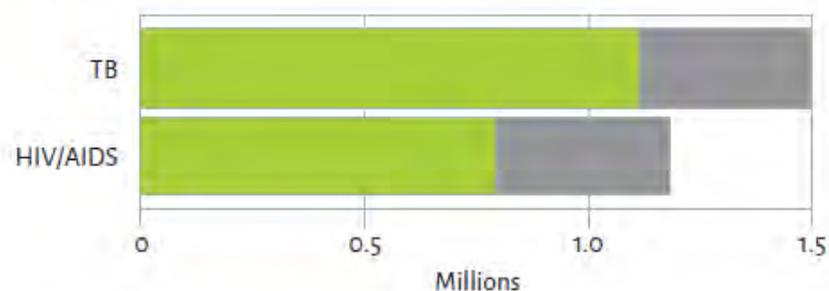
**FIGURE 2.16a**

Top causes of death worldwide in 2012.<sup>a,b</sup> Deaths from TB among HIV-positive people are shown in grey.<sup>c</sup>



**FIGURE 2.16b**

Estimated number of deaths from HIV/AIDS and TB in 2014. Deaths from TB among HIV-positive people are shown in grey.<sup>a,b</sup>

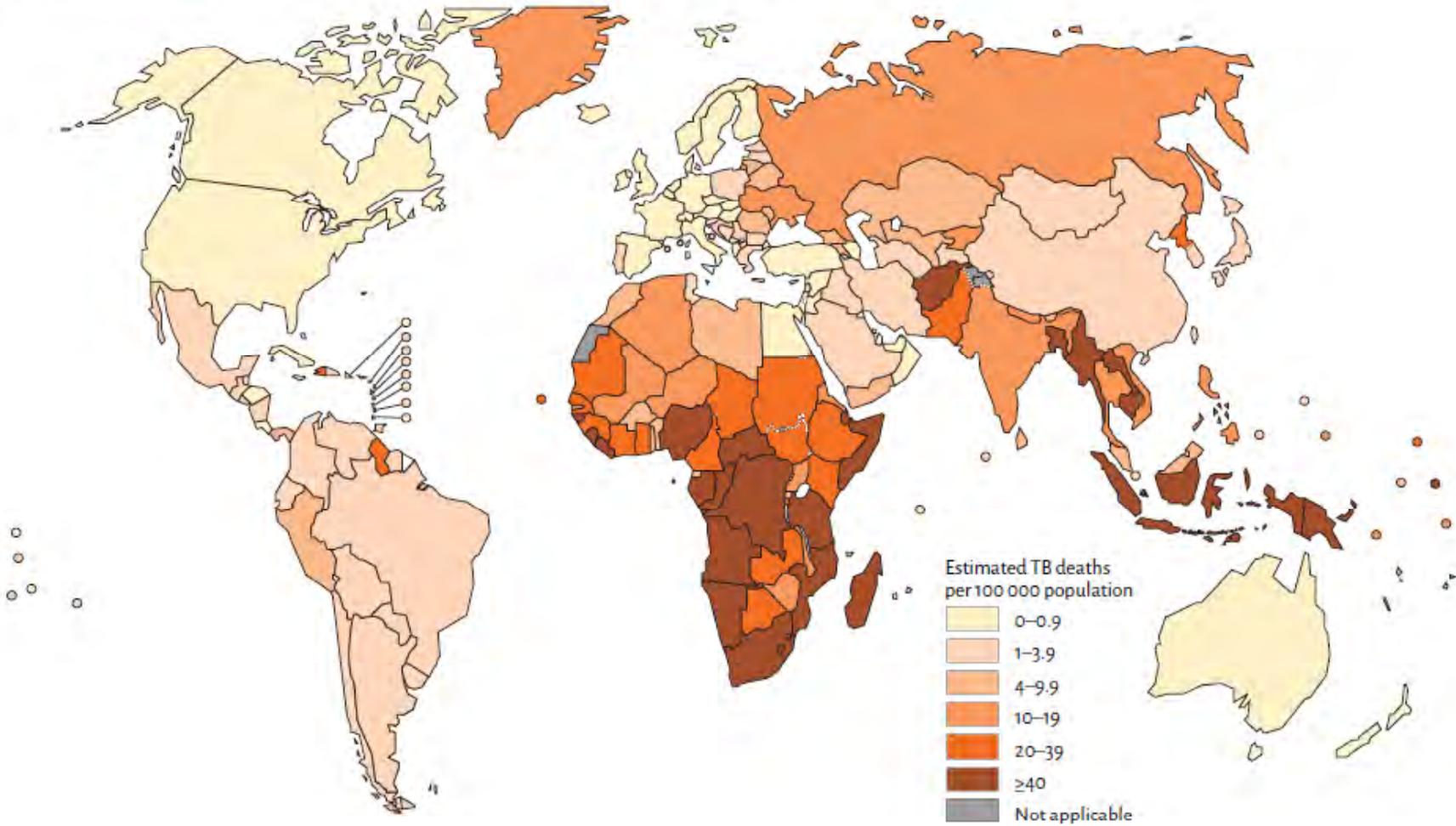


<sup>a</sup> For HIV/AIDS, the latest estimates of the number of deaths in 2014 that have been published by UNAIDS are available at [www.unaids.org/en/resources/documents/2015/HIV\\_estimates\\_with\\_uncertainty\\_bounds\\_1990-2014](http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/HIV_estimates_with_uncertainty_bounds_1990-2014). For TB, the estimates for 2014 are those published in this report.

<sup>b</sup> Deaths from TB among HIV-positive people are officially classified as deaths caused by HIV/AIDS in the *International classification of diseases*.

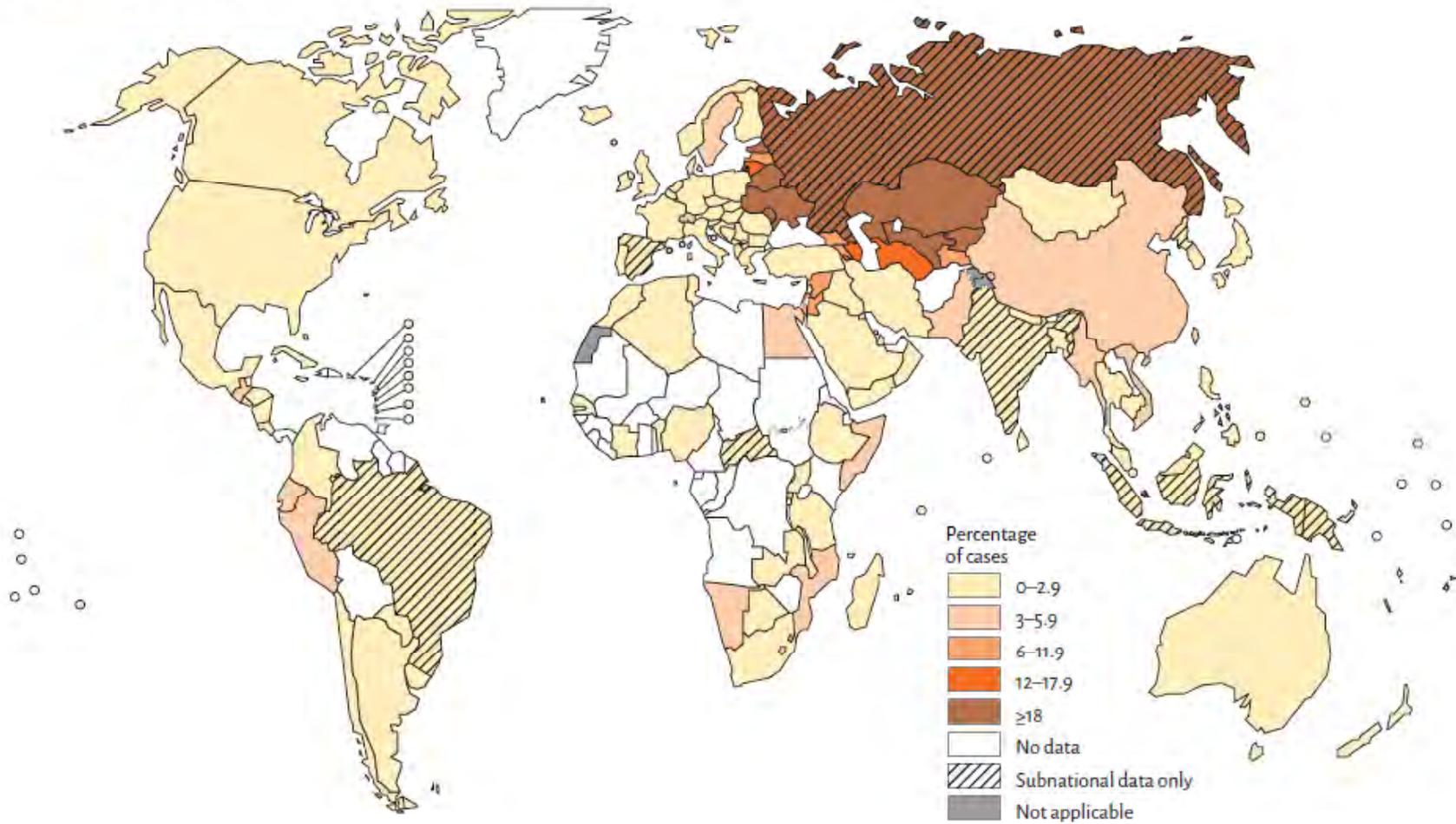
**FIGURE 2.17**

Estimated TB mortality rates excluding TB deaths among HIV-positive people, 2014



**FIGURE 4.2**

Percentage of new TB cases with MDR-TB<sup>a</sup>



# Management of patients with multidrug-resistant/extensively drug-resistant tuberculosis in Europe: a TBNET consensus statement

Chris  
Graham  
Kwok  
Martini  
Conn  
Liga  
Dick  
Andre  
Grigo  
Wing-

Affiliati

Corresp  
Researc  
Borstel

ABSTR  
tubercu  
Health  
manage

systems. The treatment with currently available anti-TB therapies to achieve complete cure is long and undermined by a high frequency of adverse drug events, suboptimal treatment adherence, high costs and low treatment success rates. Availability of optimal management for patients with MDR/XDR-TB is limited even in the European Region. In the absence of a preventive vaccine, more effective diagnostic tools and novel therapeutic interventions the control of MDR/XDR-TB will be extremely difficult. Despite recent scientific advances in MDR/XDR-TB care, decisions for the management of patients with MDR/XDR-TB and their contacts often rely on expert opinions, rather than on clinical evidence.

This document summarises the current knowledge on the prevention, diagnosis and treatment of adults and children with MDR/XDR-TB and their contacts, and provides expert consensus recommendations on questions where scientific evidence is still lacking.

- MAL MANEJO DE TB SENSIBLE
- POBRE ESTRATEGIA CONTROL TB MDR
- CRISIS ECONÓMICA GLOBAL
- DESIGUALDADES SOCIALES
- LAGUNAS EN INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO



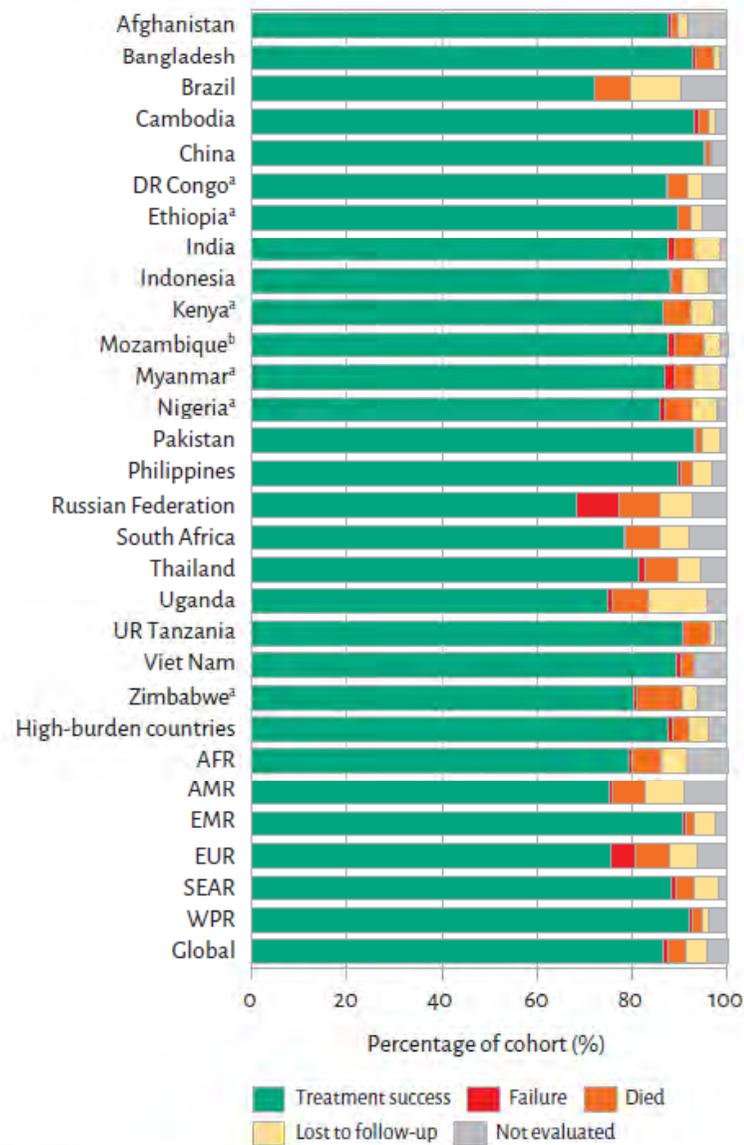
## EDITORIAL

# Multidrug-resistant tuberculosis in Eastern Europe: still on the increase?

**Giovanni Battista Migliori\***, **Masoud Dara<sup>#</sup>**, **Pierpaolo de Colombani<sup>#</sup>**, **Hans Kluge<sup>#</sup>** and **Mario C. Raviglione<sup>1</sup>**

- WHO prioriza TB MDR desarrollando un plan de prevención y control
- Bielorrusia (Minsk):
  - 50% de casos dignosticados son cepas MDR
  - Transmisión reciente y acelerada
  - Causas: lentitud diagnóstica, ausencia seguimiento ambulatorio, hospitalización prolongada (diseminación nosocomial)
  - Actuación urgente y necesaria, con programas de control
  - Adecuada financiación

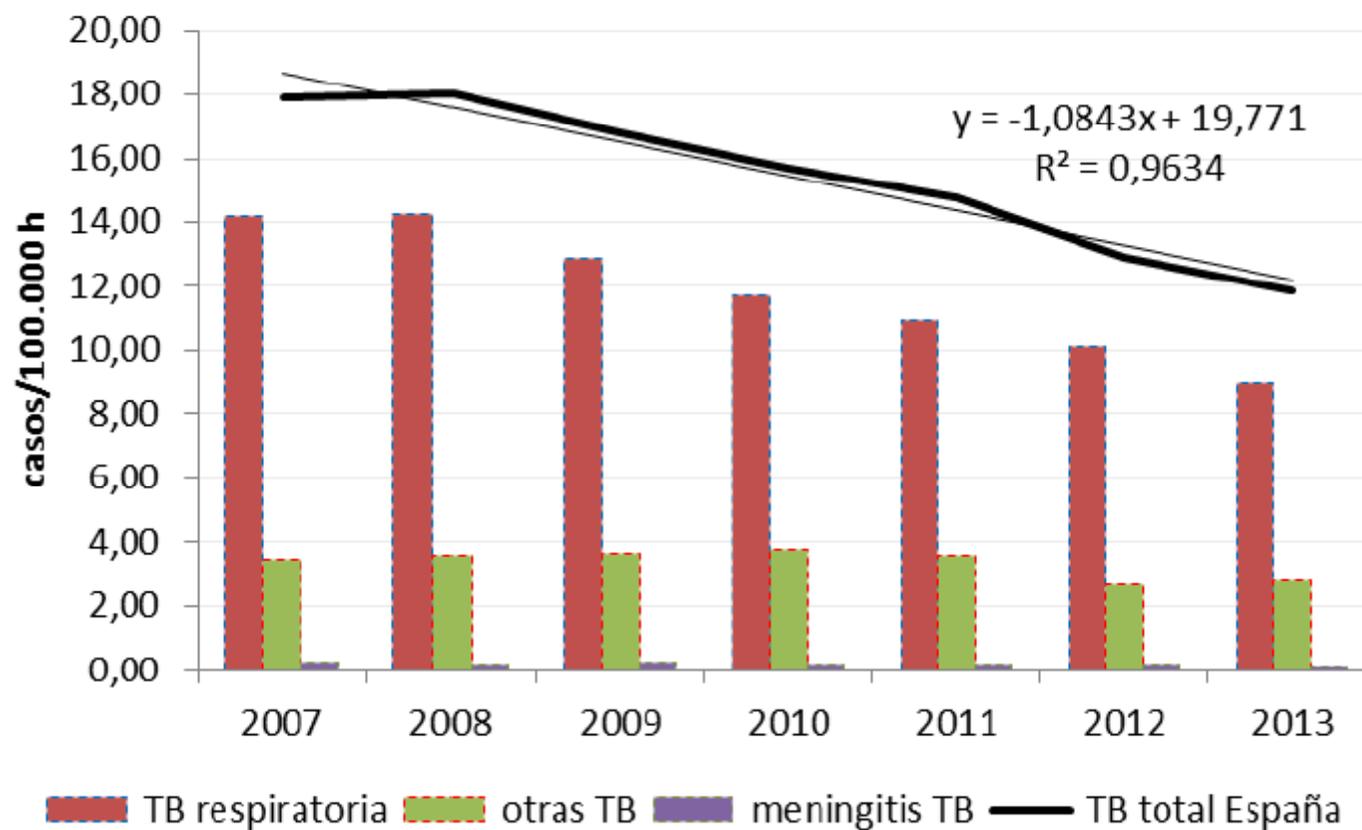
### Treatment outcomes for new and relapse cases, 2013, globally, for the six WHO regions and 22 high-burden countries



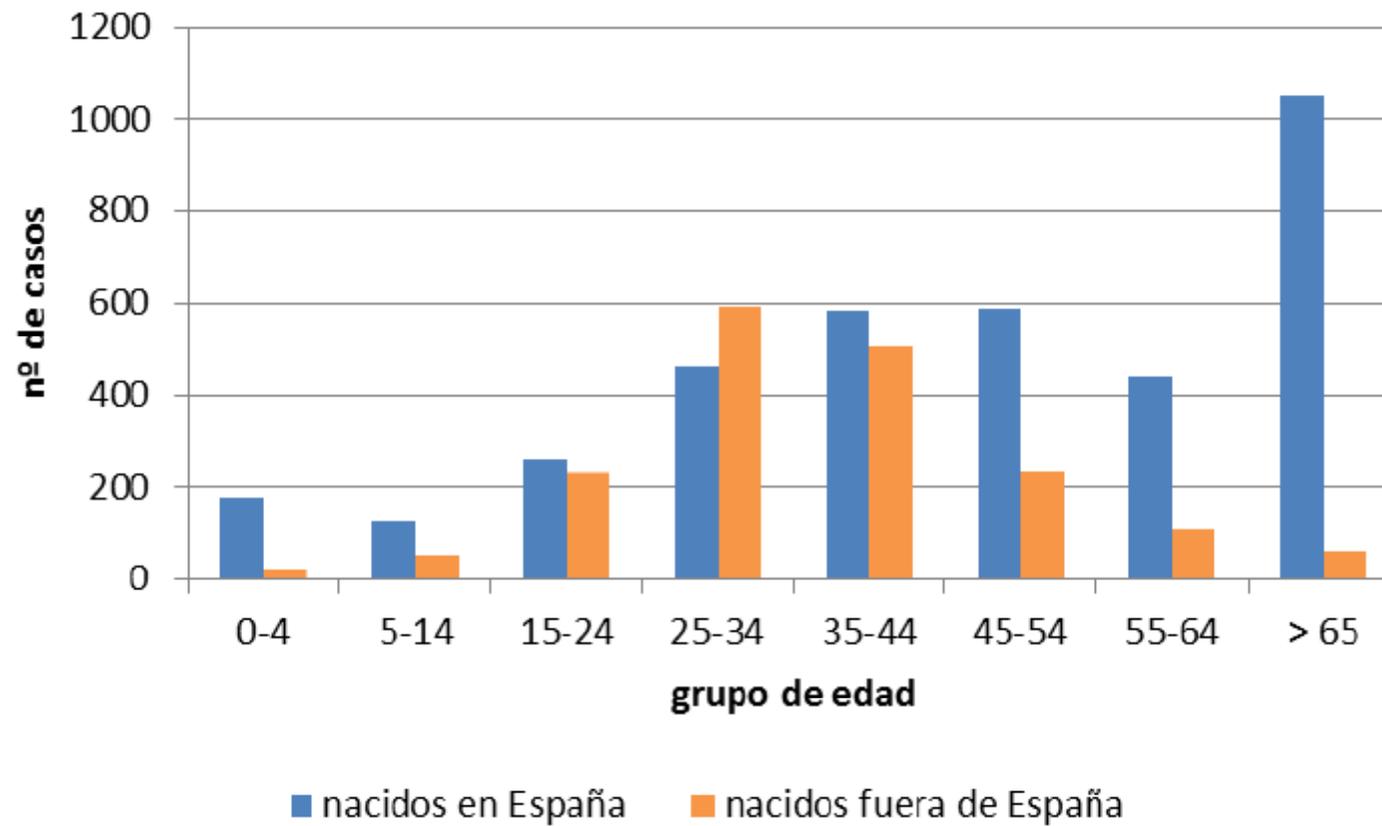
<sup>a</sup> Treatment outcomes are for new cases only.  
<sup>b</sup> Treatment outcomes in Mozambique are for new pulmonary bacteriologically-confirmed cases only. Introduction of monitoring of outcomes for other cases was started in 2015.

Treatment outcomes for patients diagnosed with MDR-TB by WHO Region, 2007–2012 cohorts. The total number of cases with outcome data is shown beside each bar





Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
 Elaboración: Centro Nacional de Epidemiología



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica  
Elaboración: Centro Nacional de Epidemiología

# ESTRATEGIAS BÁSICAS CONTROL TB

1. Detección y tratamiento precoz de enfermos
2. Identificación, protección y evaluación de los contactos de las formas contagiosas de TB
3. Prevención de la TB en la población con infección tuberculosa
4. Reducción de la carga creciente de TB, identificando y actuando en ambientes de alto riesgo de transmisión

1

Sputum liquefaction and inactivation with 2:1 sample reagent



2

Transfer of 2 ml material into test cartridge



3

Cartridge inserted into MTB-RIF test platform (end of hands-on work)



4

Sample automatically filtered and washed

5

Ultrasonic lysis of filter-captured organisms to release DNA

6

DNA molecules mixed with dry PCR reagents

7

Seminested real-time amplification and detection in integrated reaction tube

8

Printable test result



Time to result, 1 hour 45 minutes

# 2 RHZE + 4 RH

A. FASE INTENSIVA

2 RHZE (diaria)

B. FASE DE CONTINUACIÓN

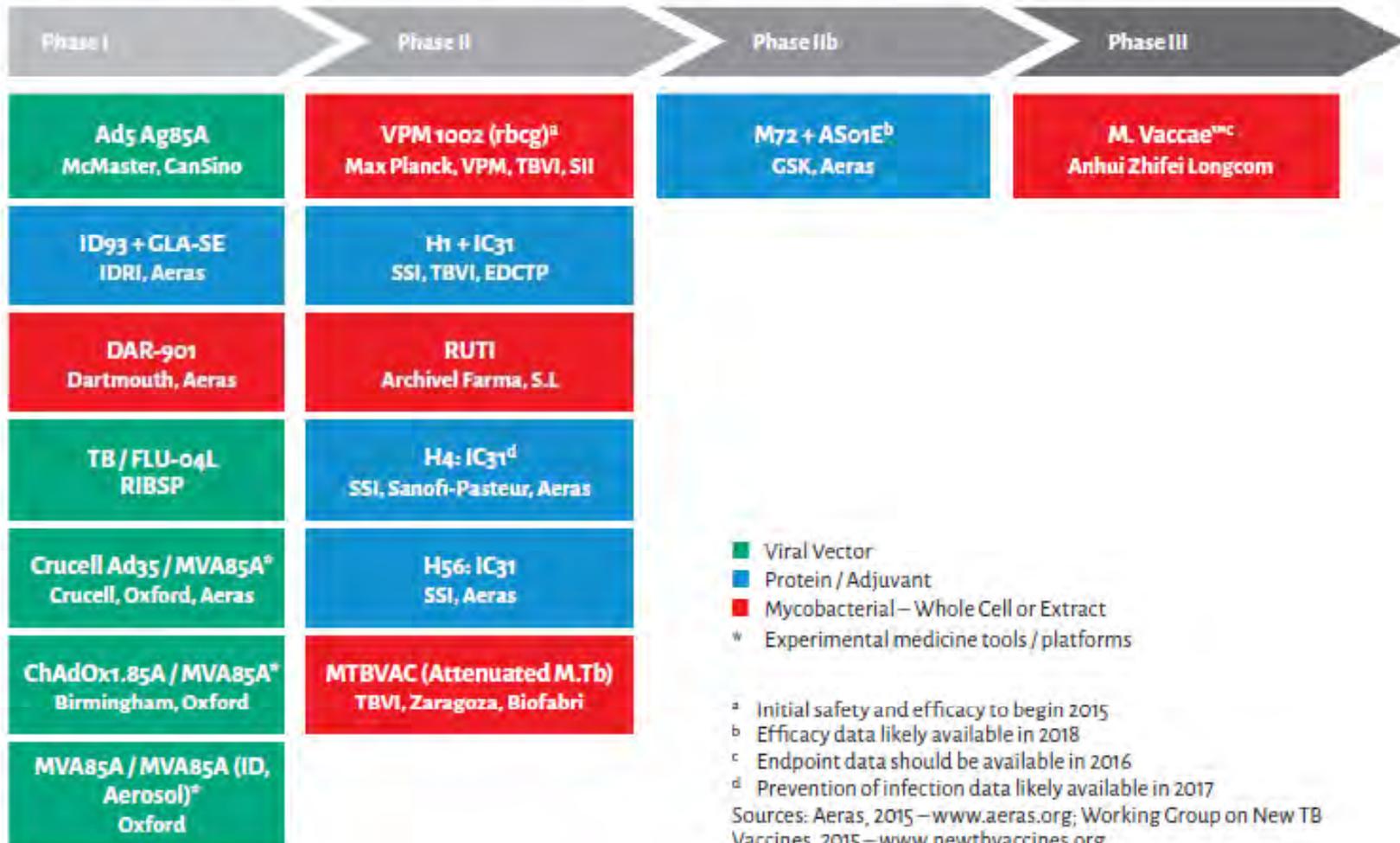
4 RH (diaria/trisemanal)

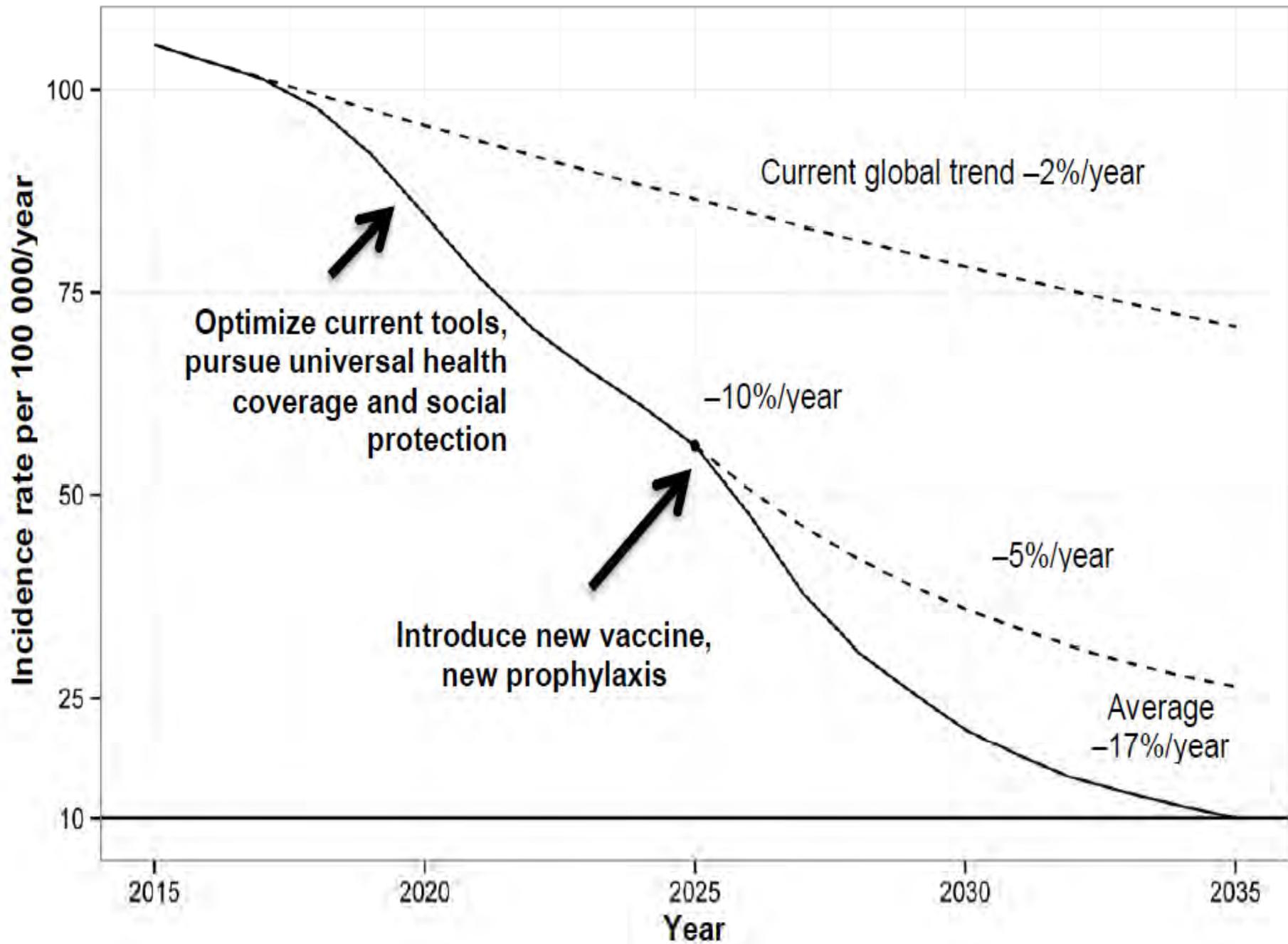
## MANEJO FARMACOLÓGICO DE MDR-TB Y XDR-TB

Grupos de fármacos	Fármacos	Número máximo a usar en MDR-TB o XDR-TB
Orales (1ª línea)	H,R,Z,E	2
Inyectables (bactericidas)	Capreomicina, Kanamicina, Amikacina	1
Quinolonas	Moxifloxacino, Levofloxacino	1
2ª línea (bacteriostáticos)	Protionamida/Etionamida, Cicloserina/Terizidona, PAS	3
Otros con dudosa eficacia o con toxicidad elevada	<u>Linezolid</u> , Amoxicilina-clavulánico, Clofazimina, Meropenem, H (altas dosis)	6

**FIGURE 8.4**

The development pipeline for new TB vaccines, August 2015







21 MAYO 2014  
ESTRATEGIA MUNDIAL Y METAS PARA LA  
PREVENCIÓN, LA ATENCIÓN Y EL CONTROL DE LA  
TB DESPUÉS DE 2015

Metas a lograr en **2035**:

1. Reducción del **95%** de la mortalidad
2. Disminución del **90%** de la incidencia (<10 casos/10<sup>5</sup> hab)
3. Eliminación de los catastróficos **gastos** en las familias con pacientes



21 MAYO 2014  
ESTRATEGIA MUNDIAL Y METAS PARA LA  
PREVENCIÓN, LA ATENCIÓN Y EL CONTROL DE LA  
TB DESPUÉS DE 2015

Principios de actuación:

1. Responsabilidad y administración de los gobiernos, con monitorización y evaluación
2. Coaliciones con las comunidades afectadas y con la sociedad civil
3. Protección de los derechos humanos y promoción de la ética y la equidad
4. Adaptación de las estrategias y las metas a los distintos contextos epidemiológicos, socioeconómicos y sanitarios



World Health  
Organization

# PILARES BÁSICOS

ATENCIÓN Y  
PREVENCIÓN  
INTEGRADAS Y  
CENTRADAS EN EL  
PACIENTE

POLÍTICAS AUDACES Y  
SISTEMAS DE APOYO

INTENSIFICACIÓN DE  
LA INVESTIGACIÓN Y  
LA INNOVACIÓN



World Health  
Organization

## ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRADAS Y CENTRADAS EN EL PACIENTE

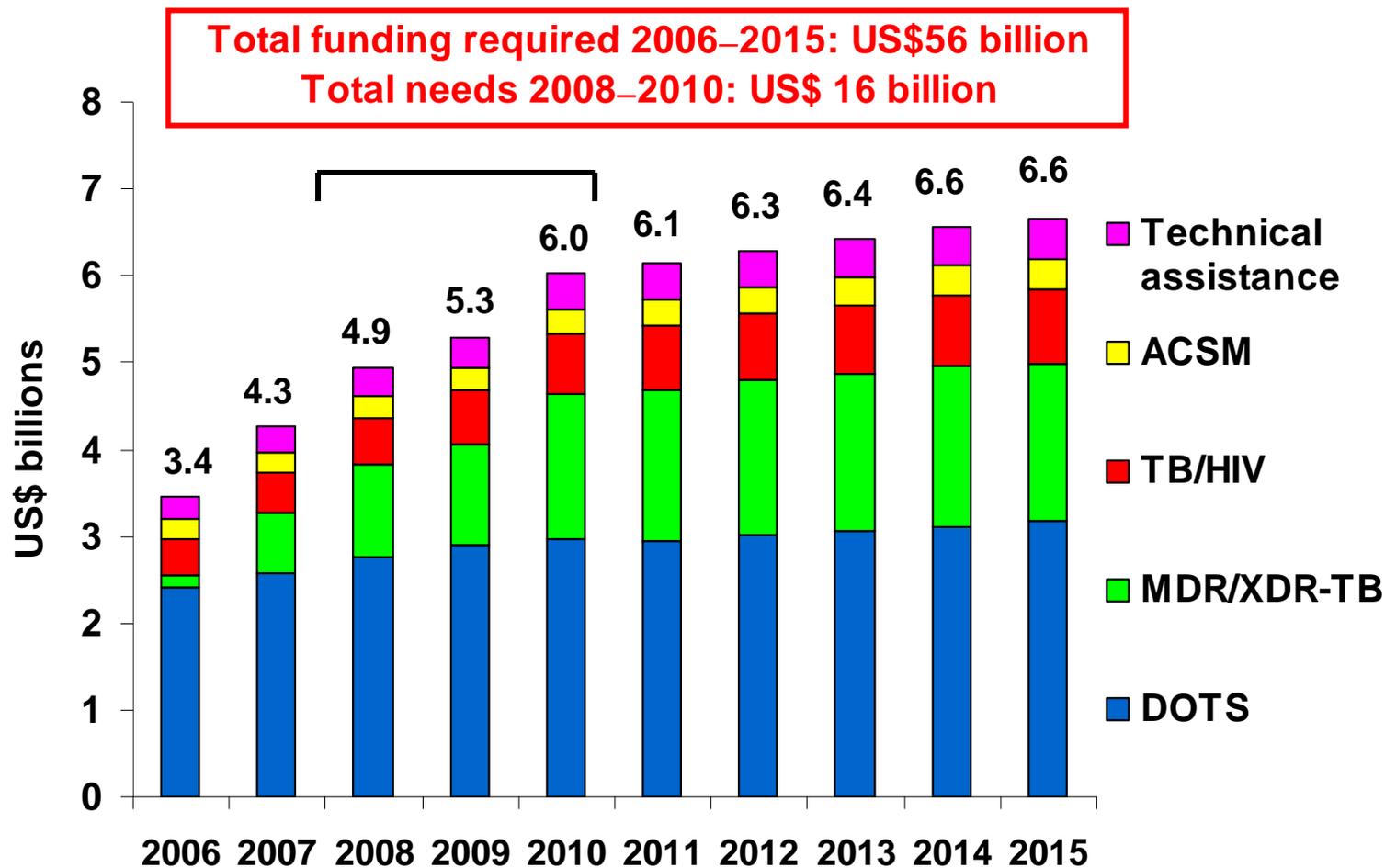
1. Diagnóstico precoz de TB incluyendo estudio de resistencias y screening de los contactos de los grupos de alto riesgo
2. Tratamiento de todas las formas de TB, con medidas de apoyo a los pacientes
3. Colaboración con los programas de VIH y manejo de las comorbilidades
4. Tratamiento preventivo de las personas de alto riesgo y vacunación



## **POLÍTICAS AUDACES Y SISTEMAS DE APOYO**

1. Compromiso político con recursos adecuados para cuidado y prevención de la TB
2. Alianza de las comunidades, organizaciones civiles y agentes de salud públicos y privados
3. Cobertura sanitaria universal e infraestructura para notificación de casos, registros de supervivencia, uso racional de fármacos y control de la infección
4. Protección social, disminución de la pobreza y acciones sobre determinantes sociales

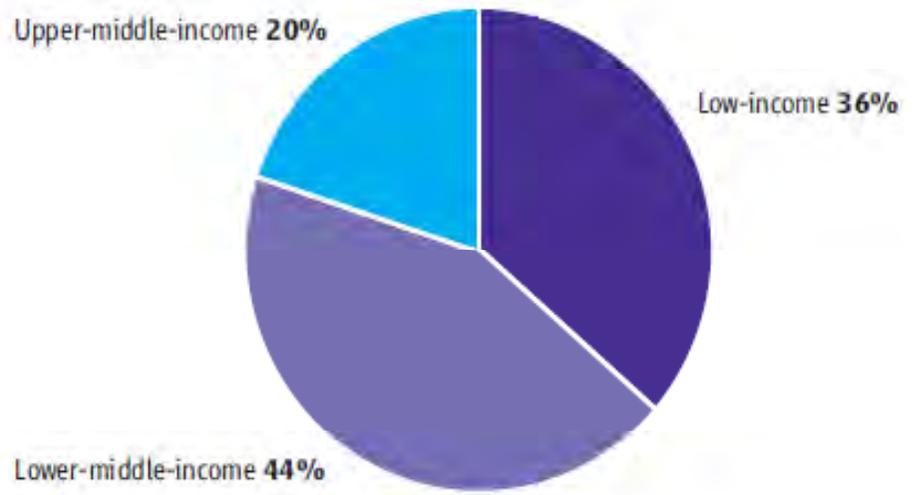
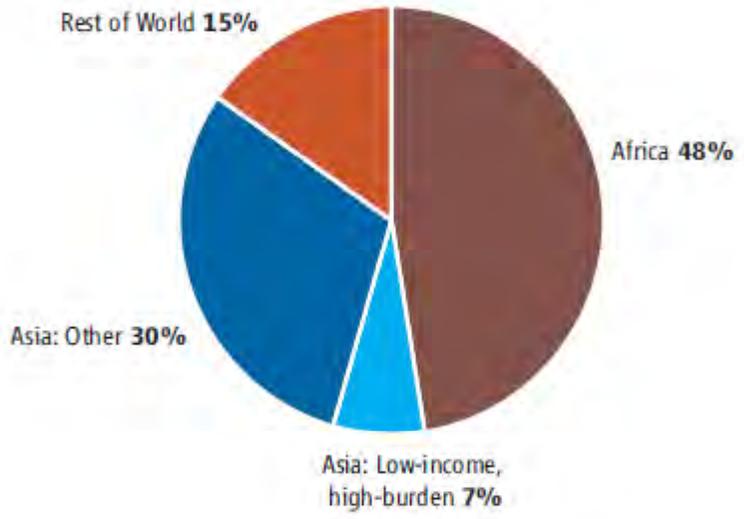
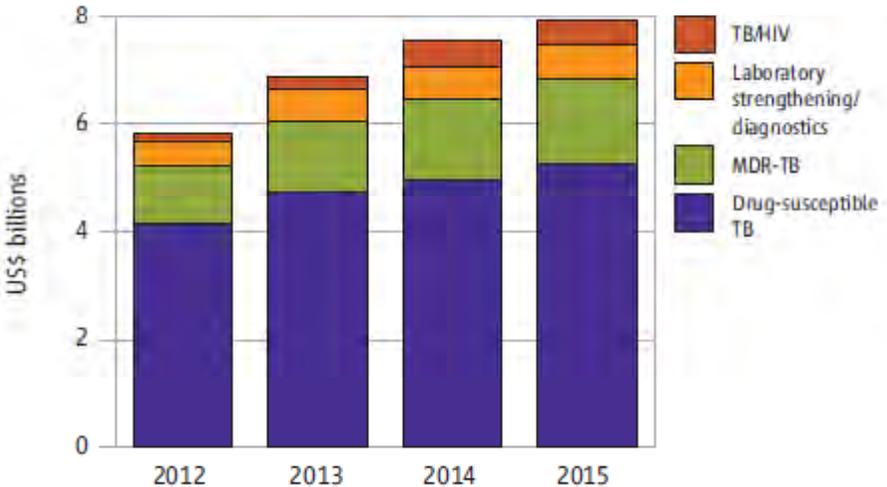
# Fondos requeridos para implementar programas de TB entre 2006-2015



*Most of the increased funding requirement is for MDR/XDR-TB and TB/HIV*

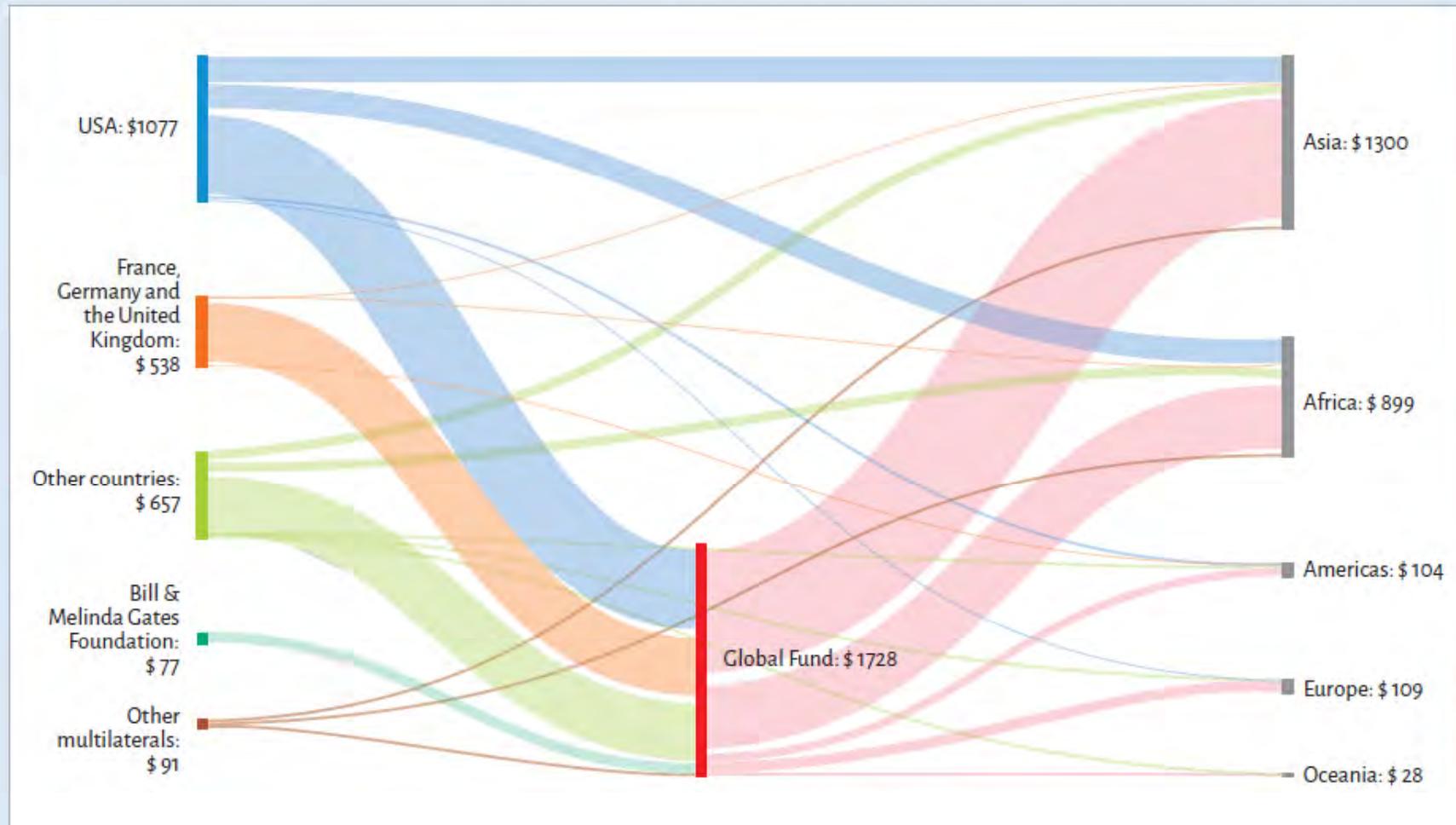
*Source: The Global Plan to Stop TB, 2006–2015, with MDR/XDR updated in June 2007*

**Total funding required for a full response to the global TB epidemic, by intervention area, 2013–2015**



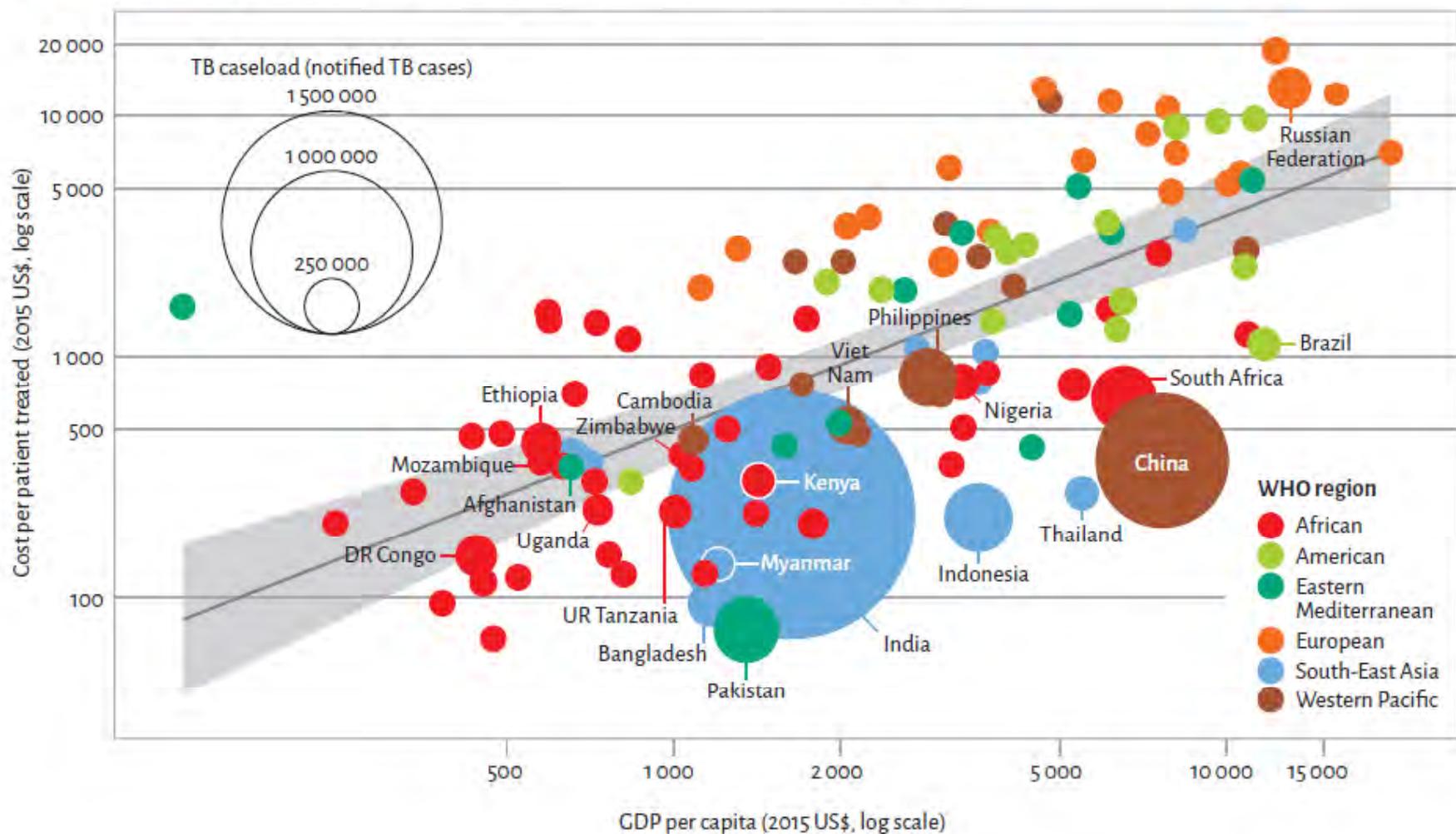
**FIGURE B7.2.3**

**International donor funding for TB prevention, diagnosis and treatment to non-OECD countries, 2011–2013 (constant 2013 US\$, million).** Donors are listed on the left and recipients of donor funding are listed on the right. The Global Fund through which much donor funding is channelled, is shown in the middle.



**FIGURE 7.6**

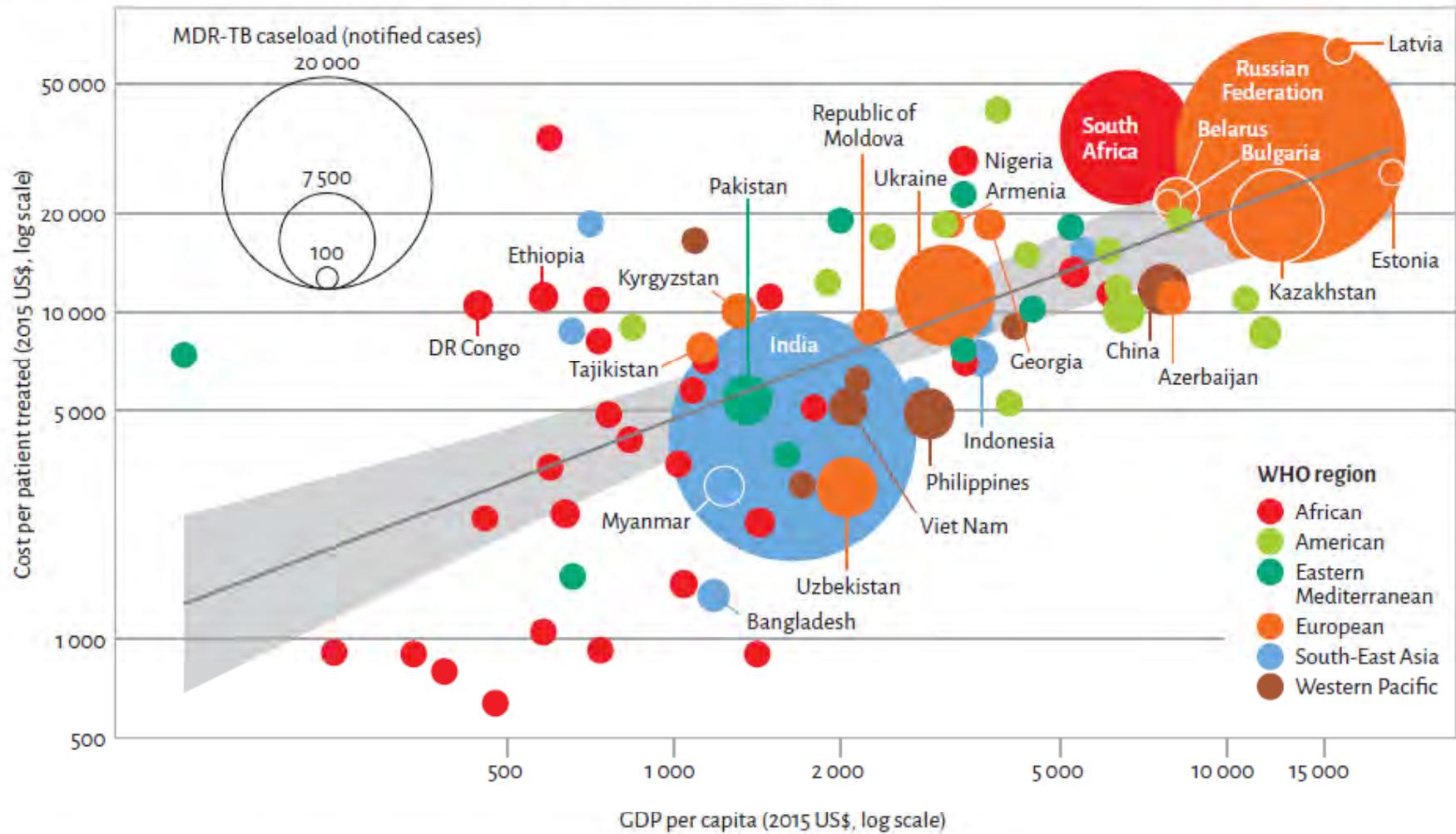
**Estimated cost per patient treated for drug-susceptible TB in 117 countries, 2014<sup>a</sup>**



<sup>a</sup> Limited to countries with at least 100 notified patients in 2014.

**FIGURE 7.7**

**Estimated cost per patient treated for MDR-TB in 90 countries, 2014<sup>a</sup>**



<sup>a</sup> Limited to countries with at least 20 patients on second-line treatment in 2014.



# INTENSIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y LA INNOVACIÓN

1. Descubrimiento, desarrollo y rápida actualización de nuevas herramientas, estrategias e intervenciones
2. Investigación para mejorar la implementación y el impacto de las medidas, y para promover innovaciones





---

## ANALYSIS

---

### Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system?

In the face of austerity, a series of disconnected “reforms” could, without corrective measures, lead to the effective dismantling of large parts of the Spanish healthcare system, with potentially detrimental effects on health. **Helena Legido-Quigley and colleagues** explain

Helena Legido-Quigley *lecturer*<sup>1</sup>, Laura Otero *associate lecturer*<sup>2</sup>, Daniel la Parra *senior lecturer*<sup>3</sup>, Carlos Alvarez-Dardet *professor of public health*<sup>4</sup>, Jose M Martin-Moreno *professor of preventive medicine and public health*<sup>5</sup>, Martin McKee *professor of European public health*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK; <sup>2</sup>Faculty of Nursing, University of Lleida, Spain; <sup>3</sup>Department of Sociology II, University of Alicante, Spain; <sup>4</sup>CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), University of Alicante, Spain; <sup>5</sup>Department of Preventive Medicine and Public Health and Clinical University Hospital, University of Valencia, Spain

---

## EDITORIALS

---

### Austerity policies in Europe—bad for health

Health protection within the EU mandate is more relevant than ever

Helmut Brand *professor*, Nicole Rosenkötter *research associate*, Timo Clemens *research associate*, Kai Michelsen *assistant professor*

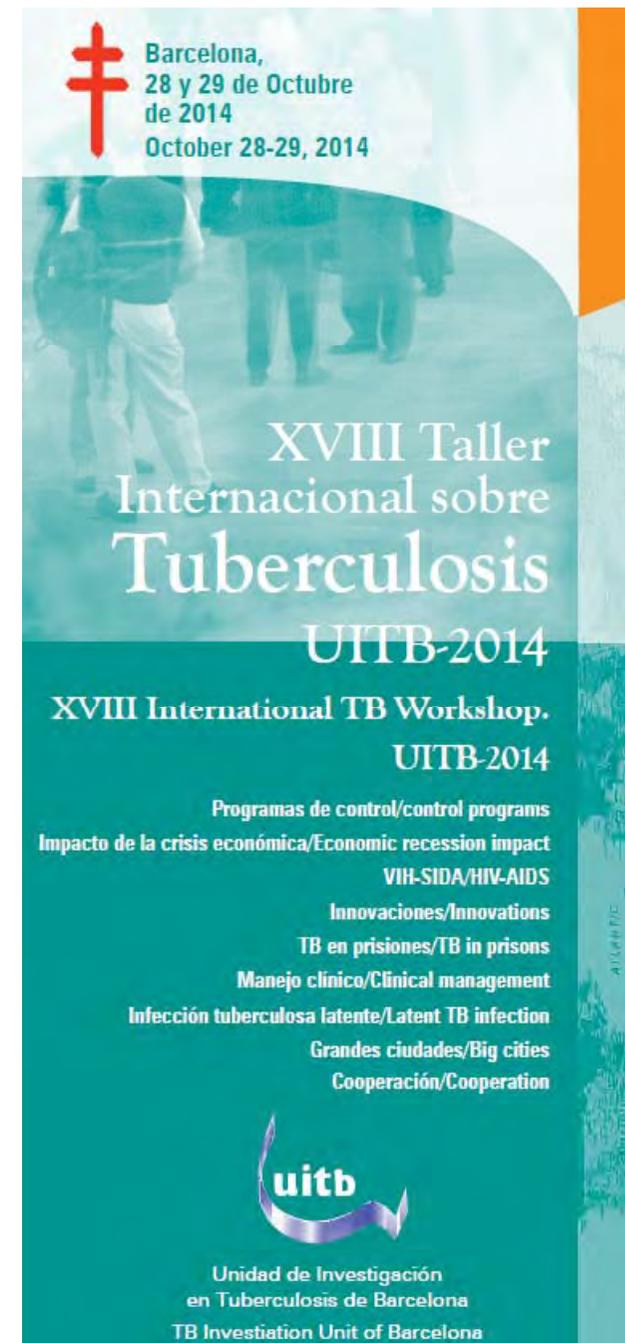
Faculty of Health, Medicine, and Life Sciences, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Department of International Health, Maastricht University, 6229 GT Maastricht, Netherlands



**SESIÓN: CRISIS ECONÓMICA Y TB**

**EL PROBLEMA DE LA TARJETA SANITARIA**

FRCO. JAVIER GARCÍA PÉREZ



## I. DISPOSICIONES GENERALES

### JEFATURA DEL ESTADO

- 5403** *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.*

I

La creación del Sistema Nacional de Salud ha sido uno de los grandes logros de nuestro Estado del bienestar, dada su calidad, su vocación universal, la amplitud de sus prestaciones, su sustentación en el esquema progresivo de los impuestos y la solidaridad con los menos favorecidos, lo que le ha situado en la vanguardia sanitaria como un modelo de referencia mundial.

Sin embargo, la ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el territorio nacional, el crecimiento desigual en las prestaciones del catálogo, la falta de adecuación de algunas de ellas a la realidad socioeconómica y la propia falta de rigor y énfasis en la eficiencia del sistema han conducido al Sistema Nacional de Salud a una situación de grave dificultad económica sin precedentes desde su creación. Se ha perdido eficacia en la gestión de los recursos disponibles, lo que se ha traducido en una alta morosidad y en un insostenible déficit en las cuentas públicas sanitarias. Se hace, pues, imprescindible la adopción de medidas urgentes que garanticen su futuro y que contribuyan a evitar que este problema persista.



# EL MIEDO A NO SER ATENDIDO

- Falta de instrucciones concretas de la administración a los centros sanitarios
- Desconocimiento de la normativa por parte del colectivo afectado



# Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad



La Red TBS es una iniciativa:



## Newsletter Red TBSinforma

edición nº 7  
septiembre de 2015

Integran la Red TBS:



# Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad



**Nuestras tres grandes líneas de actuación son:**

- 1 Cinefórum Solidario**  
Dirigido a colectivos que requieren especial atención sanitaria. Información que se divulga mediante la proyección de audiovisuales y la dinamización del debate entre ponente y asistentes.
- 2 Actualización en tuberculosis**  
Jornadas sobre tuberculosis para profesionales de la salud, señalando que la cooperación resulta indispensable para resolver el problema.
- 3 InformaTB**  
Encuentros con profesionales de la comunicación para mejorar el conocimiento sobre esta enfermedad en las redacciones de los medios de comunicación desde el rigor científico y la huida de la estigmatización.

Red contra la Tuberculosis  
y por la Solidaridad



Red TBS

# 2a

## Jornada de Actualización en Tuberculosis

**La Tuberculosis en España**  
*realidad y compromiso*

**17 de octubre de 2014, de 10 a 14 horas**

Sala de actos del Consejo General de Colegios  
Oficiales de Médicos de España (CGCOM)

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

**CINEFÓRUM SOLIDARIO PARA  
COLECTIVOS DE RIESGO:  
EXPERIENCIA ENTRE  
POBLACIÓN GENERAL Y EN  
CENTROS PENITENCIARIOS**



# ALGUNAS NOTICIAS QUE PREOCUPAN



**EL ADELANTADO.com**  
Una joven de un instituto de Salamanca se contagia de tuberculosis

Una joven estudiante de un instituto de Salamanca (Salamanca) se contagia de tuberculosis en su hogar después de haber sido contagiada por su compañero de clase. El diagnóstico se confirmó tras un estudio de sangre en el hospital. La joven ya tiene el diagnóstico de tuberculosis, pero espera el resultado de algunos exámenes más que se han hecho en el hospital de Salamanca y que se hará en el futuro en el hospital de Salamanca.

**infosalus.com**  
Registra 60 casos de tuberculosis en trabajadores del Hospital Infanta Elena de Huelva

Se han registrado 60 casos de tuberculosis en trabajadores del Hospital Infanta Elena de Huelva.

**A Republica**  
Los casos de tuberculosis son el doble de los que se declaran oficialmente en España

Muchos se están dando en población inmigrante en situación irregular o sin papeles.

La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) estima que en España se producen como mínimo unos 10.000 casos nuevos de tuberculosis cada año, casi el doble de los 5.700 que se declaran oficialmente por que, según demuestran, muchos se esconden en población inmigrante en situación irregular o sin papeles.



**eldiario.es**  
**DESALAMBRE** PERIODISMO Y DERECHO

Un centro de salud madrileño niega el seguimiento a un paciente con riesgo de tuberculosis

**Diario de León.es** Castilla y León

Detectan un caso de tuberculosis en una niña de 14 años en Peñaranda

**lainformacion.com**

Casi la mitad de nuevos casos de tuberculosis en España no están declarados oficialmente

La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) estima que en España se producen como mínimo unos 10.000 casos nuevos de tuberculosis cada año, casi el doble de los 5.700 que se declaran oficialmente por que, según demuestran, muchos se esconden en población inmigrante en situación irregular o sin papeles.

**Acaip**

Los funcionarios de prisiones, preocupados por el auge de los casos de tuberculosis

El sindicato Acaip pide al gobierno de medidas sanitarias para proteger a los funcionarios. En la cárcel de Marbella hay 16 millones de euros de inversión en medidas sanitarias.

Cinefórum  
solidario



Red TBS

*La tuberculosis  
hace 50 años  
que tiene cura...*

*...y la solidaridad  
puede acabar con ella*



*Sesión de cine interactivo sobre:*

*¿Cuáles son los síntomas?*

*¿Qué pruebas deben hacerse?*

*¿Cómo se trata?*

*Y... un poco de humor*



Cada vez más cerca de las personas



Red contra la Tuberculosis  
y por la Solidaridad

Cinefórum Solidario

Organiza

Área de Salud, Socorros y Medio Ambiente

CCAD Moncloa - Centro Abierto - Red TBS

Avenida de Portugal s/n

Jueves 2 de julio a las 12:00 horas



ENTRADA LIBRE





# Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad



Rueda de prensa en la Sede de Cruz Roja Región de Murcia - Cinefórum Solidario - 12/09/13

Algunas webs de prensa









# CONCLUSIONES

- En los últimos años, estamos asistiendo a un lento declive en el número de casos de TB y en el número de muertes debidas a esta enfermedad; pero el impacto global sigue siendo enorme
- El acceso a los programas de control de la TB ha mejorado sustancialmente, aunque continuamos necesitando importantes aportaciones económicas para su desarrollo
- El control de la MDR-TB y la XDR-TB constituyen un reto para todos los estamentos involucrados en la lucha contra la enfermedad
- La OMS es consciente de las insuficiencias y carencias en la lucha contra la TB y ha puesto en marcha un ambicioso programa para las próximas décadas
- Para vencer la TB se requiere la adopción conjunta de medidas sanitarias y políticas socioeconómicas





**Comparado con 20-40 años atrás, el volumen de migraciones se ha multiplicado por 4**



*I AM* **Stopping TB**

我来 **控制结核病**

*Je m'engage.* **HALTE À LA TUBERCULOSE**

أنا ملتزم **بإدخال السل**

*Yo puedo* **frenar la TB**

я **могу остановить ТБ**



prokids DNA



**MARÍA TERESA CAMPOS**  
La reina del share  
lo cuenta todo



**¿CIENTÍFICOS O PIRATAS?**  
La Antártida, un filón para  
el negocio de las patentes



**LEONARDO SBARAGLIA**  
El actor presenta la última  
moda para este verano

# EL SEMANAL

**ABC**

Nº 863  
DEL 9  
AL 15 DE MAYO  
DE 2004  
[www.clubsemanal.com](http://www.clubsemanal.com)

## ESTOS NIÑOS VALEN 50 EUROS

SON ESCLAVOS. SE JUEGAN LA VIDA PESCANDO PARA SU AMO.  
ESTA ES SU HISTORIA





**Importancia  
del problema**

# TRÁFICO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

El tráfico mundial de niños para **adopción ilegal, prostitución y explotación sexual, trabajos forzados y en semi-esclavitud, uso como niños-soldado, delincuencia y circunstancias similares** es un grave problema de preocupación internacional.

**Se ha convertido en una pandemia.**





**UNODC**

United Nations Office on Drugs and Crime

**UN.GIFT**

Global Initiative to Fight Human Trafficking

**HUMAN TRAFFICKING A CRIME THAT SHAMES US ALL**

## HUMAN TRAFFICKING

### How significant is the problem?

- **161 countries** are reported to be affected by human trafficking by being a source, transit and/or destination country.
- The majority of trafficking victims are between 18 and 24 years of age
- An estimated **1.2 million children** are trafficked each year
- 95% of victims experience **physical or sexual violence** during trafficking

# ¿ ME HAS VISTO ?

**Ayúdame a regresar a Casa**  
**TEL. 01 55 56 74 79 02**



**ANA**

LILIA BURGOS FRIAS  
EDAD ACTUAL 28 AÑOS  
1 DE FEBRERO DE 1996



**SILVIA**

ESTEPHANE SANCHEZ VESCA ORTIZ  
EDAD ACTUAL 21 AÑOS  
5 DE NOVIEMBRE DE 2005



**CESAR**

GARDUÑO BECERRA  
EDAD ACTUAL 16 AÑOS  
15 DE MARZO DE 2008



**GABRIEL IVAN Y**

**BRAULIO GAEL JACINTO ROCHA**  
EDAD ACTUAL 6 Y 2 AÑOS RESPECTIVAMENTE  
16 DE AGOSTO DE 2009



**ELBA**

MONSERRAT CHAVEZ DIAZ  
EDAD ACTUAL 15 AÑOS  
14 DE JULIO DEL 2010



**MARIA**

JOSE MONROY ENCISO  
EDAD ACTUAL 11 MESES  
21 DE SEPTIEMBRE DE 2010  
LUNAR COMO MANCHA ROJIZA EN  
LA FRENTE. SUFRE DE EPILEPSIA



**ANA YELI**

GARDUÑO TENORIO  
EDAD ACTUAL 17 AÑOS  
15 DE MARZO DE 2008

**EL PEOR DOLOR QUE PUEDA SUFRIR UN  
SER HUMANO ES PERDER UN HIJO.  
TU PUEDES CONTRIBUIR A REGRESARLE  
LA SONRISA. AYÚDANOS.**

**ASOCIACION MEXICANA DE  
NINOS ROBADOS Y  
DESAPARECIDOS A.C.**



**AMNRDAC**

**CALLE SANTA CRUZ N° 15 INT.  
1-C, COL. PORTALES,  
MÉXICO D.F. C.P. 03300  
TEL. 01 55 56 74 79 02**

**prokids** DNA

**¿ Qué se puede hacer?**



## Los niños como víctimas:

**a) Recién nacidos, bebés:**

***adopciones ilegales (mayoría)***

**a) > 3 – 4 años:**

***adopciones, explotación (trabajo, sexual, mendicidad, criminal, soldados ...) (most)***



**¿Qué facilita el tráfico de menores?**

***a) Ausencia de identificación adecuada***

***b) Dificultad o imposibilidad de conocer origen***



# ¿ Qué hacer?

*(entre otras muchas cosas) ...*

- 1.- Dificultar la actividad criminal**
- 2.- Usar todas las tecnologías disponibles**
- 3.- Sentar las bases de futuras estrategias**



---

## **TRAFICO de NIÑOS**

### **1. Base ADN de casos cuestionados (QD)**

ADN autosómico, Y & mtDNA de niños no identificados

### **2. Base ADN de referencia (RD)**

ADN autosómico, Y & mtDNA de familiares

(preferible madres; >25%)

***VOLUNTARIO CON CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO***



UNIVERSITY of NORTH CAROLINA  
HEALTH SCIENCE CENTER at Fort

## **1.- Asegurar identificaciones madre - hijo en cada país**

1.1. Reunificación de niños viviendo fuera del hogar

1.2. Adopciones (comprobar vínculos genéticos)

## **2.- Facilitar cooperación internacional**

(entre países)

## **3.- Requerir identificación genética obligatoria**

(regulada por ley) para adopciones, viajes sin familia, exilios, migraciones masivas y situaciones similares de riesgo)



**¿ Cómo hacerlo?**

Integrity Seal

**prokids** DNA  
DNA-PROKIDS avec HAÏTI  
KIT POUR LA COLLECTE DE L'ADN

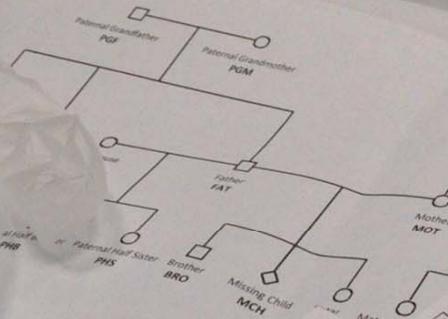
Comment faire un prélèvement Buccal d'ADN  
INSTRUCTIONS DU KIT DE PRÉLEVEMENT D'ADN BUCCAL

**prokids**

INSTRUCTIONS POUR LE PRÉLEVEMENT D'ÉCHANTILLON



Use the Appropriate Relationship between the Individual Proband and the Missing



Relationship Codes  
Use the Appropriate Relationship between the Individual Proband and the Missing

**prokids** DNA  
DNA-PROKIDS avec HAÏTI  
FICHE DE RÉFÉRENCE FAMILIALE DU PRÉLEVÉ  
FAMILY REFERENCE SAMPLE COLLECTION CARD

Nom de famille  
Prénom, Initial du Deuxième Prénom  
Relation avec l'enfant perdu  
Relationship to Missing Child  
Nom de manquants  
HTFRSFR002580

Utiliser  
FRS COLLECTION CARD  
Given Name, Middle Initial  
Family Name  
Prénom, Initial du Deuxième Prénom  
Code barre Barcode

**life** FOUNDATION

**prokids** DNA  
DNA-PROKIDS avec HAÏTI  
KIT POUR LA COLLECTE DE L'ADN

**prokids** DNA  
DNA-PROKIDS GUATEMALA  
DNA COLLECTION KIT  
KIT PARA LA TOMA DE ADN

**prokids** DNA  
DNA-PROKIDS avec HAÏTI  
KIT POUR LA COLLECTE DE L'ADN



TRANSPORT POUCH



CMP-055-01

ÉCHANTILLON CARD

Photo



0837

**life** FOUNDATION

HTFRSFR002580



prokids

prokids  
DNA-PROKIDS  
DNA COLLECTION KIT

Bode  
DNA  
Collector

prokids

BUCCAL  
DNA

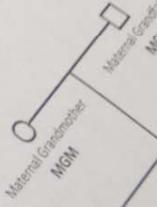
University of Granada

For Forensic Identification (see copy U.S. Pat. # 6,882,917)

Collection Codes  
Use the FRS Collection Card to Designate the Missing Child

life FOUNDATION

HTCHFR002-580







- **9.100 muestras**
- **628 identificaciones positivas**
- **255 adopciones ilegales evitadas**



[www.dna-prokids.org](http://www.dna-prokids.org)

[www.facebook.com/dnaprokids](http://www.facebook.com/dnaprokids)



**Casos resueltos**

# GUATEMALA – August 2007

WORLD :: [PRINTER FRIENDLY](#) :: [EMAIL ARTICLE](#) :: [BOOKMARK](#)

## News

- Family Secrets
- Today's news
- Metro & Tri-State
- Nation
- World
- Blogs
- Chicagopedia
- Commentary
- Chicago 24/7 Crime
- Editorials
- Education
- Elections
- Lottery
- Obituaries
- Politics
- Religion
- Weather
- Special Sections
- George Ryan Trial
- Hired Truck Scandal
- Neighborhoods
- Transportation

## Columnists

- Monroe Anderson
- Tom Bevan
- Mark Brown
- Esther J. Cepeda
- Cathleen Falsani
- Ed Feulner
- Stella Foster
- Andrew Greeley
- Betsy Hart
- Jack Higgins
- Jennifer Hunter

## 46 kids found at alleged illegal adoption center

GUATEMALA | 'Foreigners pick up children there'

August 13, 2007

BY JUAN CARLOS LLORCA

GUATEMALA CITY -- Authorities searched an adoption home run by an American man and his Guatemalan wife and rescued 46 children they think may have been stolen or coerced from their parents, police said Sunday.

Guatemalan National Police spokesman Carlos Calju said the children, ranging in age from a few days to 3 years old, were found Saturday at Casa Quivira children's home in Antigua, a colonial city popular with foreign tourists.

Calju said Casa Quivira is run by Clifford Phillips of Deland, Fla., and his Guatemalan wife and attorney, Sandra Gonzalez. The couple could not be reached for comment Sunday, and calls to the Casa Quivira Children's Fund in Deland went unanswered.

"We searched the house after we got a tip from neighbors telling us that every day they would see foreigners pick up children there," Calju said.

Authorities said they also arrested two lawyers who apparently processed the adoptions. Officials from the attorney general's office were taking care of the children.



### Jump 2web | What's This?

- Back-to-school shopping
- Bars with games
- Illinois' great lakes
- Breakfast at the diner

### VIDEO :: MORE >

- Former Olympic Bomb Suspect Jewell Dies
- Suspect in 6 Killings Arraigned in N.Y.



**DNA-PROKIDS BOLIVIA (Noviembre 2009)**

*LATESTS NEWS / MAY. 26, 2010 / 0 COMMENTS*

## DNA analyses return 13 Haitian children to families: DNA-Prokids Bolivia

After last January earthquake, 25 Haitian children were moved to Bolivia, accompanied by people who could not prove their parenthood. Police suspicion prevented them to be taken to Brazil or Argentina. Up to 13 of them have been returned to their families, after their genetic identification implemented by the Bolivian Attorney General's Office use of DNA-Prokids, a program created by the University of Granada (Spain).

Natural disasters frequently turn into human tragedies, such as family separations. The Haiti earthquake of January 12, was followed by

## UN.GIFT.HUB, an online platform for knowledge on human trafficking

*NOV. 02, 2010 / 0 COMMENTS*

UN.GIFT has launched a new virtual knowledge hub, the UN.GIFT.HUB, an open online platform for knowledge on human trafficking....

## Spain offers Haiti a DNA testing system to fight against child trafficking

*JAN. 29, 2010 / 0 COMMENTS*

Spanish Government – PRESS CALL Spain's Secretary of State for International Cooperation, Soraya Rodríguez, will explain this program to...

## DNA – Prokids in the Philippines

### LANGUAGE

Español

English

### SECTION

[Latests news](#)[In the world](#)[General](#)[Research](#) Jose A. Lorente  
**DNAPROKIDS**DNAPROKIDS Estupendo  
Congreso de la Sociedad

*LATESTS NEWS / MAR. 03, 2010 / 1 COMMENTS*

## First girl identified by DNA – Prokids in Thailand

On April 28, 2009 a girl was abandoned in a hospital in Bangkok by a friend of her mother. According to the medical report, she was born on April 12, 2009. After checking her and at request of authorities, she was sent from the hospital to Pakkred Babies' Home, a public residential establishment where abandoned children are cared for from birth to five years of age, where she grew up with other babies.

On February 8, 2010, her parents came to the shelter to find her daughter. The officers of Pakkred Babies' Home sent the girl and the parents to the Institute of Forensic Medicine, Police Hospital, Royal Thai Police, in Bangkok Thailand ([www.ifm.go.th](http://www.ifm.go.th)), Royal Thai Police participates in the DNA – Prokids program, ([www.dna-prokids.org](http://www.dna-prokids.org)) initiative of the University of Granada, Spain and the University of

North Texas, USA

## UN.GIFT.HUB, an online platform for knowledge on human trafficking

*NOV. 02, 2010 / 0 COMMENTS*

UN.GIFT has launched a new virtual knowledge hub, the UN.GIFT.HUB, an open online platform for knowledge on human trafficking....

## Spain offers Haiti a DNA testing system to fight against child trafficking

*JAN. 29, 2010 / 0 COMMENTS*

Spanish Government – PRESS CALL Spain's Secretary of State for International Cooperation, Soraya Rodríguez, will explain this program to...

## DNA – Prokids in the Philippines

### LANGUAGE

Español

English

### SECTION

[Latests news](#)[In the world](#)[General](#)[Research](#) Jose A. Lorente  
**DNAPROKIDS**DNAPROKIDS Estupendo  
Congreso de la Sociedad

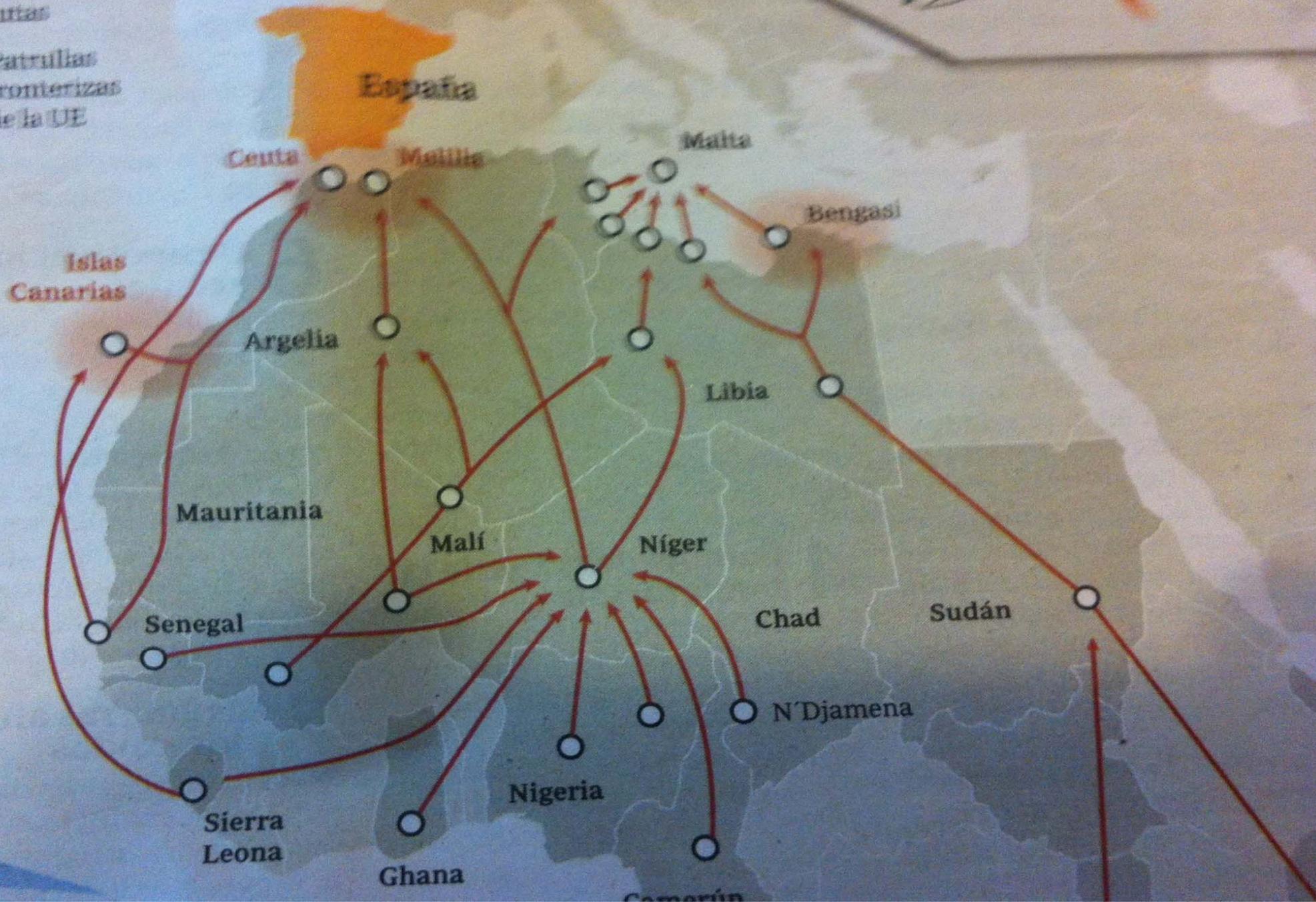


# AFRICA



# Las rutas a Europa

- Principales rutas
- Patrullas fronterizas de la UE



ertinas  
valla  
año real)

ALD



**500 inmigrantes logran entrar en Melilla**





## INMIGRACIÓN

La Ciudad Autónoma y la Universidad de Granada han firmado el pertinente acuerdo de colaboración para que se puedan realizar estos controles de ADN a coste cero para Melilla

## Las pruebas de ADN a menores del CETI buscan acabar con el robo y tráfico de niños

La consejera de Bienestar Social y Sanidad, M<sup>a</sup> Antonia Garbín y el director del programa DNA-Prokids de la Universidad de Granada, José Antonio Lorente, firmaron ayer un convenio de colaboración que tendrá coste cero para las arcas municipales, con el que se persigue realizar pruebas de ADN a los menores y lactantes inmigrantes que arriban a Melilla sobre los que existan

dudas de que los adultos que les acompañan sean sus padres. A ambos, adultos y menores, se extraerán muestras de ADN que se analizarán en menos de una semana en Granada. El fin es luchar contra el tráfico de seres humanos, especialmente el robo y secuestro de niños, para preservar sus derechos e integridad.

Jesús Andújar

Melilla Hoy

M<sup>a</sup> Antonia Garbín explicó que con este convenio Melilla se adhiere al programa DNA-Prokids que desarrolla la Universidad de Granada. El objetivo es reducir el número de personas inmigrantes, en su mayoría subsaharianos, que llegan al país acompañados por menores que no son sus hijos, y que tras ser acogidos en el CETI, se benefician de la política de traslado de familias inmigrantes a la Península. "La forma en que estas personas consiguen a estos menores puede ser muy diversa y dudosa, y el destino final para estos menores, una vez que llegan a la Península, tampoco es muy claro, porque pueden ser abandonados, vendidos o utilizarlos en la prostitución infantil", dijo.

### Desprotección

Indicó que se adhiere a este programa en atención también a las recomendaciones de la Fiscalía General del Estado que, alertada por situaciones de utilización de menores, aconseja a las comunidades que establezcan los instrumentos para clarificar esta situación de indefensión de los menores. La Fiscalía pide que se lleven a cabo pruebas genéticas. Añadió que en 2012 ya se realizaron en Melilla dos pruebas con este programa de la UGR y ambas dieron positivo, y los menores pudieron marcharse con sus padres. En 2013 se han realizado ya seis pruebas, de las que dos han pasado positivo, una negativa y otras tres



Momento de la firma del convenio entre la consejera Garbín y el doctor José Antonio Lorente

están a la espera del resultado.

Por su parte el doctor José Antonio Lorente, director del programa de DNA-Prokids de la UGR, calificó de "acto de valentía y coherencia" que la Consejería busque dar solución a un problema detectando en el que se habla del tráfico de niños. Explicó que hace diez años el Departamento de Medicina Legal de la Universidad puso en marcha este programa de detección del ADN para tratar de evitar el tráfico de menores en aquellos países en los que se produce. Actualmente el programa está activo en 16 países americanos y asiáticos, y ha permitido más de 600 identificaciones positivas. Estas pruebas de ADN se llevan a cabo de especial en los casos de adopciones, para comprobar que quienes dan los niños en

### Bienestar Social estudiar sacar a concurso la gestión de las ludotecas

La consejera de Bienestar Social, M<sup>a</sup> Antonia Garbín, salió al paso de CPM manifestó ayer que efectivamente se ha adjudicado a la asociación MEPI, la entidad que gestiona las ludotecas, el desarrollo del programa de refuerzo de español para escolares de los distritos IV y V. La adjudicación es por un período de cuatro meses porque se trata de un programa piloto.

"Se lo hemos adjudicado porque es la entidad que tiene más experiencia en estos sectores, pero debido también al gran volumen de trabajo que se realiza en las ludotecas, estamos estudiando qué costaría sacarlo a concurso. Sin duda es más caro que una empresa, que busca beneficios industriales, se haga cargo de las ludotecas que el que lo haga una ONG. Es algo que estudiamos y queremos sacar después del verano. Previamente se hará un sondeo entre empresas y ongs", indicó la consejera.

adopción son sus progenitores.

Como ocurre en estos países, en Melilla se extraerán muestras de ADN del adulto y del menor en cuestión, bien de células de la boca mediante el raspado con un bastón de algodón o con una extracción de sangre. La operación se realizará en la Dirección General de Sanidad en Loguero, por el equipo médico. Las muestras se enviarán a Granada que en cuatro días o de 24 horas si fuera necesario, dará a conocer los resultados del parentesco. Si el adulto se negase a realizarse la prueba, se le realizaría la toma de muestras mediante una orden judicial. De comprobarse que el menor no es su hijo, el pequeño quedaría bajo la tutela de la Ciudad Autónoma y el adulto, conducido ante la justicia. Las pruebas se realizarán en aquellos casos remitidos desde el propio CETI sobre los que existan dudas sobre el parentesco entre los menores y los adultos que dicen ser sus padres.

Señaló el especialista que la prueba de ADN puede resultar costosa, por encima de los 120 euros, pero que el laboratorio cuenta con cursos para ello gracias a las donaciones que reciben de las fundaciones de BBVA, Caja Granada y al Banco de Santander. En los países donde se ha implantado el programa, también se nutre de fondos públicos y privados. "Queremos evitar que Melilla se convierta en un punto de entrada de personas que trafican con niños y pase a ser un punto de detección de delitos. Melilla dejará así de ser un punto de entrada, porque no se engañará a las autoridades", dijo.



**Actividades futuras**

Unidad de Información Legislativa

| Fundado en 1880 |

# Diario de Centro América

ORGANO OFICIAL DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA, C. A.

LUNES 13 de septiembre de 2010 No. 24 Tomo CCXC

Directora General: Ana María Rodas

[www.dca.gob.gt](http://www.dca.gob.gt)

## Sumario

### ORGANISMO LEGISLATIVO

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA

DECRETO NÚMERO 28-2010

DECRETO NÚMERO 29-2010

### ORGANISMO EJECUTIVO

MINISTERIO DE AGRICULTURA,  
GANADERÍA Y ALIMENTACIÓN

Acuerdase Aprobar la ampliación al Presupuesto de Ingresos del Instituto de Ciencia y Tecnología Agrícolas (ICTA), correspondiente al Ejercicio Fiscal 2010.

## ORGANISMO LEGISLATIVO



CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA

DECRETO NÚMERO 28-2010

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política de la República de Guatemala establece que es deber del Estado garantizar y proteger la vida humana, desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona, garantizando el Estado la protección social y jurídica de la familia y salvaguardar el derecho de los mayores a su salud, seguridad y

Sociedad • Modificaciones de Sociedad • Disolución de Sociedad • Patentes de Invención • Registro de Marcas • Títulos Supletorios • Edictos • Remates •

En el ejercicio de las atribuciones que le confiere el artículo 171, literal a) de la Constitución Política de la República de Guatemala,

DECRETA:

La siguiente:

LEY DEL SISTEMA DE ALERTA ALBA-KENETH

TÍTULO I  
DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto. El objeto de la presente Ley es regular el funcionamiento del Sistema de Alerta ALBA-KENETH para la localización y resguardo inmediato de niños sustraídos o desaparecidos.

TÍTULO II  
PRINCIPIOS

Artículo 2. Interés superior del niño. Para el efecto de la aplicación de la presente Ley, el interés superior del niño se entiende como la realización de todas las acciones que permitan la pronta localización y resguardo de un niño que ha sido sustraído o que se encuentra desaparecido.

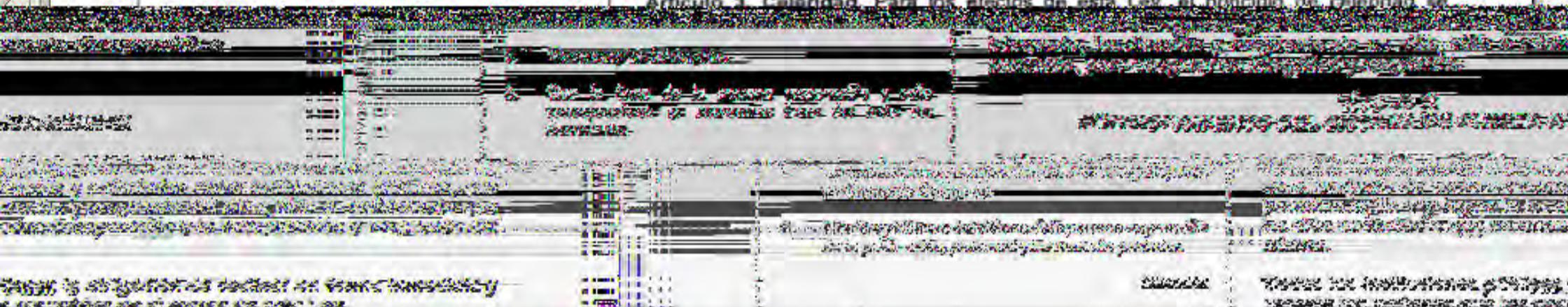
Artículo 3. Celeridad. Para los efectos de esta Ley, el principio de celeridad se

# Diario de Centro América

Las publicaciones que se realizan en el Diario de Centro América, se publican de conformidad con el original presentado por el solicitante, en consecuencia cualquier error que se cometa en ese original, el Diario de Centro América no asume ninguna responsabilidad.

Por lo antes descrito se les solicita cumplir con los siguientes requisitos:

1. Tamaño de letra según Acuerdo Gubernativo No. 143-2007, no menor de 6.5 (Letra Tipográfica).
2. Letra clara e impresión firme.
3. Legibilidad en los números.





**Artículo 5. Creación de la Coordinadora Nacional del Sistema de Alerta ALBA-KENETH.** Se crea la Coordinadora Nacional del Sistema de Alerta ALBA-KENETH, con el objeto de coordinar, impulsar y ejecutar todas las acciones dirigidas a la búsqueda, localización y resguardo inmediato del niño, niña o adolescente que ha sido sustraído o que se encuentra desaparecido.

**Artículo 6. Integración de la Coordinadora Nacional del Sistema de Alerta ALBA-KENETH.** La Coordinadora Nacional del Sistema de Alerta ALBA-KENETH estará integrada por las siguientes instituciones públicas:

1. Procuraduría General de la Nación, a través de la Procuraduría de la Niñez y la Adolescencia, quien la preside;
2. Policía Nacional Civil;
3. Dirección General de Migración;
4. Secretaría de Comunicación Social de la Presidencia de la República; y,
5. Ministerio Público, a través de la Fiscalía de Trata de Personas.

Cada institución nombrará a un representante para conformar esta coordinadora nacional, con el objeto de asegurar el funcionamiento del Sistema de Alerta ALBA-KENETH, en el momento inmediato en que ocurra la desaparición o sustracción de un niño, niña o adolescente.

Los representantes de las instituciones que integran esta coordinadora nacional desempeñarán sus cargos ad-honorem.

**Artículo 7. Funciones de la Coordinadora Nacional del Sistema de Alerta ALBA-KENETH.** La Coordinadora Nacional del Sistema de Alerta ALBA-KENETH, tendrá las siguientes funciones:

1. Integrarse inmediatamente cuando ocurra la desaparición o sustracción de un niño, niña o adolescente.
2. Coordinar, impulsar y ejecutar las acciones de búsqueda, localización y resguardo, cuando la situación lo requiera, de toda persona menor de edad que se encuentre desaparecida o haya sido sustraída.
3. Divulgar por todos los medios de comunicación radial, televisivo, escrito y social, las fotografías de las personas menores de edad que hayan sido sustraídas o se encuentren desaparecidas. Para estos fines, se utilizará todo tipo de medios de difusión a efecto de anular la capacidad de movilidad de las personas que acompañen al niño, niña o adolescente sustraído o desaparecido.

**Artículo 12. Registro de niños desaparecidos y sustraídos.** La Procuraduría General de la Nación, creará un registro de niños desaparecidos o sustraídos a nivel nacional, con el objeto de apoyar a las familias en la localización de sus hijos; asimismo, registrará las acciones que se realicen a nivel local, nacional y multilateral por la Coordinadora Nacional del Sistema ALBA-KENETH.

La Fiscalía de Trata de Personas del Ministerio Público realizará el análisis del movimiento criminal sobre la sustracción o la desaparición de niños, niñas o adolescentes, con el objeto de promover acciones para prevenir estos hechos y perseguir penalmente a los responsables de estos ilícitos penales.

**Artículo 13. Banco de ADN de niños desaparecidos y sustraídos y de los parientes que demandan su localización.** La Procuraduría General de la Nación ejecutará las acciones necesarias para crear un banco de pruebas científicas de Ácido Desoxirribonucleico -ADN- de los niños desaparecidos o sustraídos y de los parientes que demandan su localización, a efecto de poder contar con medios científicos de prueba que permitan de forma inmediata acreditar su filiación biológica.

La extracción y análisis de las muestras para el ADN, deberá realizarse en el Instituto Nacional de Ciencias Forenses -INACIF-, o por otro laboratorio privado que garantice la inmediatez y la cadena de custodia de dichas pruebas.

**Artículo 14. Restitución internacional de niños desaparecidos y sustraídos.** La Procuraduría General de la Nación, como autoridad central de la Convención de la Haya Sobre los Aspectos Civiles de la Sustracción Internacional de Menores, realizará las acciones que aseguren de forma inmediata la restitución de niños desaparecidos o sustraídos que hayan sido trasladados a un Estado distinto al de su residencia habitual.

La Procuraduría General de la Nación creará el reglamento y protocolos para implementar la Convención de la Haya Sobre los Aspectos Civiles de la Sustracción Internacional de Menores y lograr la restitución inmediata de los niños en esta situación.

# Middle America





**¿Cuál es el rol del médico?**



## ROL del MÉDICO

- 1.- Ser consciente del problema.
- 2.- Registrar adecuadamente los nacimientos.
- 3.- Informar a las familias (en **adopciones**).
- 4.- Denunciar los casos sospechosos.
- 5.- Informar a las comunidades con mayor riesgo.
- 6.- Apoyar a las víctimas y generar confianza.

**MUCHAS GRACIAS**

**[jllorente@ugr.es](mailto:jllorente@ugr.es)**

**[www.dna-prokids.org](http://www.dna-prokids.org)**

# LESSONS LEARNED

## DURING THE EBOLA VIRUS OUTBREAK

### IN

## SIERRA LEONE

**Br. Michael M. Koroma**

Brother of St. John of God

*Hospitaller Order of St. John of God*

27<sup>th</sup> November, 2015



# **1. Hospital preparedness and Early Response**

We have learned that new diseases and old diseases in new contexts must be treated with humility and an ability to respond quickly to surprises. Medical Doctors and Nurses took things for granted. Many argued to know how to distinguish symptoms of fever of unknown origins.

## 2. Weak Structures and systems

- We have learned lessons of fragility.
- We saw all the gains made in the workforce retention, reduction of mortalities among women and children, generating sustainable financial capacity, are all too easily reversed, when built on fragile health systems, which are quickly overwhelmed and collapse in the face of an outbreak of this nature.

### **3. Capacity building of staff**

- We have learned the importance of capacity.
- We realized that despite all the assumptions of skilled personnel we have and after several trainings done, many were still deficient in following IPC practices, setting up structures and dealing with clients.

## **4. Community and culture relationship**

- We have learned lessons of community and culture.
- A significant obstacle to an effective response has been the poor relationship that existed between the hospital and the local people.
- We never had an outside contact with the people. We used to wait for them which made it difficult for them to accept easily the preventive messages from us health workers.
- This is not simply about getting the right messages across; we must learn to listen if we want to be heard.
- We have learned the importance of respect for culture in promoting safe and respectful funeral and burial practices.

## **5. Solidarity amongst staff**

- We have learned lessons of solidarity.
- In a disease outbreak, all are at risk.
- A disease threat in one hospital, one family, one community is a threat to us all.
- Shared vulnerability means shared responsibility and therefore requires sharing of resources, and sharing of information.
- We have learned the challenges of coordination.
- We have learnt to recognise the strengths of others, and the need to work in partnership when we do not have the capacity ourselves.

## **6. Supplies not easily made available by the Market**

- We have been reminded that market-based systems do not deliver on commodities for epidemic.
- In future, this ad hoc emergency effort needs to be replaced by more routine procedures that are part of preparedness.

## 7. Importance of Communication

- We have learned the importance of communication – of communicating risks early, of communicating more clearly what is needed, and of involving communities and their leaders in the messaging.
- At the beginning, there was a threatening communication from health experts which frightened the local population.
- It never encouraged them to change behavior. It has been noticed also that strangers are not the right people to communicate such sensitive components that touch culture and belief.
- It was better to involve indigenes and people from the locality.

## 8. IMPORTANCE OF SECURITY INVOLVEMENT

- we have learned also that movement restrictions were necessary for people to continue to spread the virus from one family to the other.

## What did we do as a hospital?

- We engaged with traditional authorities, social groups and request them to keep outbreak prevention, preparedness and response management at the top of their agendas.
- We created an IPC and Emergency Taskforce –
- We solicited for financial support/ Funding to enable the hospital to respond more rapidly to disease outbreaks.
- The massive support the hospital received revealed the unique strengths of multiple partners. We will build on these partnerships, concentrating on capacities that are most critically needed under the demanding conditions of emergencies.
- We strengthened the internal Regulations.
- We committed ourselves to strengthening our capacity to assess, plan and implement preparedness and surveillance measures.
- We pledged to improve upon our communicate skills.

# OUR RECOMMENDATIONS

- **Primary health care approach.** One of the most important lessons we have learned concerns the critical role of community engagement.
- **Community Engagement-**Communities know best what they need and are willing to accept. We cannot promote safe behaviour without community understanding and cooperation.
- **A good referral system** needs to be in place. Hospital facilities must be upgraded to provide safer and more effective care.
- **Logistics need to improve** to ensure an uninterrupted supply of electricity, running water, and essential medicines and supplies.
- **Capacity to detect and respond to new or emerging infectious diseases** needs to be an integral part of the health system.
- **Build community confidence in traditional healers** needs to be respected by giving these care-givers a place, with a clearly defined role, in the formal health system.

- 
- **THANK YOU FOR LISTENING**

# RESOURCES

Sierra Leone News : Vindication for MSF, Awareness Times & All those who bravely spoke out back in 2014 as: WHO top Leadership Finally Confess they Messed up on Ebola!

**By Awareness Times**

**, Sierra Leone, Apr 22, 2015, 17:14**



**St. JOHN of GOD CATHOLIC  
HOSPITAL  
MABESSENEH, LUNSAR,  
PORT LOKO DISTRICT, SIERRA**

# 3D VIEW OF HOSPITAL



# VEHICLE TRANSPORTING LOGISTICS FOR QUARANTINED FAMILIES



# FOOD TO QUARANTINE FAMILIES

1,028 PERSONS

146  
HOUSEHOLDS



# BR. MICHAEL CHATTING WITH FAMILY QUARANTINED



# REV. BR. MICHAEL POINTING AT AN ABANDONED HOUSE OF DEAD EBV PATIENT



# NURSES ON MONITORING AND SURVEILLANCE



# NURSES DISTRIBUTING FOOD TO FAMILIES





# FRONT VIEW OF EBOLA HOLDING CENTRE- MABESSENEH HOSPITAL



# EBOLA HOLDING CENTER VISITED BY WHO TECHNICAL STAFF



# President of Sierra Leone tours the holding centre



# SOME DISCHARGED PATIENTS FROM EBOLA HOLDING CENTRE



PRESIDENT OF SIERRA LEONE  
DR. ERNEST BAI KOROMA

08.02.2015 13:45



A FAMÍLIA  
de S. João de Deus  
ao Serviço  
DA  
HOSPITALIDADE



LXVIII  
CAPÍTULO GERAL  
FÁTIMA + PORTUGAL  
22.10.2012 + 09.11.2012

*to build functional and resilient national and sub-national health systems that deliver safe, efficient and high quality health care services that are accessible, equitable and affordable for all Sierra Leoneans”*



HOSPITALLER ORDER OF ST. JOHN OF GOD BROTHERS

**SIERRA LEONE:**

**A RURAL HOSPITAL INTERVENTIONS TO  
CONTAIN EBOLA VIRUS DISEASE SPREAD  
IN THE MARAMPA CHIEFDOM**

MICHAEL M. KOROMA

*Chief Executive Officer*

*St. John of God Catholic Health Services- Sierra Leone*

# Academic Profile

## Br. Michael M. Koroma



### *Holds a:*

- Master's Degree in Nursing Administration Mjr. Management and Administration of Health Care Institutions(ULegon,Ghana)
- Bachelor(Hons) of Science Degree in Nursing(USL, Sierra Leone)
- Registered General Nurse(HF Training College, Ghana)
- Fellow WACN-FAME



**St. JOHN of GOD CATHOLIC HOSPITAL  
MABESSENEH, LUN SAR,  
PORT LOKO DISTRICT, SIERRA LEONE**

# BRIEF HISTORY

- Funded in 1967 by Hospitaller Order of St. John of God through the Aragon Province, Spain
- Is located in Northern part of Sierra Leone, in Port Loko District, 76 km from Freetown, Capital City of Sierra Leone, Catholic Diocese of Makeni.

# The Values of St. John of God

- Hospitality
- Justice
- Quality
- Excellence
- Respect
- Spirituality

# SIERRA LEONE

- 183 out of 187 countries as Human Development Index (UNDP, 2014),
  - 53 % of the population still lives under the poverty
  - Maternal Mortality Ratio (1.100 on 100.000 live births)  
Under 5 Mortality Rate (182 on 1.000) (data WHO, 2014)
-

# STATEMENT

*“The last few weeks have indeed been weeks of massive concerns and commitments to fight the outbreak. However, the general international response has up to this moment been slower than the rate of transmission of the disease. This slower-than-the-virus response needs to change. I am here to seek acceleration of the translation of commitments to physical facts on the ground. That is what is urgently needed now: commitments on paper and commitments during meetings are good; but commitments as physical facts on the ground are best”.*

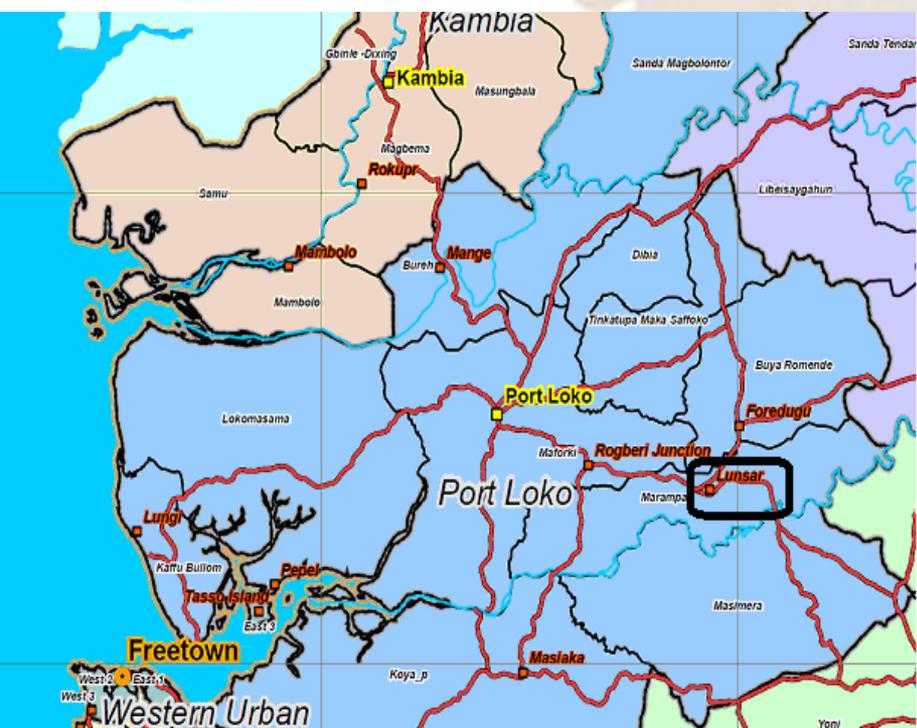
- **President Koroma, during round table talk with World Bank, 9 October, 2015**

*“To build functional and resilient national and sub-national health systems that deliver safe, efficient and high quality health care services that are accessible, equitable and affordable for all Sierra Leoneans”*



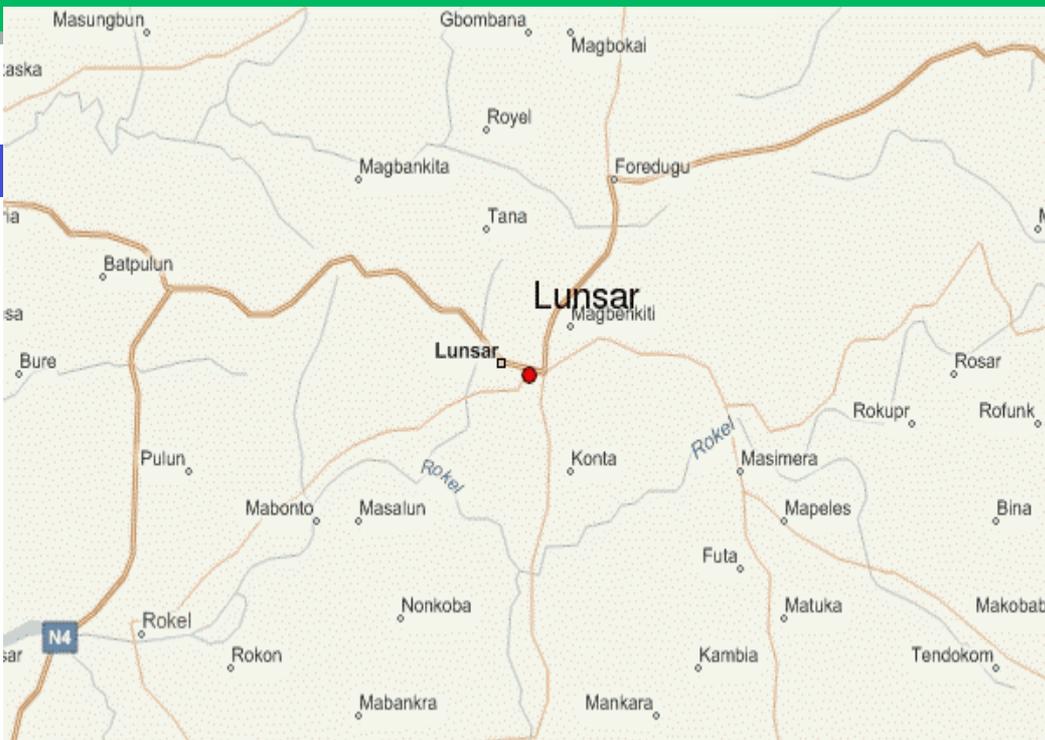
# Port Loko District

- Population of Port Loko 654.142,
- 4 Hospitals (2 Gov, 2 Priv.) only 2 C-EmOC, able to treat major obstetric complications (Lunsar and Port Loko District Hospital)



*“To build functional and resilient national and sub-national health systems that deliver safe, efficient and high quality health care services that are accessible, equitable and affordable for all Sierra Leoneans”*

## Area of Lunsar Hospital



- Population of 250.000
- 9.000 expected pregnancy per year, 1350 major obstetric complications
- 99 estimated maternal death/year (260 in the district)

*“To b  
quality health care services that are accessible, equitable and affordable for all Sierra Leoneans”*

# 3D VIEW OF HOSPITAL



*"To build functional and resilient national and sub-national health systems that deliver safe, efficient and high quality health care services that are accessible, equitable and affordable for all Sierra Leoneans"*

# EBOLA VIRUS ATTACK ON THE HOSPITAL

- June 13, 2014- 1<sup>st</sup> suspected patient entered the hospital
- Between June 13- August 5, 2014-we lost 10 staff infected with the virus.
- 6<sup>th</sup> August –September 8- hospital and staff quarantine for 21 days

# EBOLA VIRUS ATTACK ON THE HOSPITAL

- 25<sup>th</sup> August, 2014- Planning meeting to intervene within the local community to contain the spread of EBV.
- 20 persons died every day in the local population and between 5-10 confirmed +ve EBV by the Laboratory.

*“To build functional and resilient national and sub-national health systems that deliver safe, efficient and high quality health care services that are accessible, equitable and affordable for all Sierra Leoneans”*

# EBOLA VIRUS ATTACK ON THE HOSPITAL

- 11<sup>th</sup> September, 2014- Dr. Manuel Garcia Viejo had contact with an EBV patient who came to the hospital
- 17<sup>th</sup> September- Dr. Manuel diagnosed +ve EBV.
- 22<sup>nd</sup> September- Hospital quarantined for 21 days

# Hospital intervention plan

- The aim of this plan was to create a safe environment for the Hospital to offer Non- Ebola health services in the near future.
- The Outcome of the plan was to drastically reduce the spread of new infections amongst families within the Chiefdom

*“To build functional and resilient national and sub-national health systems that deliver safe, efficient and high quality health care services that are accessible, equitable and affordable for all Sierra Leoneans”*

# EBOLA HOLDING CENTRE DATA

November 2014 to January 31, 2015

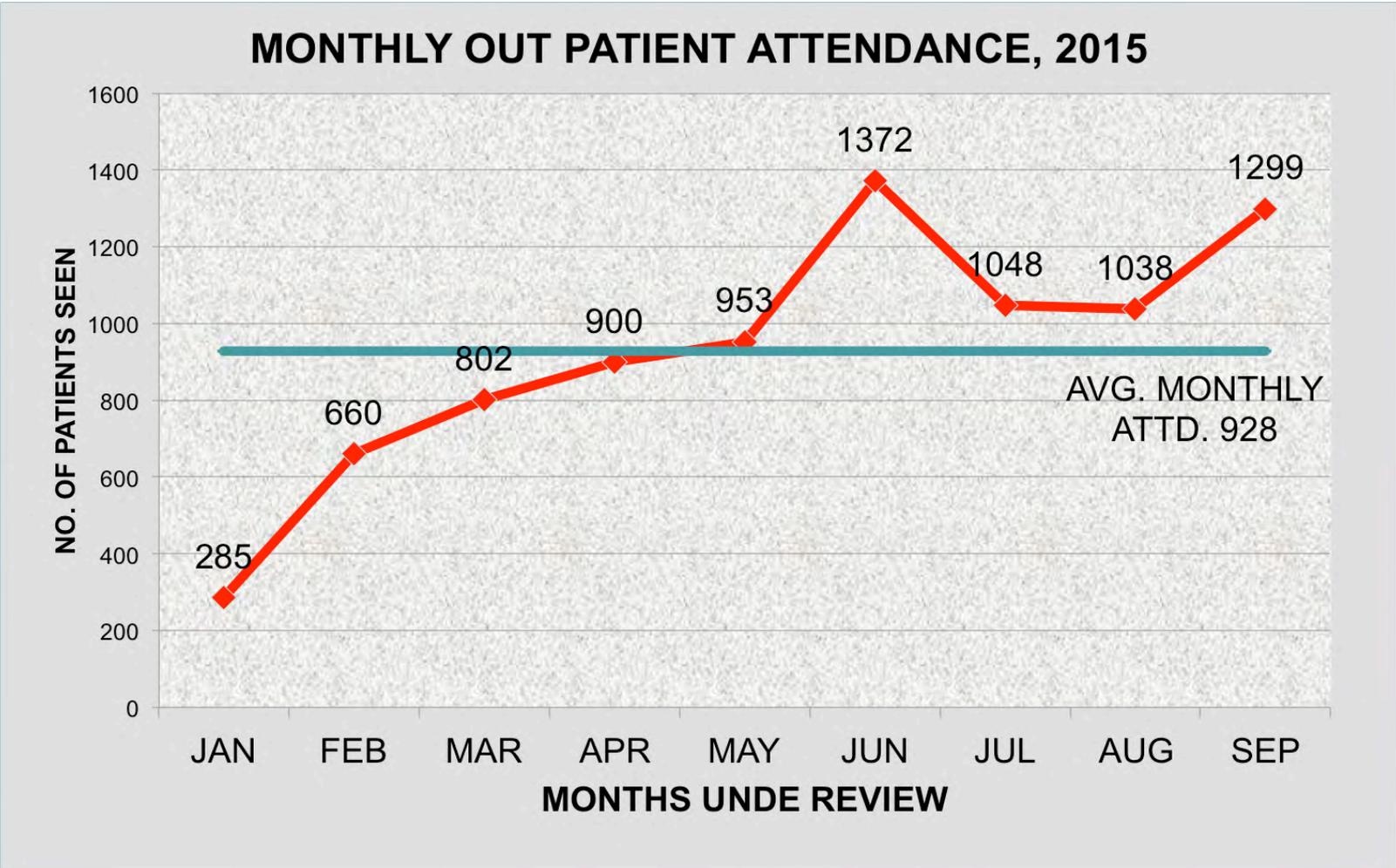
- Total No. of Suspected Victims= 71
- Total No. of confirmed +ve = 18
- Total No. of confirmed –ve = 30
- Total No. of Deaths = 11
- Total No. of suspects treated and returned=12

# EFFECT OF EVD ON LUN SAR HOSPITAL

- Decreased performance
- Decreased revenue generated
- Fear amongst staff
- Increase consumption of utilities like water and electricity
- increase consumption of protective gears

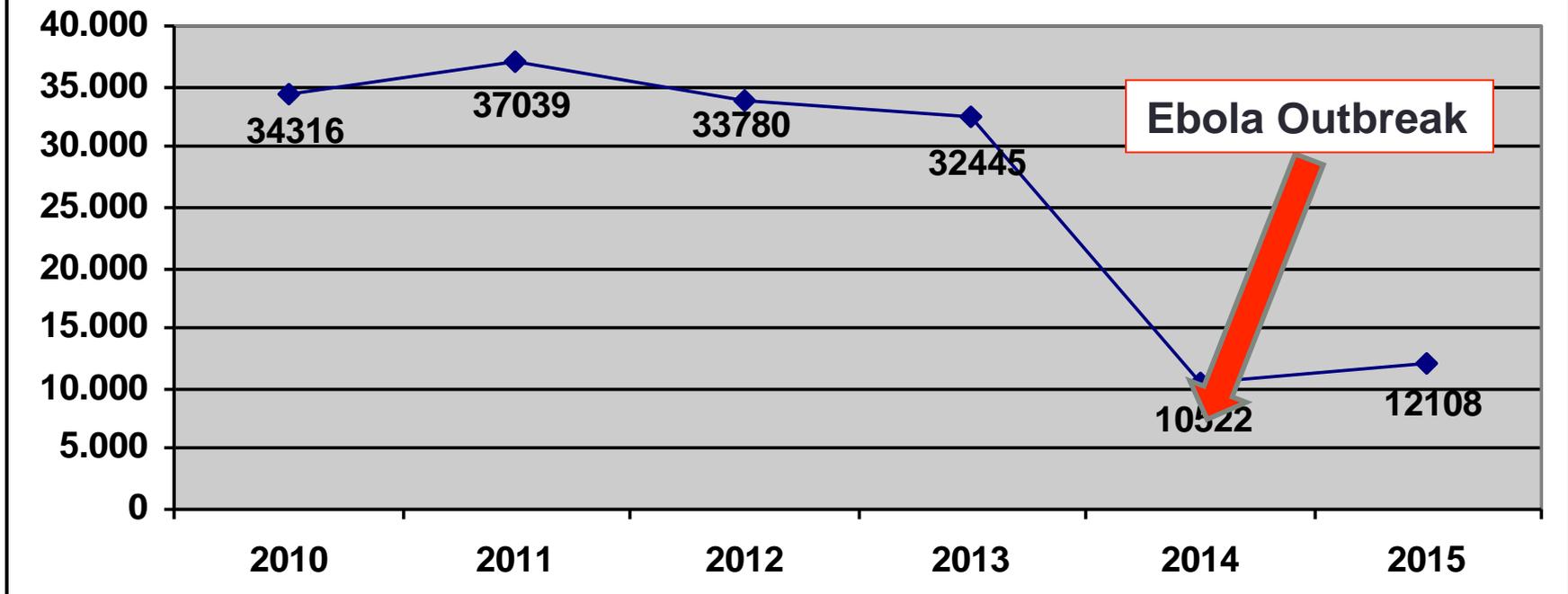
*“To build functional and resilient national and sub-national health systems that deliver safe, efficient and high quality health care services that are accessible, equitable and affordable for all Sierra Leoneans”*

# OUT PATIENT CONSULTATION



*“To build functional and resilient national and sub-national health systems that deliver safe, efficient and high quality health care services that are accessible, equitable and affordable for all Sierra Leoneans”*

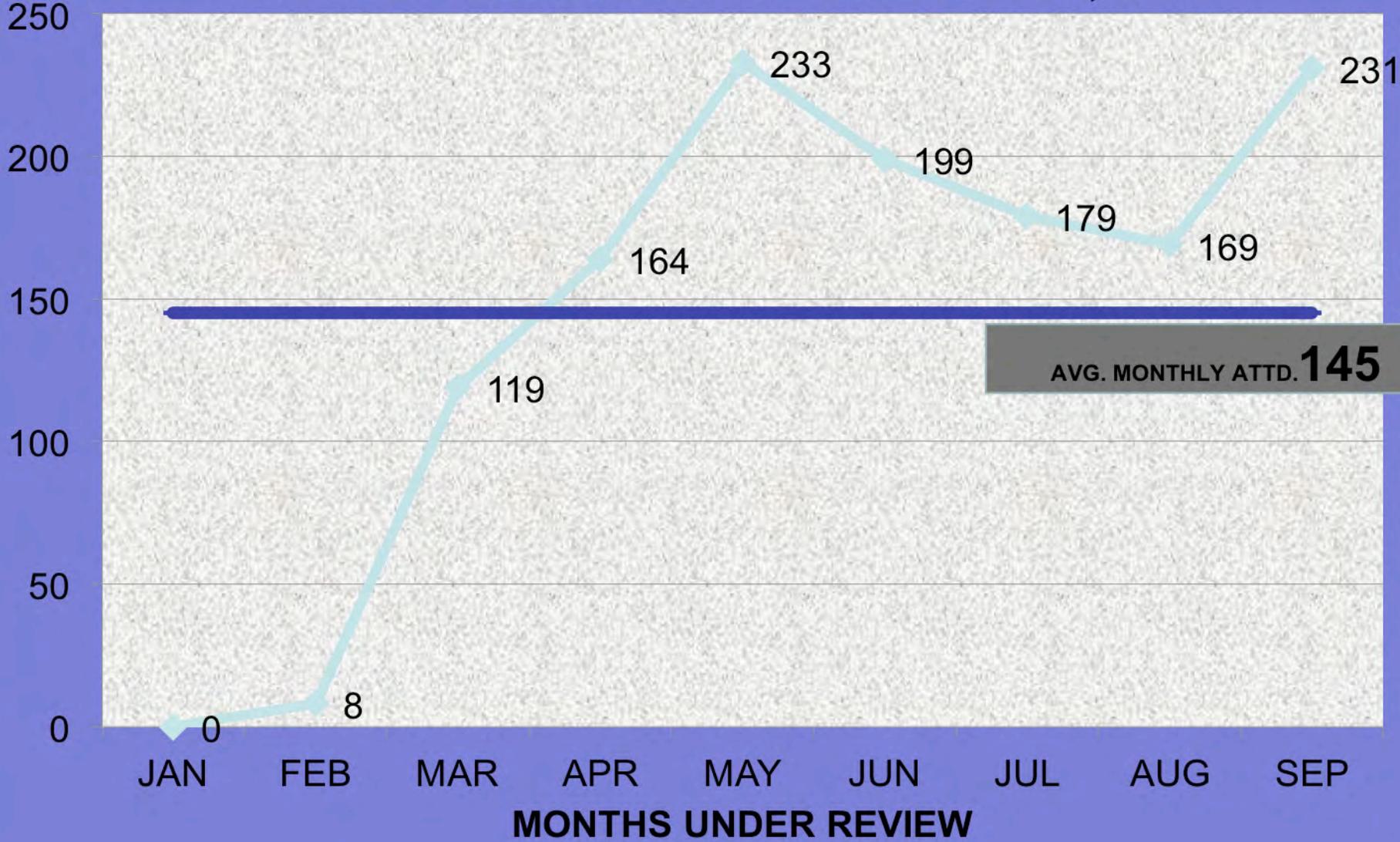
## OPD total trend 2010-2015 Lunsar Hospital



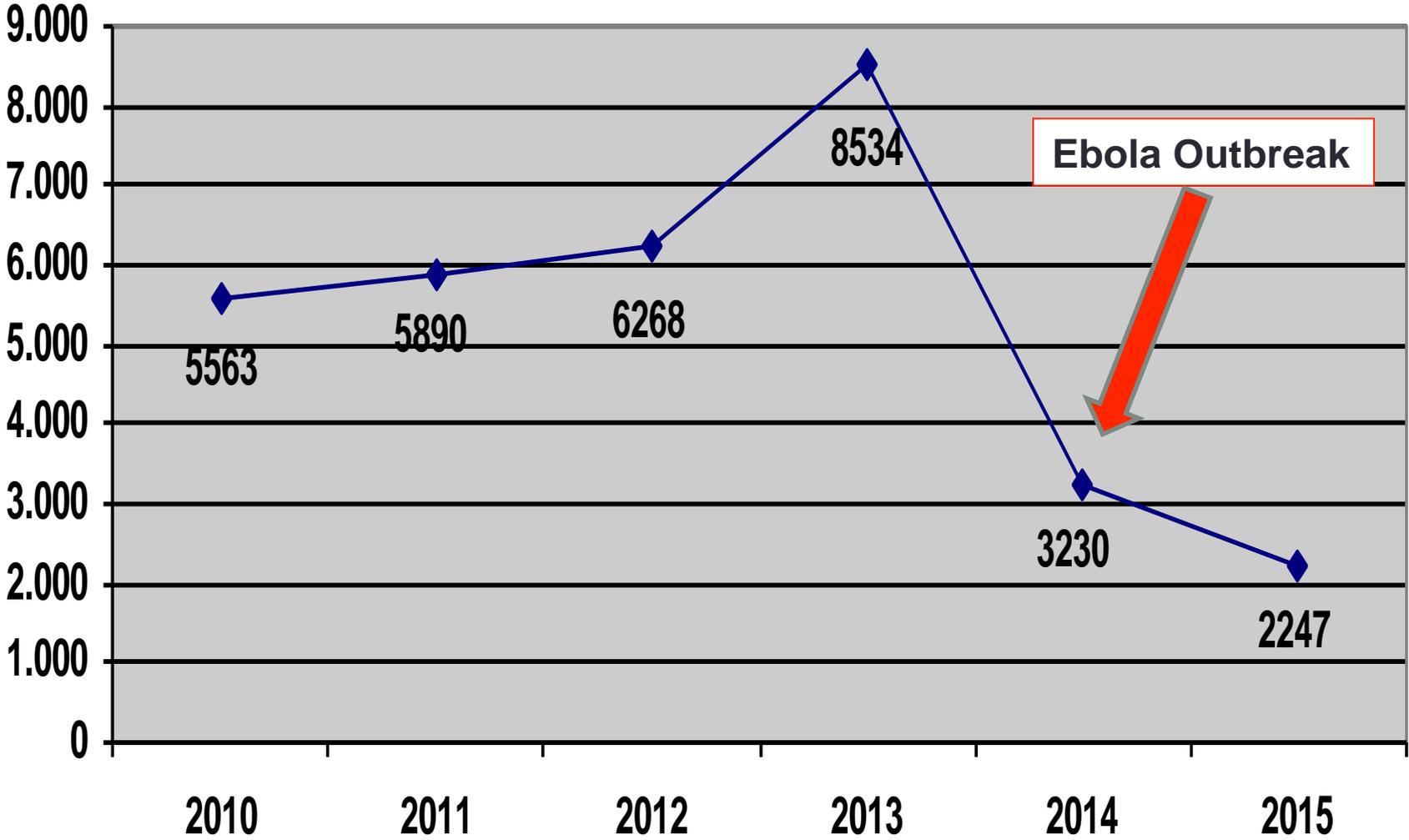
*“To build functional and resilient national and sub-national health systems that deliver safe, efficient and high quality health care services that are accessible, equitable and affordable for all Sierra Leoneans”*

# IN-PATIENT ATTENDNCE

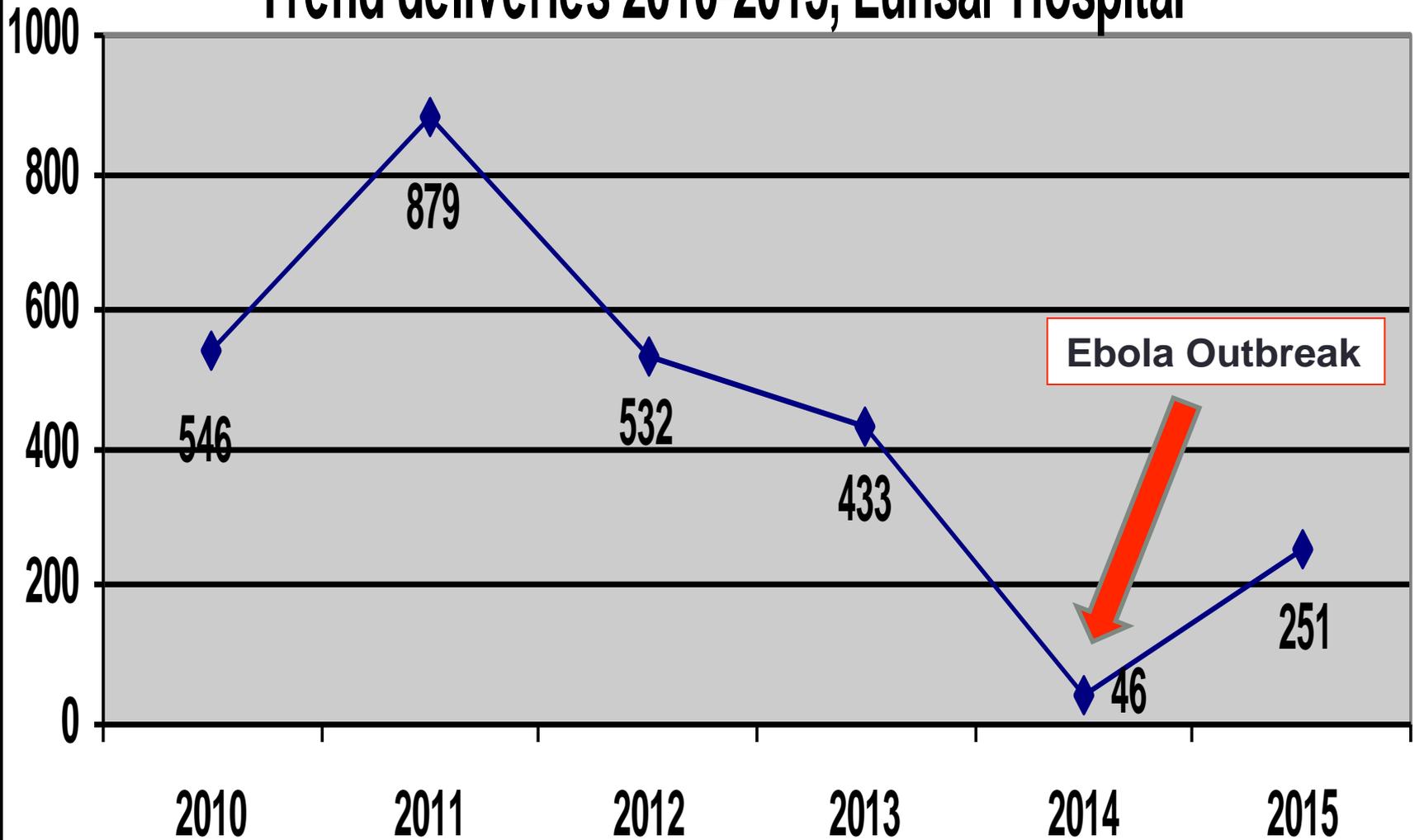
## MONTHLY TREND OF ADMITTED PATIENTS, 2015



# Trend IP 2010-2015, Lunsar Hospital



# Trend deliveries 2010-2015, Lunsar Hospital



# Actual situation

- Slow recover of activities from Ebola outbreak
- Main problem: fear + accessibility as EVD impact also on economic level of the population, already poor
- Financing of the hospital care: high dependance from user fees, but as few patients → low income → high financial gap to cover especially fix costs

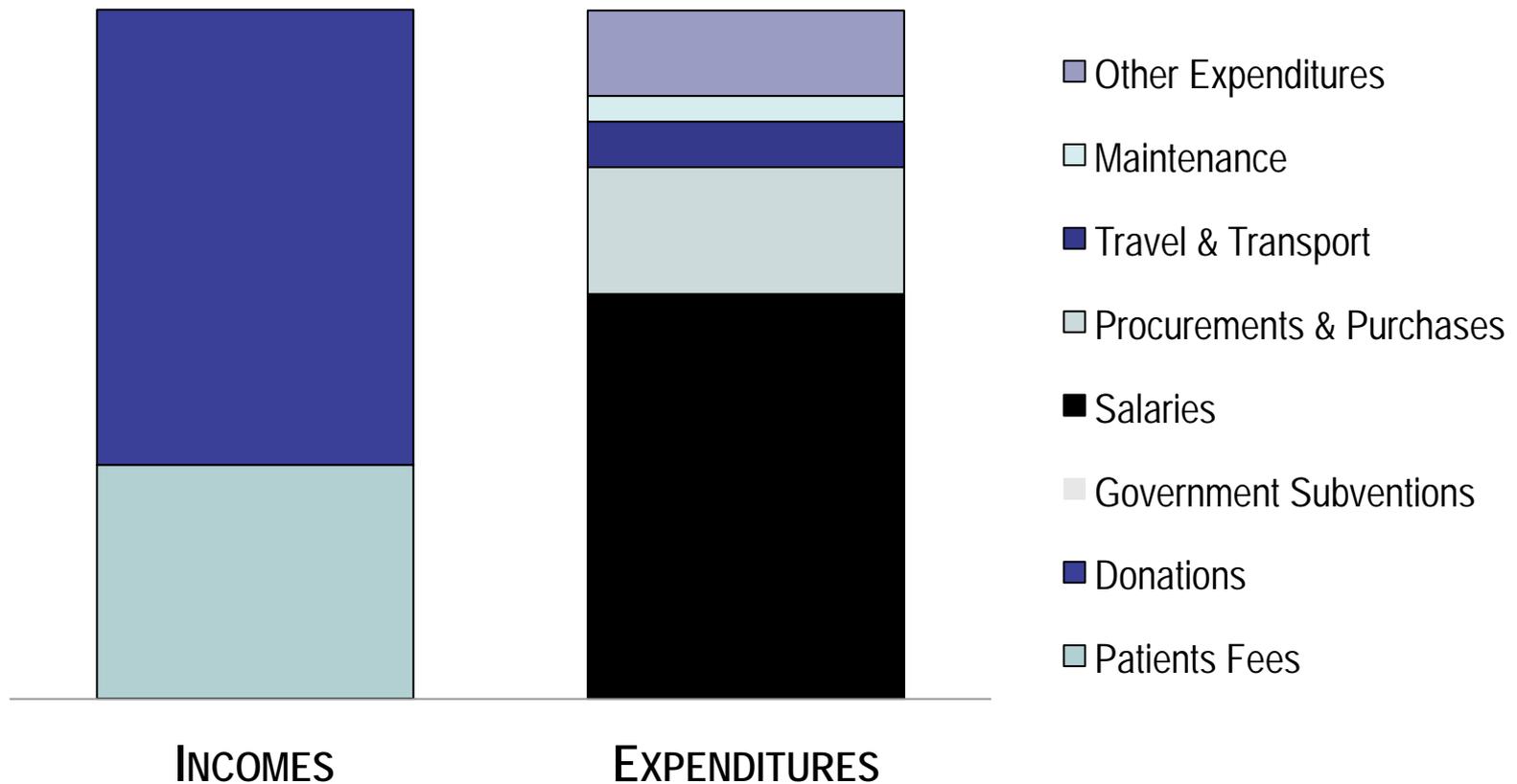
*“To build functional and resilient national and sub-national health systems that deliver safe, efficient and high quality health care services that are accessible, equitable and affordable for all Sierra Leoneans”*

# P&L 2015



St. John of God Catholic Hospital  
Mabesseneh, Lunsar – Sierra Leone

## Profit & Loss Account – 2015 (January to September)

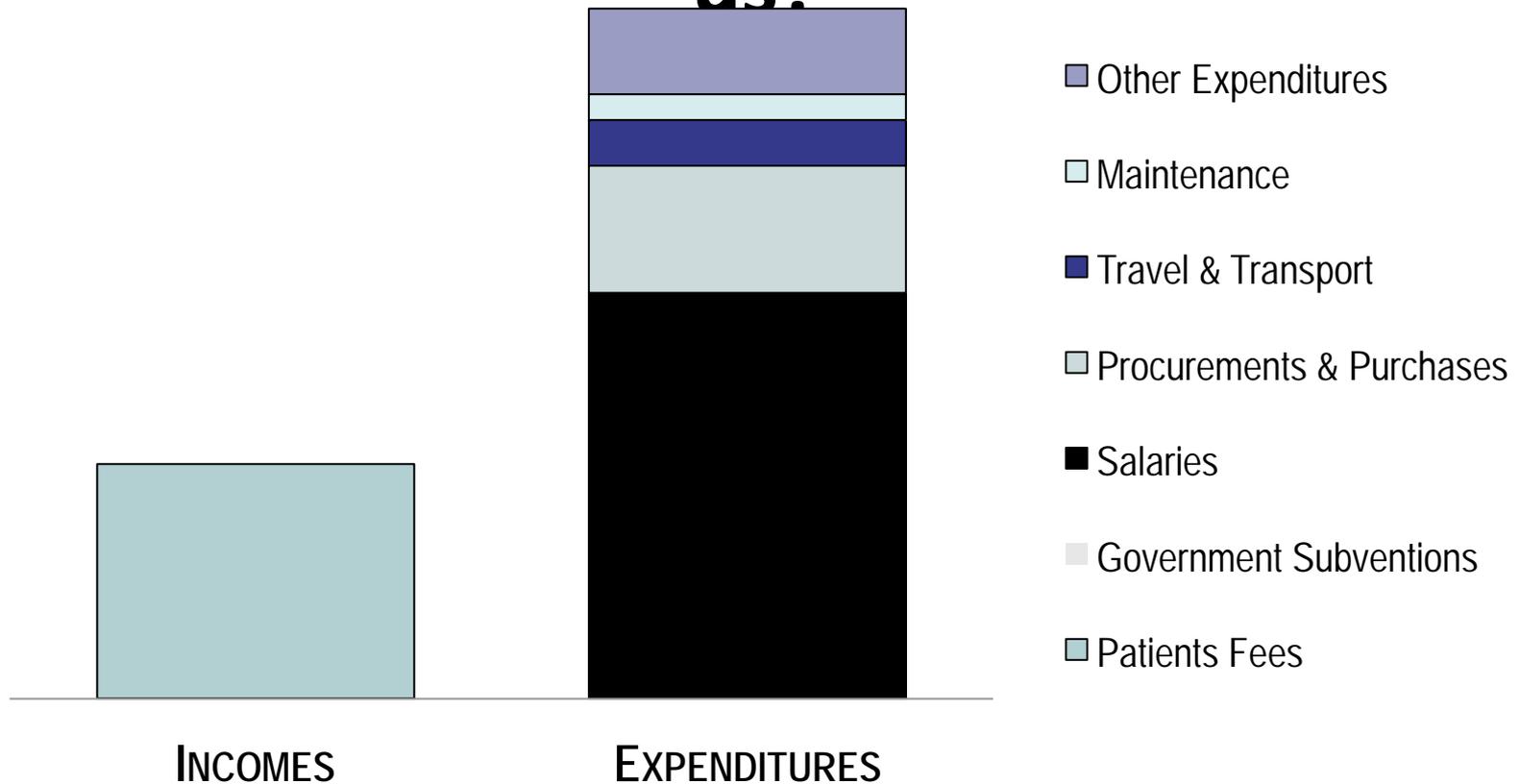




# No donors

## What happens if the donors don't support

us?



# Possible solutions to ensure financial sustainability of Lunsar Hospital and fulfillment of Mission

- Revise users' fees structure in order to promote access (especially for more vulnerable as mothers and children) and
- distribute the cost differently on more patients (increase for some category or services and lower for others)

*“To build functional and resilient national and sub-national health systems that deliver safe, efficient and high quality health care services that are accessible, equitable and affordable for all Sierra Leoneans”*

# Possible solutions to ensure financial sustainability of Lunsar Hospital and fulfillment of Mission

- Increase income from donors/project to subsidize the poor
- Lobby with Government for support to ensure free care for mothers and children as for Gov hospital

*“To build functional and resilient national and sub-national health systems that deliver safe, efficient and high quality health care services that are accessible, equitable and affordable for all Sierra Leoneans”*

# How to contribute to reduce maternal mortality in Lunsar catchments area

- Support Lunsar Hospital to increase access (voucher system for poor mothers including transport, subsidize for all)
- Provide qualified HRs (Obs/Gyn and Surgeons, Midwives)

*“To build functional and resilient national and sub-national health systems that deliver safe, efficient and high quality health care services that are accessible, equitable and affordable for all Sierra Leoneans”*

- THANK YOU SO MUCH FOR YOUR ATTENTION

*“To build functional and resilient national and sub-national health systems that deliver safe, efficient and high quality health care services that are accessible, equitable and affordable for all Sierra Leoneans”*



# I CONGRESO COOPERACION INTERNATIONAL DE LA ORGANIZACION MEDICA COLLEGIAL

*Rural Hospital facing the Ebola Outbreak in Sierra Leone*

27<sup>th</sup> November, 2015

**BY**

**MICHAEL M. KOROMA**

*(RGN(Ghana),BScN( USLeone), MScN(Legon -Ghana),Fellow WACN-FAME)*

**Brother of St. John of God**

*Principal-St. John of God Catholic School of Nursing-Sierra Leone*

*Chief Executive- St. John of God Services –Sierra Leone*

# Creativity and Innovation



# **Ebola Containment**

- Knowledge about the disease
- Know your Challenges
- Set up a Strategic working Plan
- Interventions

# Know your Challenges

In Sierra Leone, our challenges that led to the continuous spread were:

- Inadequate understanding within the communities of the EVD as this is the first major outbreak reported in Sierra Leone.
- Lack of experience among healthcare workers and limited capacities for rapid response.
- High exposure to Ebola virus in the communities through household care and customary burial procedures. This has resulted in a high level of community deaths leading to panic and anxiety.
- Denial, mistrust and rejection of proposed public health interventions arising from misinterpretation of the cause of the new disease.

# Know your challenges cont...

- Fear of the disease by frontline health workers leading to either suboptimal care for patients or substandard implementation of protective measures.
- Close community ties and movement within and across borders has led to difficulties in tracing and following up of contacts for the three countries.
- The magnitude and the geographical extent of the EVD outbreak in Sierra Leone require significant and robust response capacities and structures. This outbreak poses serious challenges in terms of human capacity, financial, operational and logistics requirements and threatens national and international health.

# SET UP A WORKING PLAN WITH STRATEGIES

Strategies that facilitated EBVD containment in Sierra Leone included:

- 1. Coordination/finance/logistics(ensuring effective coordination of the outbreak response activities at all levels)
- 2. Epidemiology/surveillance and laboratory(strengthening early detection, reporting and referral of suspected cases through active surveillance and outbreak investigation)
- 3. Case management, infection control and psychosocial support(institute prompt and effective case management of all suspected cases).
- 4. Social Mobilization/public information(create public awareness about EVD, the risk factors for its transmission, its prevention and control among the people)

## **Interventions which aided to Stop EVD Transmission in Sierra Leone**

- Full community engagement in EVD outbreak response
  - Community education
  - Community ownership
- Stopping EVD transmission in the community
  - Timely detection and reporting of cases
  - Timely referral and safe transport of all cases
  - Isolation of cases in ETUs and in Ebola care centers
  - Safe home care of cases

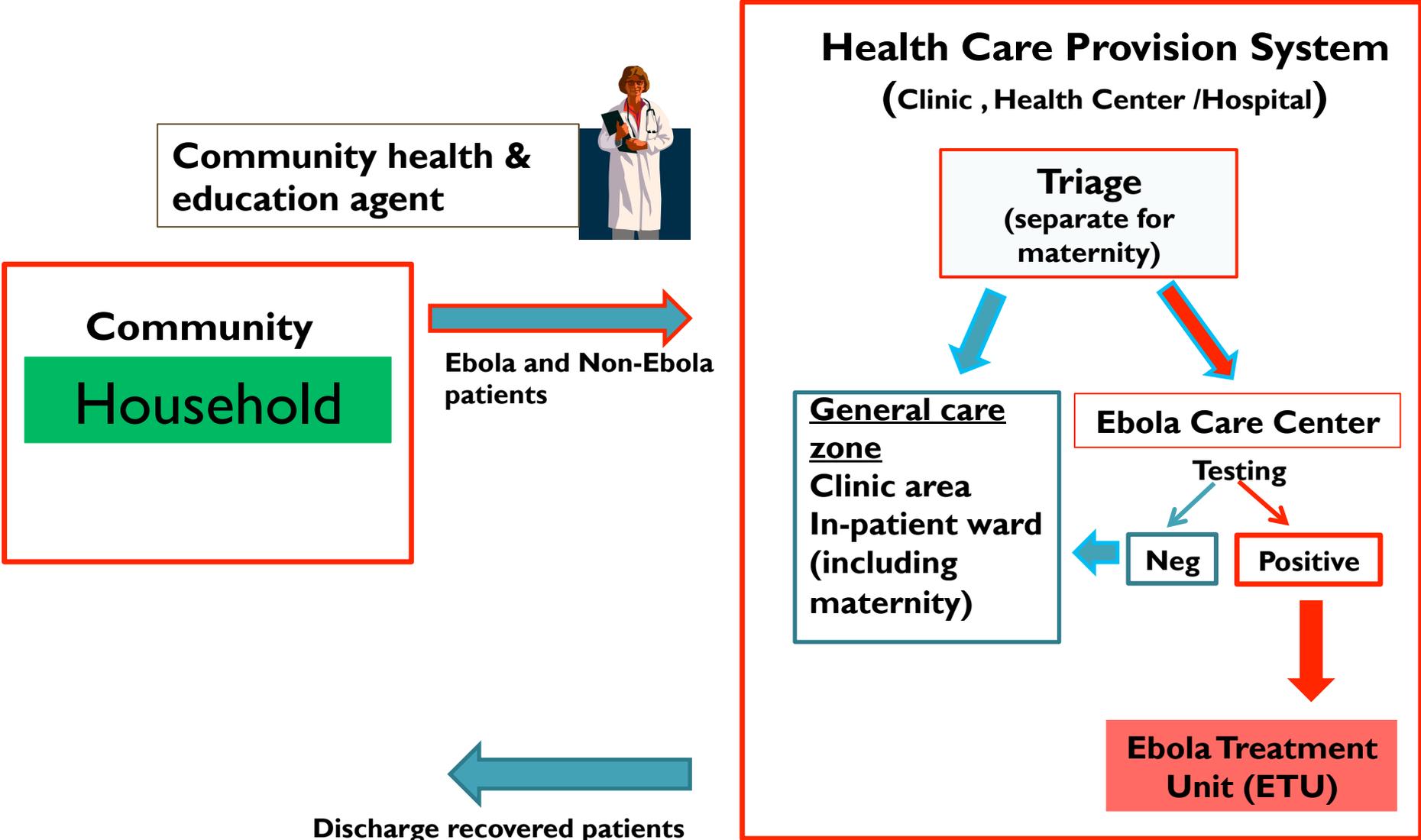
## Interventions cont...

- Safe, dignified and timely burial of dead bodies
- Stopping EVD transmission in health facilities
  - IPC training, provision of PPE, monitoring and supervision
-

# Ebola – Transmission-based precautions in health-care facilities(SJOG Hospital)

- Apply Standard Precautions and Safety Operational Protocols(SOPs).
- Avoid contact with any body fluids (blood, faeces, urine, sputum, etc.)
- Early detection( Triaging to look out for case defined patients and fever Surveillance on admission)
- PPE required:
  - Non-sterile gloves
  - Gown( Various types but the best quality must be chosen)
  - Facial protection
    - Face shield or
    - Surgical mask + goggles
    - Shoes covers or gum boots

# LEVEL OF CARE PROTOCOL



# SCREENING FLOWCHART FOR EBOLA

Clinical status at visit

Well

Not well

NOT SUSPECT CASE

**Does the patient have a fever**

(greater than 38°C, measured with a thermometer)

**AND**

**Does the patient have 3 or more of the following symptoms:**

- Headache
- Loss of appetite
- Fatigue
- Muscle/joint pain
- Diarrhea
- Unusual bleeding
- Difficulty breathing
- Nausea/ vomiting
- Abdominal pain
- Difficulty swallowing
- Hiccups

**In the last 3 weeks has the patient:**

- Cared for or been cared for by a sick person
- OR** washed the clothes of the person who was sick or has died
- OR** slept with someone who was sick or has died
- OR** touched the body of someone who was sick or has died
- OR** washed the body of someone who has died
- OR** attended the funeral of someone with Ebola
- OR** touched a sick or dead animal (monkey, bat)
- OR** was breastfed by a sick person

YES

SUSPECTED EBOLA CASE

NO

*If answer "no" to both:*  
**NOT SUSPECT CASE**

NO

YES

SUSPECTED EBOLA CASE

# **Ebola – Transmission-based precautions in the local communities**

- Surveillance and contacts tracing
- Isolation of sick persons from families to Interim Waiting homes
- Quarantining of contacts
- Security of quarantine homes
- Nutrition for affected communities
- Restrictions and bye laws
- Social mobilization
- Quick call response to local people
-

# RESOURCES

- MOHSW-WHO ops plan-Liberia
- CCC Manual in Liberia
- SOPs Sierra Leone
- WHO: Infection Control for Viral Haemorrhagic Fevers in the African Health Care Setting, December 1998
- Ebola Virus Disease: Occupational Safety and Health Joint WHO/ILO Briefing Note for Workers and Employers 25 August 2014 (update 5 September 2014)



**THANK YOU FOR YOUR ATTENTION**



# FUNDACIÓN

## PARA LA PROMOCIÓN Y EL DESARROLLO DE

# BANGASSOU

La Fundación fue constituida el 12 de Junio de 2002

Está registrada en la Subdirección General de Fundaciones y Entidades Tuteladas del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales con el número: 14-0180

CIF: G-14621866



# ORIGEN

Ayudar y potenciar la labor de Mons. Juan José Aguirre en su Diócesis de Bangassou en la Rep. Centroafricana



# ¿PARA QUÉ?

Mejorar la calidad de vida de la población de la Diócesis de Bangassou.

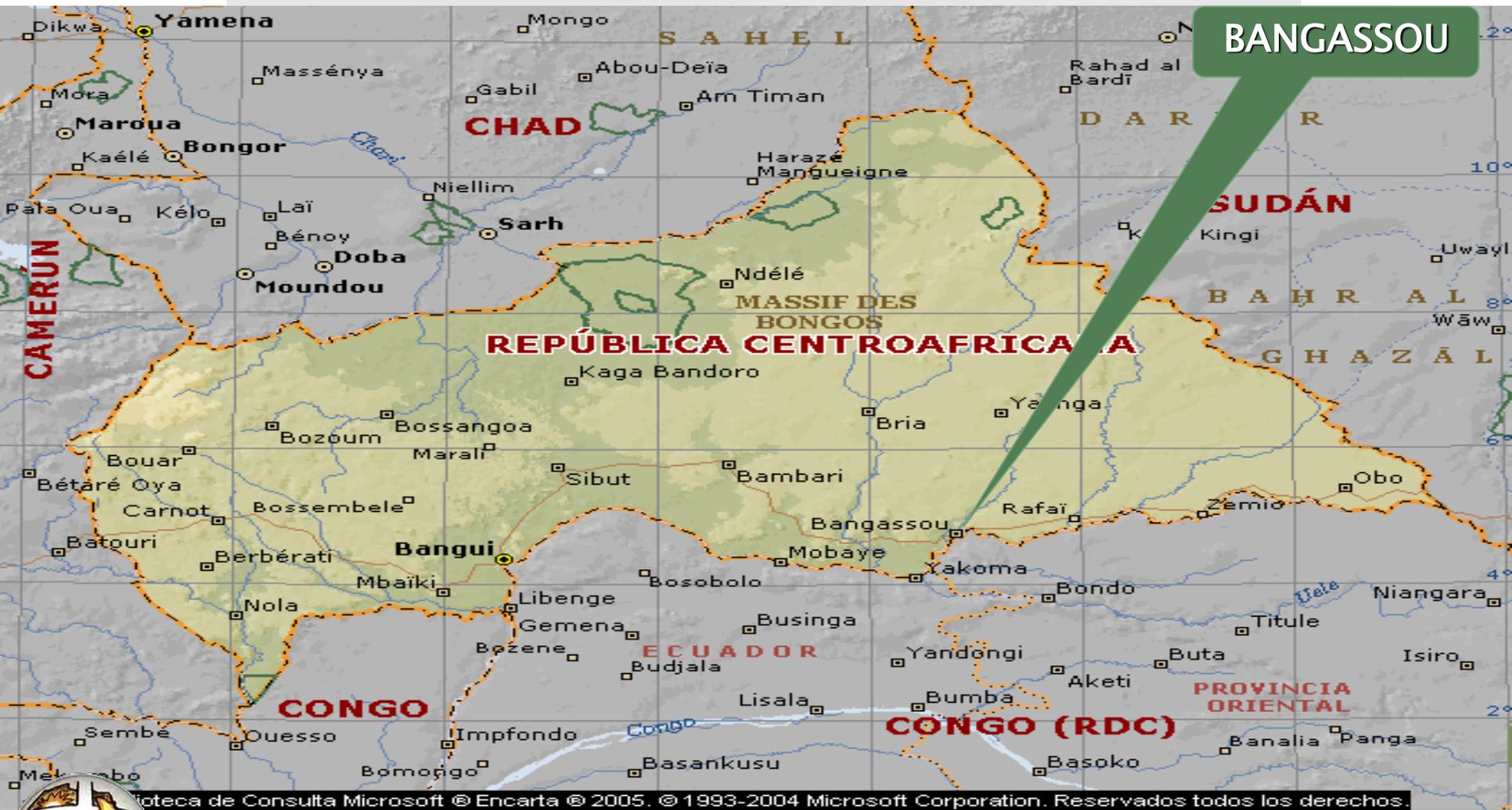


# ¿CÓMO?

Buscando, canalizando y gestionando las ayudas que nos llegan.



# SITUACIÓN GEOGRÁFICA



BANGASSOU



# DIÓCESIS DE BANGASSOU

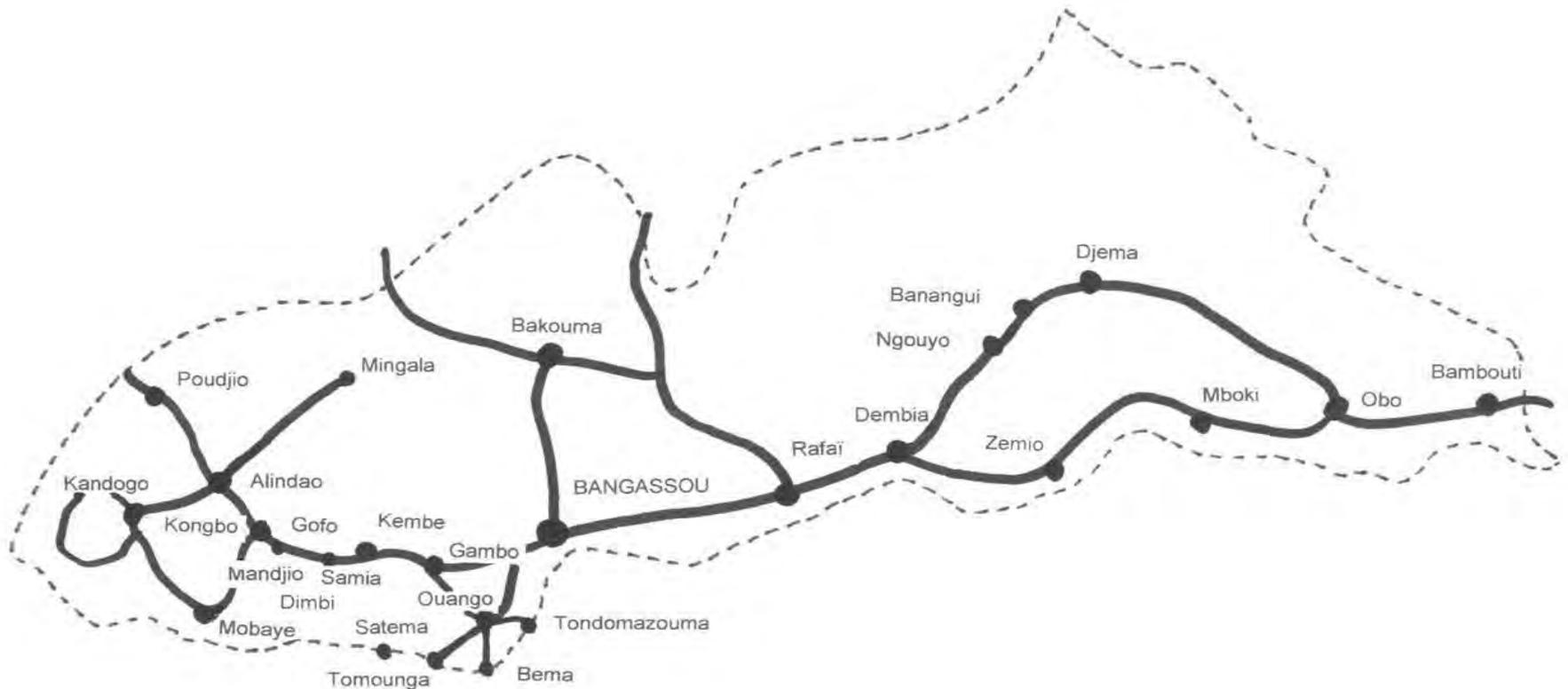


Tiene una extensión como la mitad de Andalucía

Sin ningún Km asfaltado

Sin luz eléctrica, ni teléfono

1L de gasoil: 2.50€



# DATOS DE LA DIÓCESIS

Densidad de población .....	7,53 hab./ km <sup>2</sup>
Esperanza de vida (2.013).....	49,1 años
Tasa de alfabetización .....	56 %
Tasa seropositividad VIH.....	20 %
Tasa mortalidad por sida.....	80 %
Tasa de mortalidad infantil.....	97,17/1000
Médicos/100.000 HAB .....	8
Nº habitantes por enfermera.....	16.159

**INDICE DE DESARROLLO HUMANO (2.015).... 0,341**

**OCUPA EL PUESTO 185 DE 187 PAISES**



# AREAS DE TRABAJO DE LA FUNDACIÓN

Se basan en un TRÍPODE:

EDUCACIÓN

PROMOCIÓN  
HUMANA

SANIDAD



# EDUCACIÓN

Orfanato Mamá Tongolo (60 niños)



# EDUCACIÓN

## Guarderías:

39 guarderías

2500 niños

46 educadores



# EDUCACIÓN

Colegios de Primaria y Secundaria y Liceo:

3000 niños (Escuelas Elementales)

400 niños (Liceo)



# EDUCACIÓN

Escuela de Formación Profesional (140 alumnos)

con talleres de:

CARPINTERÍA



# EDUCACIÓN

Escuela de Formación Profesional (140 alumnos)

con talleres de:

COSTURA



# EDUCACIÓN

Escuela de Formación Profesional (140 alumnos)

con talleres de:

AVICULTURA



# SANIDAD

FARMACIAS RURALES en colaboración con el Colegio de Farmacéuticos de Córdoba:



# SANIDAD

## CONSTRUCCIÓN DE UNA MATERNIDAD EN KOMGBO FINANCIADA POR EL COLEGIO DE MÉDICOS DE CÓRDOBA



# SANIDAD

## CONSTRUCCIÓN DE UNA MATERNIDAD EN BANGONDÉ FINANCIADA POR LA FUNDACIÓN BANGASSOU Y MANOS UNIDAS



# SANIDAD

## CASA DE ENFERMOS TERMINALES DE SIDA:



# SANIDAD

## CONSTRUCCIÓN DE UN QUIRÓFANO EN BANGASSOU



# SANIDAD

## CONSTRUCCIÓN DE UN QUIRÓFANO EN NZACKO



# SANIDAD

## CAMPAÑAS DE ODONTOLOGÍA



# SANIDAD

## CAMPAÑAS DE OFTALMOLOGÍA:



# SANIDAD

## CAMPAÑAS QUIRÚRGICAS DE CIRUGÍA Y GINECOLOGÍA



# SANIDAD

## CAMPAÑAS DE TRAUMATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN



# SANIDAD

## CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DEL SIDA



# PROMOCIÓN HUMANA

CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA EL SIDA.  
CENTRO DE SENSIBILIZACIÓN Y DETECCIÓN EN  
COLABORACIÓN CON LA DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE  
CÓRDOBA.



# PROMOCIÓN HUMANA

## MEJORA DE LAS CÁRCELES DE ALINDAO Y BANGASSOU



# PROMOCIÓN HUMANA

BARRIO DE LA ESPERANZA (Acogida de ancianos/as acusados de brujería)



# PROMOCIÓN HUMANA

## CANALIZACIÓN DE CRUCES EN BANGASSOU



# PROMOCIÓN HUMANA

## RECONSTRUCCIÓN DE PUENTES:



# PROMOCIÓN HUMANA

CONSTRUCCIÓN DE PISTAS POLIDEPORTIVAS  
FINANCIADAS POR EL PATRONATO MUNICIPAL DE  
DEPORTES DE CÓRDOBA



# GARAGE DIOCESANO:

A través de la compra y envío en los contenedores

- Vehículos todoterreno
- Piezas de recambio y baterías
- Neumáticos y accesorios



# ENVÍO DE CONTENEDORES

## 2 contenedores anuales:

Material eléctrico y solar

Leche en polvo, legumbres y azúcar

Material sanitario y medicinas

Material escolar



# FINANCIACIÓN:

1. Apadrinamiento de niños huérfanos (900 niños)
2. Colaboradores permanentes (250 personas)
3. Donaciones, herencias y donativos anónimos.
4. Diversas entidades públicas o privadas (Proyectos)
5. Huchas en farmacias para el proyecto de madres con SIDA.
6. Ayudas a través de Colegios Profesionales.
7. Eventos solidarios (Teatro, Comida Benéfica, Lotería de Navidad, Exposición y venta de artesanía africana, Exposición artística y venta de obras exhibidas)



# COMIDA BENÉFICA:

Comida solidaria anual en el Círculo de la Amistad.

Financiación de proyectos prioritarios.

Las empresas colaboran donando los servicios.

Colaboración de voluntarios (Scouts y colegios)

Fecha del evento: 2ª semana de Marzo



LA FUNDACIÓN  
BANGASSOU  
ORGANIZA  
SU  
COMIDA  
BENÉFICA  
ANUAL

PARA AYUDAR  
AL MISIONERO CORDOBÉS

**MONS. JUAN JOSÉ AGUIRRE MUÑOZ**

Fecha:  
**14**  
Marzo  
2015  
a las 14h

Lugar:  
CÍRCULO  
DE LA  
AMISTAD

Proyecto que se financia este año:  
**"Reconstrucción de la Misión de Bema"**

RECOGIDA DE INVITACIONES Y DONATIVOS EN LA SEDE DE LA FUNDACIÓN.  
AVD. AMÉRICA, N.º 19 (LOCAL). TELF.: 957471457 (CÓRDOBA)  
EN BOUTIQUE ANNECY, C/ CRUZ CONDE, N.º 23  
EN ELISA GARCÍA, PELETERÍA INTERNACIONAL C/ SEVILLA N.º 9.  
EN LIBRERÍA MONTE SIÓN, C/ RAMÍREZ DE ARELLANO.  
O INGRESANDO EN LA CTA. N.º 0237 6028 00 9159341463 DE BBK-BANK-CA JASUR

**DONATIVO: 35 €**



# FUTUROS PROYECTOS:

- Finalización del centro multiusos en Gambo.
- Construcción de un dispensario y centro de salud en Bema y Nzacko.
- Envío de equipos médicos.
- Construcción de una escuela de primaria y secundaria en Bema, Yongofongo y Samba.



# DELEGACIONES EN ESPAÑA

CÓRDOBA: Sede central de la Fundación. Coordinación.

ANTEQUERA: Proyecto huérfanos y estudiantes.

MADRID: Proyectos de Bakouma, Gambo y Nzacko

PAÍS VASCO: Financiación de proyectos y recogida de material. Envío de contenedor.

CASTILLA Y LEÓN: Proyecto huérfanos.

ZARAGOZA: Recogida de material y apadrinamientos



# PÁGINA WEB

<http://www.fundacionbangassou.com>



Quien no es capaz de entender una mirada no podrá nunca entender una larga explicación. Juan José Aguirre Muñoz (Obispo de Bangassou).

Delegaciones

La Fundación

Proyectos

Publicaciones propias

Apariciones en  
prensa

Colaboración

Agradecimiento

Calendario

Galería multimedia

Contacto

## La Fundación



Juanjo con el Santo Padre

Ver +



Mons. Aguirre en la  
Eucaristía de aye...

Ver +



Conferencias Asociación  
Presencia Cri...

Ver +



Calendario:

Noviembre 2015



Los Seleka llegaron a Bangassou el 11 de marzo 2013 e invadieron todo el país el 24 de marzo... Ha sido un auténtico huracán. Durante 9 meses han expoliado sin piedad... El FMI dice que Centroáfrica retrocedió 10 años en desarrollo sostenible con la llegada de éstos depredadores.



Hippolyte Donossio



Los anti-balaka son jóvenes anti-islam que quieren vengarse de los Seleka pero luego se ensañaron contra todo musulmán. Arrasaron 22 mezquitas. Ellos han sido los dueños del país durante todo el 2015 y lo han acabado de hundir.



Muchos musulmanes se defendieron hasta que, arruinados y aterrorizados 600.000 fueron obligados a exilarse al Chad o al Camerún. Hoy empiezan a volver uno a uno, sólo los hombres.





Aquí, la llegada de la coalición SELEKA el 11 de marzo 2013 a Bangassou. Robaron 29 coches, asaltaron el garaje 6 veces, internet, el colegio, las casas de todas las monjas, la pediatría, robaron placas solares, T.V., frigoríficos... todo lo que podía ser vendible.





FARMACIA SAQUEADA



SALA DE INTERNET



VEHÍCULO DE LA MISIÓN



ALMACÉN





Miles de casas fueron incendiadas, personas asesinadas, saqueo de hospitales, y de muchas misiones católicas, habitación por habitación... Saquearon alcaldías y juzgados, la memoria histórica de Centroáfrica. Cómo hacer ahora un censo para las próximas elecciones?



Después de la tempestad, ¿vendrá la calma? Volverán los 400.000 musulmanes huídos? Pondrán orden los Cascos azules de la ONU? ¿O será una República islámica conducida por la Sharía como quieren los países que pagan las armas? ¿Bangassou seguirá viviendo en la tolerancia y la paz cómo hasta hoy?





Congreso Cooperación OMC

## **Padre Ángel: Ante la crisis de los refugiados, los Gobiernos "esconden la cabeza bajo el ala" con comisiones y cumbres pero "no hacen nada"**

**El Padre Ángel, fundador y presidente de la ONG Mensajeros de la Paz, cuestiona que ante la crisis de los refugiados, los Gobiernos "esconden la cabeza bajo el ala" con comisiones y cumbres, pero "no hacen nada", mientras las fronteras europeas están "atestadas de personas muertas de frío" que huyen de las guerras**

El Padre Angel, fundador y presidente de la ONG Mensajeros de la Paz, cuestiona que ante la crisis de los refugiados, los Gobiernos "esconden la cabeza bajo el ala" con comisiones y cumbres, pero "no hacen nada", mientras las fronteras europeas están "atestadas de personas muertas de frío" que huyen de las guerras.

Así se expresó el Padre Angel en su intervención en el I Congreso de Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial del pasado fin de semana, organizado por la Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional (FCOMCI) y el Colegio de Médicos de Granada, en el que compartió mesa para hablar de "La crisis del Mediterráneo desde la perspectiva humanitaria. La realidad de los refugiados".

Junto al Padre Angel, abordaron la crisis del Mediterráneo desde la perspectiva humanitaria Verónica Barroso, responsable de Relaciones Institucionales y portavoz para temas de la Crisis de Refugiados de Amnistía Internacional, y Cristina Cortázar, profesora de la Universidad Pontificia de Comillas y experta en derecho internacional, asilo y migraciones. Esta mesa estuvo moderada por el Dr. Juan Manuel Garrote, secretario general de la Organización Médica Colegial (OMC).

El Dr. Garrote introdujo la mesa poniendo de manifiesto que "aunque parezca un contrasentido hablar de humanismo en esta crisis humanitaria" hay que hacerlo ante la "poca planificación logística" por parte de los países

Europeos para afrontar este problema, frente a la "buena voluntad de las personas para intentar paliarlo".

Para el secretario general de la OMC, "la realidad de los refugiados pasa por como los distintos países de acogida actúan ante esa situación" y, tras poner de manifiesto que no se entiende porque los países europeos se retrasan tanto en reubicar a los refugiados que les han correspondido, calificó de "ridícula" la cifra de los 12 que han llegado a España y de "patética, si se tiene en cuenta el despliegue mediático que se ha realizado para recibirlos".

Verónica Barroso, de Amnistía Internacional, hizo una contextualización con datos y cifras de la crisis a nivel global, con más de 60 millones de personas desplazadas a la fuerza en todo el mundo, debido a conflictos, violencia y persecución; más de 19 millones de refugiados acogidos el 85% en países en vías de desarrollo y 1,15 millones de refugiados necesitados de reasentamiento, de los que solo una décima parte siendo reasentada, lo que supone que "estamos ante la mayor crisis de refugiados de toda la historia desde la II Guerra Mundial".

En lo referente los refugiados que han llegado a las fronteras europeas en lo que va de año, contó que superan ya las 800.000 personas, la mayoría procedentes de Siria, Irak y Afganistán, destacando las 647.580 personas que han llegado a Grecia por mar, procedentes de los 10 países que generan más refugiados y añadió que, en lo que llevamos de año, casi 3.500 personas han muerto en el Mediterráneo y 512 han perdido la vida en el mar Egeo.

La representante de Amnistía Internacional expuso que la realidad es que la UE, después de varias reuniones, ha decidido aprobar la reubicación de 160.000 personas, y cuestionó la "lentitud" del proceso y señaló como ejemplo el de España donde de los 15.000 que le han correspondido, sólo han llegado 12 (11 eritreos y 1 sirio). Criticó la respuesta de la UE que, en lugar de una adecuada acogida de las personas refugiadas y salvar vidas,

ha priorizado sus fronteras, con la construcción de más 235 Km de vallas que han supuesto un coste de 175 millones de euros.

En este sentido, dijo que en la frontera con Bulgaria y Turquía se ha construido una valla de 30 Km. y se ampliará 130 Km más; que en los enclaves españoles de Ceuta y Melilla hay 18,7 Km de vallas y 10,5 Km. en la frontera entre Grecia y Turquía.

Cuestionó también las "devoluciones en caliente", que en España alcanzaron a 324 personas a Marruecos en 2014, con lo que supone "falta de salvaguarda de derechos humanos"; la falta de condiciones adecuadas y hacinamiento en los Centros de Estancia Temporal para Inmigrantes en Ceuta y Melilla y dijo que solo en el centro de Ceuta, con capacidad para 480 personas, había en agosto 1.264, de ellas, 288 menores.

Ante esta situación, Verónica Barroso, pidió, entre otras medidas, que se abran rutas legales y seguras; que establezcan medidas urgentes para garantizar a los refugiados el acceso al territorio y a los procedimientos de asilo eficientes y que se ponga fin a las devoluciones en caliente y afirmó que "esta crisis hay que abordarla conjunta y coordinadamente entre todos los países porque nos afectan a todos".

Por su parte, Cristina Cortázar, experta en derecho internacional, asilo y migraciones, tras reiterar los datos de refugiados en el mundo, explicó quiénes son refugiados según la ONU: "toda persona con temores fundados de persecución por su raza, religión, nacional y pertenencia al grupo social u opinión pública que logra salir del país de persecución, solicita protección y no incurre en causas de exclusión". Expuso que para la UE, las personas con Estatuto de Protección Subsidiaria son aquellas en riesgo real de sufrir pena de muerte, tortura, tratos inhumanos o degradantes y amenazas graves contra la vida o integridad de civiles, motivadas por la violencia indiscriminada de un conflicto internacional o interno. Estas personas, "si logran salir del país de persecución, solicitan protección y no incurren en causas de exclusión", según Cristina Cortazar.

Se refirió al Sistema Europeo Común de Asilo (SECA), conjunto de normas elaboradas por la UE en 2000, que recoge los criterios para establecer el reparto de las solicitudes de Protección Internacional entre los Estados miembros; las condiciones de acogida que otorga a todo solicitantes derecho de habitación, manutención, asistencia médica, escolarización de menores y, pasados nueve meses, acceso al mercado de trabajo y establece el derecho de no-devolución. También incluye la directiva de procedimiento para cumplir con las garantías en todos los Estados miembros y la directiva de Protección Temporal que permite los reconocimientos grupales y un estatuto de protección provisional en tanto en cuanto se estudian los casos individualmente que "nunca se ha activado", según afirmó.

Explicó que la UE ha iniciado 40 procedimientos de infracción contra los Estados miembros por no aplicar correctamente el SECA y dijo que lo que está haciendo es un despliegue de equipos de apoyo y gestión de la migración en zonas críticas; aumentar la financiación de emergencia para los Estados miembros más afectados y aplicar las cuotas de reubicación de 160.000 personas en dos años.

Contó que, de ellos, solo se han reubicado, con datos a 25 de noviembre, a 159 personas en Finlandia, Suecia, Francia, España y Luxemburgo. Y se han producido entre septiembre, octubre y hasta el 25 de noviembre, 762 retornos, de ellos, 153 desde Italia y 609 retornos conjuntos de la Agencia Europea para la Gestión de la Cooperación Operativa en las Fronteras Exteriores de los Estados miembros de la Unión (Frontex). Ante esta "velocidad" de reubicación, Cristina Cortázar finalizó su intervención afirmando que siente "vergüenza de ser europea".

Cerró la mesa el Padre Angel quien por momentos perdió su habitual sonrisa al hablar de la situación por la que atraviesan los cientos de miles de refugiados y expresó su "profundo dolor" al hablar de las miles de personas que perecen en el Mediterráneo, que se ha convertido en "sepultura de muchas vidas inocentes, hombre, mujeres y niños que huyen del hambre y de la guerra para buscar un futuro para ellos y sus hijos".

Tras preguntarse "qué será de nuestra sociedad y de nuestras conciencias si seguimos impasibles antes esta tragedia", cuestionó que los Gobiernos, "verdaderos responsables y los únicos que pueden solucionar el problema, hablan, discuten, pero no hacen nada" y "se reparten cuotas como si fueran patatas o camiones".

Para él, los Gobiernos europeos "esconden la cabeza bajo el ala que es lo mismo que crear comisiones y organizar cumbres", mientras Europa lleva meses con las fronteras "atestadas y asaltadas" y solo les han echado la manguera o les han tirado la comida como si fueran perros".

El Padre Angel aseguró que son "gente que huye de la muerte; son refugiados de guerra, con todos los derechos de asilo reconocidos por todos los tratados internacionales" y dijo que "si han llegado aquí es causa de una guerra que ni la Unión Europea ni la ONU ha sabido evitar".

Aludió a los refugiados llegados a España y dijo que "¡cómo no se les cae la cara de vergüenza!" a aquellos que estaban en la sala de autoridades para recibir con todo despliegue a 12 refugiados.

Contrariamente al comportamiento de los Gobiernos, el Padre Angel resaltó la solidaridad social que ha habido en Europa, lo que "me conmueve y me enorgullece" y, en este sentido, aludió al atentado de París y los "gestos de solidaridad con la población francesa llegados desde todas partes del mundo". "Tras estos hechos luctuosos ?añadió-, hemos comprobado que desde el Papa Francisco hasta Obama, el mundo entero sintió como un latigazo lo ocurrido en París" y afirmó que "la globalización de la solidaridad ya ha llegado y cualquier cosa que pase en el mundo nos preocupa a todos".

Contó que Mensajeros de la Paz ha recibido cientos de ofrecimientos de gente y de empresas para ayudar a los refugiados y explicó que la ONG atiende, en la frontera de Serbia, Macedonia y Hungría, a más de 4.000 personas al día con alimentos y ayuda humanitaria.

Insistió en que los refugiados vienen porque "han matado a su familia o escaparon para que no los matara nadie" y afirmó que "no vale la venganza". "La respuesta -dijo- no son las armas ni la violencia" y aunque "es necesario pedir y exigir justicia, la herramienta es el diálogo".

Para el Padre Angel, el respeto es la clave de esta guerra que "no se gana en las calles o en los campos de batalla o con los portaaviones más grandes". Esta guerra se gana -dijo- en la escuela, con la educación para erradicar esa violencia y conseguir que la sociedad actual camine hacia adelante".



# La intervención médico sanitaria en contextos complejos

I Congreso Cooperación Internacional OMC  
Granada, 26-28 Noviembre 2015

- La labor previa que se debe llevar a cabo desde las ONGs con los actores locales e internacionales para negociar la entrada en una región / país antes de implementar una misión.
- La denuncia de situaciones de vulneración del Derecho Internacional Humanitario.
- La preparación y formación del personal humanitario para intervenir en estos contextos.

# ¿QUÉ ES EL DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO?

El Derecho Internacional Humanitario (DIH), también conocido como *Derecho de la Guerra*, es el conjunto de normas internacionales que regula los conflictos armados, tanto internos como internacionales. El DIH limita los medios que pueden utilizar los beligerantes, con el fin de proteger a la población civil y sus bienes y evitar daños considerados como innecesarios.

El DIH es, actualmente, el único marco jurídico internacional que regula las acciones de socorro en el contexto de un conflicto armado. Establece los derechos y deberes de los diferentes actores implicados en una guerra, y señala sus responsabilidades.

Este cuerpo de normas se encuentra esencialmente en los cuatro Convenios de Ginebra de 1949 -de los que son parte casi todos los Estados-, y en los Protocolos Adicio-

—El personal sanitario exclusivamente destinado a la búsqueda, a la recogida al transporte o a la asistencia de los heridos y de los enfermos o a la prevención de enfermedades, y el personal exclusivamente destinado a la administración de las unidades y de los establecimientos sanitarios, así como los capellanes agregados a las fuerzas armadas, s

# ¿QUÉ ES EL DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO?

El Derecho Internacional Humanitario (DIH), también conocido como *Derecho de la Guerra*, es el conjunto de normas internacionales que regulan los conflictos armados, tanto internos como internacionales. El DIH limita los medios que pueden utilizar los beligerantes, con el fin de proteger a la población civil y sus bienes y evitar daños considerados como innecesarios.

El DIH es, actualmente, el único marco jurídico internacional que regula las acciones de socorro en el contexto de un conflicto armado. Establece los derechos y deberes de los diferentes actores implicados en una guerra, y señala sus responsabilidades. Este cuerpo de normas se encuentra esencialmente en los cuatro Convenios de Ginebra de 1949 –de los que son parte casi todos los Estados–, y en los Protocolos Adicionales de 1977 y 2005, relativos a la protección de las víctimas de los conflictos armados.

## Se consideran infracciones graves de los Convenios de Ginebra (1949) y de sus Protocolos Adicionales (1977), entre otras:

- Hacer objeto de ataque a la población civil o a personas civiles.
- Lanzar un ataque indiscriminado que afecte a la población civil o a bienes de carácter civil a sabiendas de que tal ataque causará muertos o heridos entre la población civil o daños a bienes de carácter civil, que sean excesivos en relación con la ventaja militar concreta y directa esperada.
- Homicidio intencional de personas protegidas por el DIH.
- Causar deliberadamente grandes sufrimientos o atentar gravemente contra la integridad física o la salud de personas protegidas por el DIH.
- Atacar a una persona a sabiendas de que no es un combatiente.
- Hacer objeto de ataque a localidades no defendidas y zonas desmilitarizadas cuando se cometan intencionadamente, en violación de las disposiciones pertinentes del DIH, y causen la muerte o atenten gravemente a la integridad física o a la salud.
- **Atacar intencionadamente a personal que participe en las acciones de socorro y a unidades sanitarias. Más concretamente, los Convenios de Ginebra y sus Protocolos Adicionales establecen que:**
  - “Los establecimientos fijos y las unidades sanitarias móviles del Servicio de Sanidad no podrán, en ningún caso, ser objeto de ataques, sino que serán en todo tiempo respetados y protegidos por las partes en conflicto”.

- El personal sanitario exclusivamente destinado a la búsqueda, a la recogida, al transporte o a la asistencia de los heridos y de los enfermos o a la prevención de enfermedades, y el personal exclusivamente destinado a la administración de las unidades y de los establecimientos sanitarios, así como los capellanes agregados a las fuerzas armadas, serán respetados y protegidos en todas las circunstancias”.
- “En ninguna circunstancia podrán ser objeto de ataques los hospitales civiles organizados para prestar asistencia a los heridos, a los enfermos, a los inválidos y a las parturientas; deberán ser siempre respetados y protegidos por las partes en conflicto”.
- “Los medios de transporte de heridos y de enfermos o de material sanitario serán respetados y protegidos”.
- Lanzar un ataque contra obras o instalaciones que contengan fuerzas peligrosas a sabiendas de que ese ataque causará muertos o heridos entre la población civil o daños a bienes de carácter civil, que sean excesivos en relación con la ventaja militar concreta y directa esperada.
- Empleo de armas, proyectiles, materiales y métodos de hacer la guerra de índole tal que causen males superfluos o sufrimientos innecesarios.
- Utilizar a cualquier persona protegida para proteger, mediante su presencia, ciertos puntos o regiones contra las operaciones militares.
- Destrucción o apropiación de bienes no justificadas por necesidades militares, y efectuadas a gran escala y de forma ilícita y arbitraria.
- Atacar, destruir, sustraer o inutilizar los bienes indispensables para la supervivencia de la población civil, con la intención deliberada de privarla de los mismos.
- Matar o herir a un adversario valiéndose de medios pérfidos.
- Ordenar que no haya supervivientes, amenazar con ello al adversario o conducir las hostilidades en función de tal decisión.

# **Derecho Internacional Humanitario (DIH)**

4 Convenios de Ginebra (1949)  
y Protocolos Adicionales (1977, 2005)

- **Ataques contra civiles** (no combatientes)
- **Ataques a instalaciones médicas, trabajadores sanitarios y pacientes**

## 15 conflictos irrumpieron o se reactivaron en los últimos 5 años, desplazando a decenas de millones

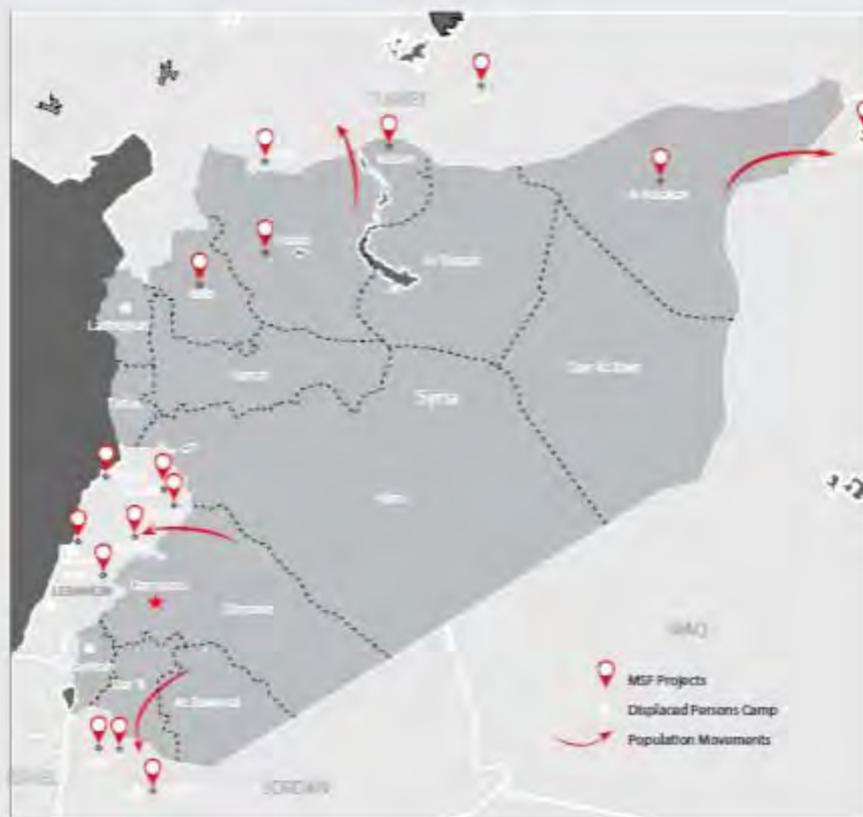


11.597.748	Siria
4.104.175	Irak
4.039.250	Dem. Rep. of the Congo
2.465.442	Sudán del Sur
1.832.074	Pakistán
1.490.913	República Centroafricana
1.379.051	Nigeria
1.075.736	Ucrania
907.249	Myanmar
427.297	Mali
425.278	Yemen
371.159	Libia
335.069	Burundi
121.801	Costa de Marfil
4.276	Kirguistán

● - Proporcional a las estadísticas que aparecen arriba



Fuente: ACNUR/18 de junio 2015



MUNDO AMENAZA YIHADISTA LA COALICIÓN INTERNACIONAL

# Hollande recibe el apoyo de Putin

## El presidente ruso respalda a Francia para «aunar esfuerzos contra el enemigo común»

EL MUNDO

El presidente francés, François Hollande, continúa sumando apoyos para luchar contra el autodenominado Estado Islámico (IS, por sus siglas en inglés) tras los atentados en París el pasado 13 de noviembre, que acabaron con la vida de 130 personas. Las cámaras inmortalizaron ayer a los nuevos aliados del mandatario galo: por la mañana, el dirigente italiano, Matteo Renzi, en París, y, por la tarde, en el Kremlin, apretón de manos con su homólogo, Vladimir Putin.

«Vemos que usted dedica una gran atención y muchos esfuerzos a la creación de una amplia coalición antiterrorista. Estamos dispuestos a trabajar conjuntamente; más aún, lo considero absolutamente necesario», declaró Putin antes de la reunión, según declaraciones difundidas por Efe.

El presidente ruso recordó la tragedia del Airbus 31, que fue atacado a finales de octubre en Egipto y en el murieron 224 personas. «Todo esto nos obliga a aunar esfuerzos contra el enemigo común».

### El futuro del líder sirio, Bashar Asad, fue uno de los puntos de desacuerdo

ubrayó Putin, quien presentó al líder galo sus condolencias por los atentados de París, del mismo modo que la canciller alemana, Angela Merkel, y el primer ministro británico, David Cameron, al visitar la semana la plaza de la República y la entrada de la sala Bataclan.



El presidente francés, François Hollande, estrecha la mano de su homólogo ruso, ayer, en Moscú. / AFP

Tras el en ambos man ordinario su Siria, cent en las pos niéndose moderada de partici da por EF rack Obi anterior un «girt «fortale Preci sirio, B puntos y Holla Asad r en el f el seg pren del p los a cont pobl sobi A Hol el t Re la m pi co d c

# Berlín se suma de lleno contra el terror

## Portará aviones de reconocimiento y una fragata, mientras París anima a unirse «a otros países europeos»

GUILLERM SANS MORA BERLÍN

Los alemanes aportarán principal- se vuelve cada vez más fuerte», dijo. río conservador en política de D

AMENAZA YIHADISTA

# «Bombardear Siria nos hará más seguros»

## Cameron busca el apoyo de los laboristas en su lucha contra el IS

CARLOS FRESNEDA LONDRES CORRESPONSAL

Al cabo de más de un centenar de preguntas, David Cameron se desmarcó con el pronunciamiento más contundente en la Cámara de los Comunes: «Bombardear al IS en Siria nos hará más seguros». «Los atentados de París pudieron haber ocurrido en Londres», aseguró el premier británico. «Y los terroristas hubieran encontrado el

mentar esa amenaza, para contrarrestar o para extender la campaña de terror del IS», añadió Corbyn, al expresar sus dudas y anticipar implícitamente su no a la extensión de los ataques aéreos a suelo sirio.

El Partido Nacional Escocés (SNP) ha anticipado de entrada que votará en bloque en contra de la autorización parlamentaria. Así lo indicó la ministra principal de Esco-

ria» como parte de una estrategia global contra el terrorismo.

«No es una decisión tomada a la ligera», añadió Cameron. «Las amenazas contras nuestros intereses y nuestro pueblo son tales que no nos podemos quedar al margen [...] No podemos consentir que otras países carguen con el peso y con los riesgos para evitar que el terrorismo llegue al Reino Unido», dijo en referencia a los ataques aéreos de EEUU y Francia.

Cameron se apoyó en

te gaullista. No tiene más remedio. Sólo bajo la alargada sombra del recuerdo del general que resistió a los nazis y renunció a Argelia, Francia es capaz de ejercer como potencia mundial y vengar a sus muertos del Boulevard Voltaire. El francés se siente bien en la sobreactuación y la épica: la Revolución Francesa, Austerlitz, la Comuna, el mito de la Resistencia, el 68... pocos pueblos sienten de una manera tan

de buen lo fue para los de Inglaterra y Francia en los inicios de la Guerra Fría. La que fuese la esperanza negra

François Hollande ha dejado de ser un mal presidente socialista para convertirse en un buen dirigente gaullista

yihadismo y le sobran (nos sobran) los motivos. España, un país que no fue capaz de soportar la mili, se verá obligada a colaborar con el esfuerzo bélico, aunque esto no se nos desvele hasta después del 20 de diciembre. Tenemos la memoria de Francisco de Vitoria para que nos diga que estamos ante una Guerra Justa y tenemos un Ejército profesional y preparado para afrontar el riesgo con confianza. Lo único que no tenemos es un De Gaulle al que imitar.

Miki&Duarte

# VIERNES NEGRO









USA XAK

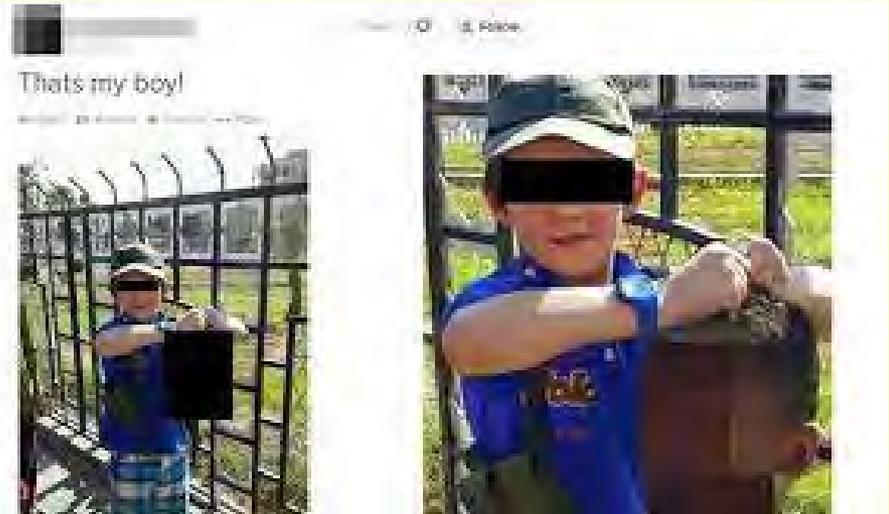
insurance world is ours  
NIC

...  
...

...  
...

















© Sebastião Tomada/Sipa USA / Rex













**MSF = AH**

**Médicos Sin Fronteras =  
Acción Humanitaria**



**La acción humanitaria es un gesto solidario de sociedad civil a sociedad civil, de persona a persona, cuya finalidad es preservar la vida y aliviar el sufrimiento de otros seres humanos.**

**A diferencia de otras áreas de la solidaridad internacional, la acción humanitaria no aspira a transformar una sociedad, sino a permitirle superar un periodo crítico: su objetivo son las personas, no los Estados. Por este motivo, las intervenciones de MSF son limitadas en el tiempo.**

**El compromiso humanitario de MSF es desinteresado, no lucrativo y respeta los siguientes principios, que se traducen sobre el terreno en condiciones básicas para la prestación de la ayuda:**

**Humanidad** Asegurar un trato humano y digno a quien recibe la asistencia, en toda circunstancia y por razones únicamente humanitarias.

**Imparcialidad** Asistir a los más necesitados con un espíritu universal y sin ninguna discriminación por raza, religión o ideología política.

**Independencia** La ayuda debe estar libre de presiones políticas, económicas, militares o religiosas.

**Neutralidad** Las operaciones de ayuda no deben constituir en sí mismas un acto hostil o que busque favorecer a alguna de las partes.

**Acceso libre e independiente** a las poblaciones vulnerables en situaciones de crisis.

**Evaluación imparcial** de las necesidades humanitarias de dichas poblaciones.

**Universalidad y proporcionalidad** de la ayuda para cubrir las necesidades detectadas.

**Libre elección** de las acciones y medios a emplear para la prestación de asistencia.



**Security incidents:** killings, kidnappings, abductions, robberies, looting, physical aggression, threats, intimidation and harassment

**95 MSF people killed and 207 kidnapped since 1980**

# Incidents involving MSF

Yemen → 40 between April 2010 and July 2013

Syria → 43 between August 2012 and October 2014

CAR → 127 between December 2012 and April 2014

# **When medical assistance becomes an act of war and targeting health care a war tactic**

- Strategic attacks on the medical mission
- Operating in the same areas as opposition groups
- Criminalisation of health care and execution of medical staff
- Caught up in the war, indiscriminate violence
- Impunity

Tactic to deprive the enemy of healthcare

**South Sudan - Leer-  
MSF hospital completely destroyed,  
as one of many in the recent conflict**



# Extension of the war into health structure

## South Sudan

- MSF treats patients in separate wards and security rules tightened
- Request for preferential treatment
- Bentiu hospital as a refuge

## CAR

- Hospital staff had to physically restrain access to armed groups

## Yemen / Syria

- MSF had to deny entry to security forces
- Patients and medical staff arrested in medical facilities

# **When looting and violence are linked to economical gains or losses**

MSF projects have been looted and ransacked in Central African Republic, Democratic Republic of Congo and South Sudan



**Una expatriada de MSF discute con un soldado ante un grupo de desplazados. Nuestra presencia directa en las situaciones de crisis a menudo implica asumir riesgos y enfrentarnos al poder para poder garantizar una asistencia humanitaria imparcial e independiente de intereses políticos, económicos o militares. Por esta razón se nos concedió el premio Nobel de la Paz en 1999.** Angola, 1999 © Hans Jurgen Burkard

La palabra  
convence,  
pero el ejemplo  
arrastra.





**Futuro doctor sirio ??  
Muchas gracias !!**



**#INDEPENDENT INVESTIGATION**

**#KUNDUZ**



**MÉDECINS  
SANS FRONTIÈRES**





## La crisis global de las personas refugiadas en Europa





## Crisis global: Datos y cifras

- Estamos ante la **mayor crisis de refugiados** de toda la historia desde la II Guerra Mundial.
- **60 millones de personas desplazadas** a la fuerza en todo el mundo debido a conflictos, violencia y persecución.
- **Más de 19 millones de personas refugiadas** en todo el mundo, de las cuales el **86%** se encuentran acogidas en **países en vías de desarrollo**.



## Más datos y cifras

- Según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados hay **1,15 millones de personas refugiadas** en todo el mundo necesitadas de **reasentamiento** en 2016, y tan sólo una décima parte está siendo reasentada.
- El **llamamiento humanitario de la ONU** para la crisis de refugiados de **Siria** sólo está financiado en un 50 por ciento



## Contexto actual en la UE

- **Más de 800.000 personas**, la mayoría refugiadas, procedentes de países en conflicto como **Siria, Irak, y Afganistán** han llegado a nuestras fronteras europeas en lo que va de año.
- En lo que va de año, han llegado a **Grecia** por mar **647.581** personas, el 93 por ciento de ellas procedentes de los 10 países que generan más refugiados. Sólo la isla de Lesbos acoge al mayor número de personas refugiadas. Sólo en agosto de este año llegaron más de 33.000 personas.



## **Grecia, septiembre de 2015**





# Siria: La mayor crisis de refugiados

## Datos y cifras

### 1. EL CONFLICTO EN SIRIA

**220,000**  personas asesinadas

**11.6M**  forzados a dejar sus casas

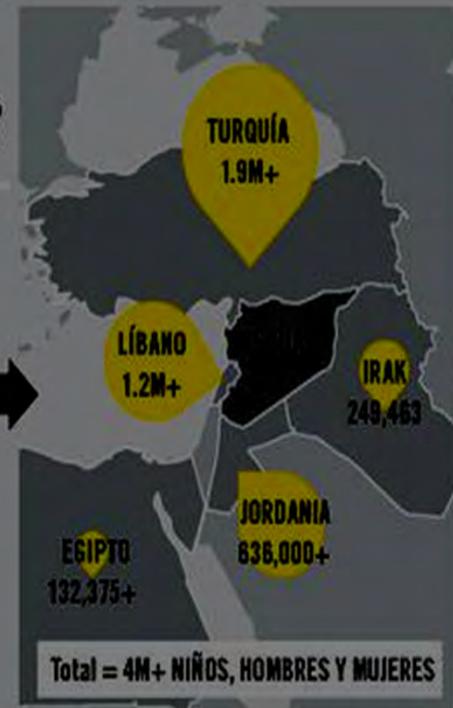
**7.6M**  refugiados en Siria

**4M+**  ahora refugiados en otros países

### 2. DÓNDE ESTÁN AHORA LOS 4M DE REFUGIADOS SIRIOS?



**5%**  
vive en el resto del mundo





## Las crisis de personas refugiadas en el mundo

**África**, las personas que huyen de los conflictos y la persecución en países como **Sudán del Sur**, la **República Centroafricana**, **Nigeria** y **Burundi**.

calcula que en el África subsahariana hay **3 millones** **personas refugiadas**. En Kenia se alza Dadaab, el mayor campo de refugiados del mundo, establecido en 2011.



## más muertes en el mar

a año miles de personas se embarcan en viajes peligrosos, t



En el marco de la Agenda Europea de Migración se adoptó el acuerdo de reforzar las operaciones de salvamento y rescate en las **operaciones conjuntas de Tritón y Poseidón de Frontex**.

No obstante, y pese a las medidas adoptadas, en lo que llevamos de año casi **3.500 personas** han muerto en el Mar Mediterráneo y **512 personas** han perdido la vida en el Mar Egeo.



## Respuesta de la UE a la crisis de refugiados

En lugar de una adecuada acogida de las personas refugiadas, la **UE ha priorizado sus fronteras en lugar de salvar vidas.**





## Guerra de los Balcanes

Reporte de personas refugiadas, solicitantes de asilo y migrantes —menciona informe de AI: “*Europe’s bordelands: Violations against migrants at*



## Endurecimiento de las políticas de asilo en Europa

Informe de AI: “*Miedo y vallas. Los planteamientos de Europa para contener a las personas refugiadas*”.

Los gobiernos de **Macedonia, Serbia y Croacia** han adoptado medidas tales como:

negarse a admitir a personas que no tuvieran documentos para demostrar que procedían de Afganistán, Irak y Siria.

bloquear las fronteras.

endurecer los controles fronterizos.



## Hungría

Modificación de la Ley de Asilo.

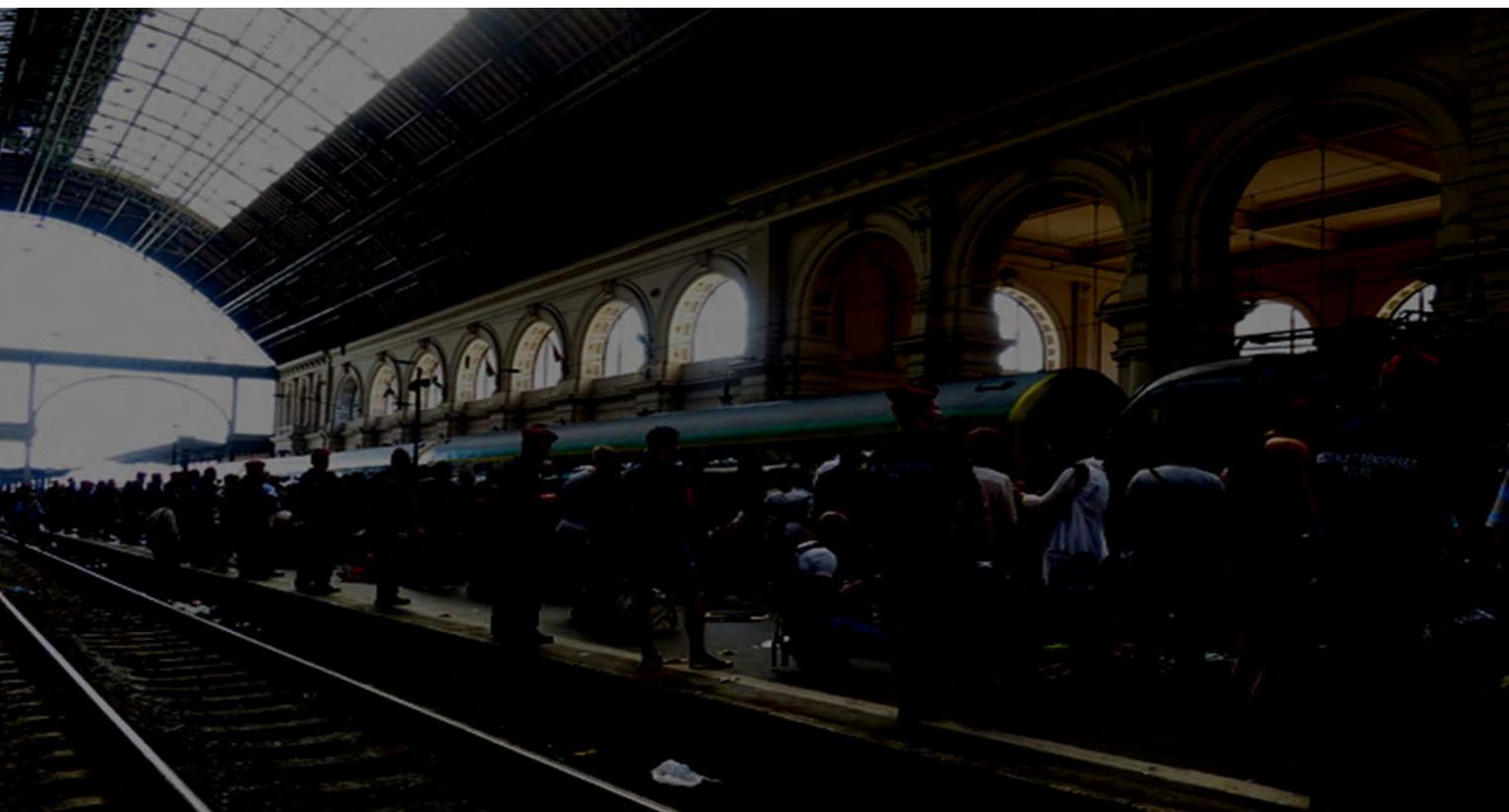
Reforma del Código Penal.

Fortalecimiento de la frontera con soldados y policías autorizados para utilizar balas de goma, granadas de gas lacrimógeno, y artefactos pirotécnicos.

ISTÍA  
ACIONAL



**hambre, trenes hacia ningún sitio...**





## Construcción de vallas en Europa

Los Estados miembros de la UE han construido más **235 km de vallas** en las fronteras exteriores que han costado más de **175 millones de euros**.

Una valla de **30 km** en la **frontera de Bulgaria y Turquía** que se ampliará 130 km más.

**1,7 km de vallas** en los enclaves españoles de **Ceuta y Melilla**.

Una valla de **10,5 km** en la región de Evros en la frontera entre **Grecia y Turquía**.



## Devoluciones “en caliente” en Europa

Personas que intentaron cruzar las fronteras de Grecia, Bulgaria



## Situación en España

Ha gastado entre 2005 y 2013, **más de 22.000 euros** subsidiarios en la instalación y mantenimiento de sus 18,7 km de vallas.

En los primeros seis meses de 2015, un total de **6.803** personas entraron de forma irregular, la gran mayoría refugiadas procedentes de Siria.



## Violaciones de derechos humanos en la frontera sur

La Asociación marroquí de derechos humanos (AMDH) ha contabilizado **324 devoluciones en caliente** desde España a Marruecos en 2014.

*“Conseguí saltar las dos primeras vallas pero en la tercera, la Guardia Civil empezó a golpearme con porras por todo el cuerpo. Era muy doloroso y yo me encontraba muy débil ese día, así que finalmente me rendí y bajé la valla, por miedo a caerme. Alit (Fuerzas Auxiliares Marroquíes) pidió a la Guardia Civil que abrieran la puerta y así me pasaron a Marruecos, donde me golpearon de nuevo”.(Testimonio de menor no acompañado procedente de Malí que intentó saltar la valla en febrero de 2014).*



**Uso excesivo de la fuerza** por parte de la Guardia Civil española, que es además responsable del trato que reciben esas personas por las fuerzas marroquíes, que también han empleado el uso excesivo e innecesario de la fuerza contra las personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas.

**Caso Tarajal** donde al menos 14 personas murieron ahogadas intentando llegar a España y otras 23 fueron devueltas de forma sumaria sin que tuvieran acceso a procedimiento de asilo.



## Falta de condiciones adecuadas de acogida

En los Centros de Estancia Temporal para Inmigrantes (CETIs) en los enclaves de Ceuta y Melilla, las condiciones de acogida no reúnen los mínimos estándares internacionales.

**CETI de Melilla** con capacidad para 480 personas, tenía en agosto 1.264 personas. La mayoría de origen sirio, y 288 personas de ellas menores.



## Consecuencias

Hacinamiento.

Falta de asistencia médica y psicológica.

Restricción de la libertad de circulación.

Falta de procedimientos de asilo eficientes.



## Peticiones a la UE y sus Estados miembros

Abran **rutas legales y seguras**.

Garanticen que las personas refugiadas tienen acceso al territorio y a los procedimientos de asilo eficientes.

Poner fin a las devoluciones “en caliente”.

Mejorar la ayuda económica, técnica y operativa.

Mantener la capacidad de búsqueda y salvamento.

Renunciar a la lista de “tercer país seguro”.

Iniciar procedimientos de infracción contra Grecia



## Testimonio de Abullah, refugiado sirio



**Muchas gracias**  
**#SOS EUROPE**

Email: [vbarroso@es.amnesty.org](mailto:vbarroso@es.amnesty.org)



# Entrevistas

# I CONGRESO DE COOPERACION INTERNACIONAL DE LA OMC



26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA





## Sebastián Alvaro: "El compromiso del mundo occidental con la ayuda humanitaria es apenas una gota de agua de todo lo que queda aún por hacer"

*El periodista, escritor y alpinista Sebastián Alvaro, creador del documental de aventura "Al Filo de lo Imposible", participará en el I Congreso de Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (OMC) para hablar del proyecto humanitario que ha llevado a cabo en la aldea de Hushé, en Pakistán. En esta entrevista para Médicos y Pacientes, asegura que "el compromiso del mundo occidental con la ayuda humanitaria es apenas una gota de agua de todo lo que queda aún por hacer"*

06/11/2015 [medicosypacientes.com](http://medicosypacientes.com)



El periodista, escritor y alpinista Sebastián Alvaro, creador del documental de aventura "Al Filo de lo Imposible", participará en el I Congreso de Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (OMC) para hablar del proyecto humanitario que ha llevado a cabo en la aldea de Hushé, en Pakistán. En esta entrevista para

Médicos y Pacientes, asegura que "el compromiso del mundo occidental con la ayuda humanitaria es apenas una gota de agua de todo lo que queda aún por hacer".

Sebastián Alvaro, participará como conferenciante en este Congreso, organizado a través de la Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional (FCOMCI) y el Colegio de Médicos de Granada, que se celebrará en esta ciudad del 26 al 28 de noviembre. En esta entrevista, cuenta cómo se gestó el proyecto y los resultados del mismo desde que se puso en marcha en 2001.



Con más de 200 expediciones de aventuras a sus espaldas, entre ellas, la ascensión de las catorce cumbres que superan los ocho mil metros de altura en todo el mundo, travesías al Polo Norte y Polo Sur o exploraciones de lugares tan inhóspitos como el cañon del Yarlung Tsangpo, la Antártida o Tierra de Fuego, decidió ayudar a un aldea de 1.500 habitantes, Hushé, situada a los pies del Karakorum, en Pakistán, que no tenía servicios sanitarios y educativos y donde sus habitantes se morían de enfermedades infecciosas que en el mundo occidental se curan con un antibiótico.

Agradecido por la "fortaleza, lealtad y valentía" de estos porteadores en sus expediciones, decidió comprometerse con su salud y su educación. Hoy, cuenta la satisfacción que le produce ayudar a esta "gente que más lo necesita y más se lo merece" y lo ha hecho a través de un proyecto de cooperación global, cuyos frutos, 14 años después de ponerlo en marcha, son 7 dispensarios médicos que atienden a unas 4.000 personas de Hushé y Kande y otras ocho aldeas dispersas por el valle, además de, resultado del proyecto educativo con el que ha conseguido escolarizar al 93% de los niños y niñas de la aldea.

## Entrevista completa

**- 34 años escalando en el Karakorum, ayudado por los porteadores de la aldea de Hushé, y en 2001 decide llevar a cabo un proyecto educativo y sanitario en este lugar  
¿Cómo surgió la idea?**

- Fue un largo proceso que me llevó a involucrarme cada vez más con las personas que habitan en el norte de Pakistán, fundamental en la región del Baltistán, en donde se encuentran las montañas más altas y abruptas de la Tierra, y también unas aldeas pobres y necesitadas en donde nacen los mejores porteadores del mundo. Conocí a estos hombres rudos por mis expediciones y, muy pronto, me sorprendieron por su fortaleza, lealtad y valentía. Así que, de forma natural, comencé a ayudarles, a comprometerme con su salud y su educación. Al principio, eran acciones y ayudas puntuales, pero en el 2001 decidí emprender, junto a la ONG Sarabastall, un proyecto de Ayuda y Cooperación global en la aldea de Hushé, que más tarde estamos extendiendo a todo el valle.



## **-¿Quién está en la ONG Sarabastall? ¿Y cómo se subvenciona este proyecto?**

- Aquella ONG, nacida en Caspe, se transformó en una Fundación para tratar de estar a la altura del importante proyecto que estábamos abordando. Somos un grupo de personas no muy numeroso que tiene su raíz en gente solidaria de esta comarca aragonesa, de participantes de expediciones de Al Filo de lo Imposible y otros profesionales de la sanidad, la educación y agricultura de Aragón, la Rioja, Barcelona y Madrid. También contamos con voluntarios de la sanidad que se suman en proyectos y campañas concretos.

Los fondos para acometer estos proyectos provienen de aportaciones privadas y, en menor medida, de subvenciones oficiales, como la Diputación de Aragón. También han colaborado con nosotros en estos objetivos, aportando conocimiento, dinero y material, fundaciones como El Larguero y Montañeros por el Himalaya. Debo resaltar que, al no tener una infraestructura grande y todos los participantes ser voluntarios, podemos emplear directamente sobre el terreno un 98% aproximadamente de todos los fondos que logramos recaudar. Y en lugares como Pakistán, con muy poco dinero, bien utilizado y un trabajo serio y riguroso, se puede hacer mucho. Creo que al tener ayudas privadas y no depender de subvenciones oficiales somos mucho más libres a la hora de desarrollar el proyecto y, además, en el ritmo que consideramos adecuado, algo que para un país tan cambiante y peligroso como Pakistán es vital.

## **-¿Qué necesidades sanitarias tenían los habitantes de Hushé cuando se inició el proyecto?**

-Todas. La aldea de Hushé es la que está situada al fondo del valle, la más alta, la más umbría, la más fría y la que más necesidades tenía de todas las que están a lo largo del recorrido del río Hushé. Contaba, eso sí, con un dispensario aceptable, pero solo lo gestionaba un enfermero con estudios muy básicos y apenas sin recursos ni medicinas.

## **-En este lugar remoto del Planeta, a 3.200 metros de altitud, donde las temperaturas llegan a menos de 30º bajo cero, ¿Cuáles son las enfermedades más frecuentes?**

-Infecciones, problemas gastrointestinales, derivados de los problemas de higiene y alimentación, dolores articulares a partir de los 40 años, bucodentales, de deshidratación y falta de una dieta adecuada en los niños más pequeños.

## **-¿Qué cambios se han producido en la atención sanitaria desde que se puso en marcha este proyecto?**

- Empezamos de cero con un proyecto de Salud e higiene que ha transformado radicalmente la salud de los 1.500 habitantes de la aldea de Hushé. Mejorando la higiene y la alimentación, conseguimos mejorar la salud global de la aldea. Pero además hemos llevado a cabo campañas de vacunación, de formación ginecológica básica para las mujeres, de salud bucodental, pediátrica y oftalmológica. Desde el año 2001, todos los veranos, y algún invierno, se desplazan a la aldea varios médicos y enfermeras que colaboran en la labor sanitaria de la aldea de Hushé y poblaciones cercanas, invirtiendo sus vacaciones de forma altruista en ayudar a estas pobres gentes. También se llevan medicamentos desde España y se invierten al menos 6.000 euros en tener bien dotado, en medicinas y material, el dispensario médico. Los resultados de Hushé en este aspecto son espectaculares: hasta el año 2000 los habitantes de la aldea debían desplazarse a la capital de la región, Skardú, para poder acceder a algo parecido a una atención sanitaria aceptable; hoy, tienen la mejor salud del valle y son el resto de las aldeas del valle quienes suben a Hushé a que los atiendan nuestros médicos.

## **-¿Con qué medios cuentan actualmente, de personal, servicios, centros/dispensarios y material?**

-Todo el valle acoge a unas diez aldeas dispersas y pequeñas casas esparcidas por las montañas. En total, estaremos atendiendo de forma directa a unas 4000 personas, de Hushé y Kande, y de forma indirecta a unas 30.000 que se benefician de una u otra forma de nuestro proyecto. Hay 7 dispensarios médicos, aunque no todos cuentan con los mismos medios y medicinas, así como personal, que suele tener el grado de enfermería. En este sentido, el dispensario de Hushé es la joya de la corona del proyecto. Y desde el año pasado estamos trasladando el mismo modelo a la aldea de



Kande, pues nuestra aldea ya funciona por sí misma, casi sin ninguna ayuda externa.

## **-¿Hay expediciones de profesionales sanitarios en servicio de cooperación y voluntariado?**

-Como ya he contado antes todos los veranos y algún invierno un grupo de médicos y enfermeras, todos ellos voluntarios, se trasladan a Pakistán. Es un trabajo exigente y muy duro por el que no reciben ninguna clase compensación, excepto la enorme satisfacción de ayudar a la gente que más lo necesita y más se lo merece.

## **-¿Cuentan con la colaboración de sociedades científicas como la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA). Cuál ha sido su labor en este proyecto?**

-La ayuda de la SEPA ha sido fundamental porque, en estas sociedades, los problemas dentales son muy importantes ya que ya han integrado en su alimentación el azúcar, los refrescos azucarados y las golosinas. Hasta no hace mucho, no habían visto un dentista en su vida y era un sacamuelas con unos alicates, literalmente, el que se encargaba de romper a pedazos las piezas dentarias que estaban podridas, provocando infecciones o dejando las raíces sin extraer. Durante dos veranos, la SEPA nos facilitó dos especialistas que se dedicaron, en jornadas agotadoras, a trabajar en estos problemas. Esta zona está muy lejos de contar con una salud bucodental aceptable y tardará mucho en tenerla pero, gracias a la SEPA y a las campañas de limpieza dental que todos los veranos llevamos a cabo, repartiendo cepillos y pasta dental, la situación ha mejorado considerablemente.

## **-¿Colabora alguna Sociedad Científica más?**

-La Asociación de Pediatría de España también colaboró un invierno, enviando a un médico especialista. También el Hospital MAZ de Zaragoza, cuya implicación fue esencial al principio para poner en marcha el proyecto sanitario y un montón de empresas que nos facilitado equipos técnicos, como ecógrafos, y medicinas.



## **-¿Cómo es la atención sanitaria en general en Pakistán?**

-En general, muy mala. Los que tienen recursos y viven en las grandes ciudades, pueden tener acceso a una buena atención sanitaria, pero la inmensa mayoría que son pobres y habitantes en el medio rural pueden morir por una enfermedad que en nuestro país se cura con un antibiótico. La esperanza de vida, aunque ha aumentado en los últimos años, sigue siendo muy baja mientras que la mortalidad infantil es de las más altas del mundo.

## **-Teniendo en cuenta la baja escolarización de la población y, por tanto, la falta de conocimientos de otros idiomas que no sean los suyos, urdu y/o baltí? ¿Cómo se comunican los voluntarios?**

-Es uno de los problemas a los que tuvimos que hacer frente al principio. Varios de nuestros colaboradores en Hushé vinieron a España y aprendieron español, como el enfermero y algunos porteadores, guías y cocineros. Hoy, con un traductor de inglés al urdu tenemos resuelta la comunicación en Hushé con los hombres. Pero el problema todavía subsiste con las mujeres porque básicamente la mayoría sólo habla baltí, una especie de tibetano arcaico, que hay que traducir al urdú, luego al inglés y al español. En ese proceso, a veces se pierde información. Y todavía las mujeres con más edad son reacias a que las reconozca un médico varón. Todos esos problemas vamos resolviéndolos lentamente. La escolarización de las niñas es una pieza esencial y, en ese aspecto, estamos orgullosos de lo conseguido. Actualmente, están escolarizados al 93% de niños y niñas de la aldea. Todas las niñas mayores de 14 años que quieran seguir sus estudios profesionales que, desgraciadamente, no son muchas porque suelen casarlas a los 16, las becamos por completo durante los siguientes seis cursos. Ya tenemos las primeras enfermeras y matronas trabajando en la aldea, que fueron las primeras niñas becadas.

## **-¿Hay obstáculos en la atención sanitaria por su cultura y religión?**

-Es evidente que existen y que sólo se podrán arreglar lentamente a través

de la educación. En eso estamos trabajando, pero no son problemas sencillos de arreglar debido al inmenso abismo que separa cultura, política y religiones.

**-¿Además de la atención sanitaria, el proyecto incluye otros aspectos de la vida de esta aldea?**

-El proyecto es global y lo fundamental pivota en torno a la educación, algunos de cuyos datos relevantes ya he señalado. Siempre tuvimos claro que sin cambiar la educación no iríamos a ningún lado. También hemos hecho un aporte muy interesante al desarrollo agrícola, que continuamos en la actualidad, y al desarrollo turístico y económico del valle, en torno a las actividades de montaña que en este lugar pueden tener una importancia vital. En la medida de nuestras posibilidades, estamos potenciando el valle de Hushé como el motor de toda la zona, incluyendo la caza y el vuelo libre y, para ello, hemos construido un pequeño refugio-hotel de montaña en Hushé, al pie de una montaña de casi ocho mil metros. No hay muchos lugares así en el mundo.

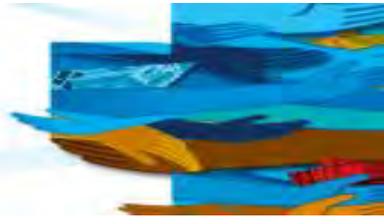
**-Usted que ha recorrido el mundo, lugares donde apenas llega la civilización, como el Himalaya en Bután, Nepal, China e India ¿Cree que el mundo occidental tiene compromiso social y conciencia de la necesidad de ayuda humanitaria en estos lugares?**

- Se hace mucho, pero apenas es una gota de agua en todo lo que aún queda por hacer.

# I CONGRESO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMC



26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA





## Carmen Escalante, delegada MSF: "Nuestro reto es dar asistencia y sensibilizar a los gobiernos para que lleven a cabo políticas de asilo con los refugiados"

Granada 12/11/2015 [medicosypacientes.com](http://medicosypacientes.com)



Carmen Escalante, delegada de Médicos Sin Fronteras (MSF) de Andalucía participará en el I Congreso de Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (OMC) para hablar de la intervención médico-humanitaria en la emergencia del Mediterráneo. En esta entrevista cuenta que el reto de su organización "es dar asistencia y sensibilizar a los

**gobiernos para que lleven a cabo políticas de asilo con los refugiados"**

\*Foto portada: MSF

Carmen Escalante, delegada de Médicos Sin Fronteras (MSF) de Andalucía participará en el I Congreso de Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (OMC) para hablar de la intervención médico-humanitaria en la emergencia del Mediterráneo. En esta entrevista explica que el reto de su organización "es dar asistencia y sensibilizar a los gobiernos para que lleven a cabo políticas de asilo con los refugiados".

La delegada de MSF participará en la mesa "La intervención Médico-humanitaria en el Mediterráneo en este Congreso, organizado a través de la Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional (FCOMCI) y el Colegio de Médicos de



Granada, que se celebrará en esta ciudad del 26 al 28 de noviembre.

Carmen Escalante cuenta cómo surgió la idea de MSF de trabajar en el Mediterráneo con la crisis de los refugiados y en que consiste esta misión en la que primero identifican las embarcaciones "en condiciones muy precarias y con gran riesgo de volcar o de naufragar" y luego, una vez trasladados, les ofrecen atención psicológica, abrigo, comida y atención médica, ya que se les hace un chequeo a cada uno.

### **¿Cómo surgió la idea de MSF de trabajar en el Mediterráneo?**

Esta es una intervención totalmente novedosa para nosotros como organización porque siempre hemos trabajado en proyectos de terreno desde hace más de 40 años en 70 países, en los lugares con las crisis humanitarias más acusadas. Sin embargo, al ver lo que ocurría en el Mediterráneo como la gente tomaba esta opción de la ruta más peligrosa, huyendo en muchas ocasiones, de situaciones de conflicto, de guerra o de violencia, y viendo cómo se cancelaba la operación Mare Nostrum del rescate del Mediterráneo empezamos a pensar en habilitar este tipo de embarcaciones para rescate de personas y atención médica para ayudar a salvar sus vidas.

### **Teniendo en cuenta la situación en la que llegan las personas migrantes y sus necesidades ¿de qué perfiles profesionales está compuesto vuestro equipo en los barcos de rescate y en tierra?, ¿qué perfiles sanitarios?**

Somos una organización de atención médica sanitaria. Las embarcaciones a parte de llevar una tripulación propia cuentan con la colaboración de un equipo médico, enfermero y formado por mediadores interculturales como Samir Sayyad, quien me acompaña en la Mesa en el Congreso. El trabajo consiste en salir a identificar una embarcación en condiciones muy precarias y con gran riesgo de volcar o de naufragar y acercarse con cuidado, ya que muchas veces pueden identificarnos con guardia costera, desde una lancha y les comunicamos quienes somos, que hacemos y les transmitimos que venimos a ayudarles.

Luego les ofrecemos atención psicológica cuando ya les hemos trasladado a

nuestro barco para que nos hagan saber de dónde vienen o cuál es la situación de la que huyen. Analizamos el perfil de donde vienen y la situación de estas personas. Les damos abrigo, comida y atención médica se les hace un chequeo a cada uno. Hemos vivido situaciones muy tristes como pérdidas y muy bonitas como la atención de un parto.

A nivel sanitario contamos con médicos, enfermeros y profesionales de atención en salud mental. Los médicos tienen un perfil de atención bastante amplio para que puedan afrontar todo tipo de situaciones. De hecho muchas personas, debido a la falta de higiene padecen lepra.

## **¿Cuál es el papel de los profesionales sanitarios en la crisis del Mediterráneo?**

Muchos profesionales médicos se han puesto en contacto con nosotros de querer ir a esta misión, de prestar esta ayuda humanitaria médica. Se han hecho varios turnos porque las condiciones de estar permanente en una embarcación es duro y por ello se ha rotado el equipo. La actitud es muy buena y hay mucha humanidad. Nos llegan testimonios de médicos muy bonitos. Algo común a la gente que es rescatada es que todos dicen que hubiera preferido quedarse en su país y a pesar de ello eligen la ruta más peligrosa que es la del Mediterráneo y ya hay más de 3.036 muertos en lo que va de año.

## **¿Cuáles son los retos los que se enfrentan a la hora de actuar?**

Los mayores retos son seguir trabajando en las situaciones y en los países de origen de donde la gente huye. No es solamente atención es seguir estando en Siria y en otros lugares donde los conflictos siguen y donde la situación de la gente es desesperada. Las cifras de Naciones Unidas indican que más del 80 % de las personas que están desplazándose tendrían las condiciones de pedir asilo porque así lo contemplan los convenios firmados desde Europa. Por ello uno de nuestros retos es sensibilizar a los gobiernos para que lleven a cabo esas políticas de asilo y convenios ya firmados.

Y a nivel internacional nuestros retos principales son poner todos los esfuerzos en los lugares donde las crisis humanitarias son más crueles y



están afectadas un mayor número de personas.

## ¿Cómo se coordina MSF con el resto de organizaciones presentes?

Siempre tratamos organizarnos para no superponer esfuerzos con otras organizaciones. Nosotros intervenimos en el pico de la crisis y otras organizaciones se encargan del desarrollo u organizaciones locales que también superados ese momento de pico podemos trasladarle el tipo de misión que hemos hecho o formación con profesionales de allí. Intentamos trabajar con el sistema de salud o ministerio donde intervenimos para que toda la ayuda se capitalice y se quede en el lugar.

## ¿Qué protocolos de intervención hay?

Generalmente hay unos indicadores epidemiológicos que avisan de que están subiendo unas tasas de mortalidad o de morbilidad o hay un conflicto donde el número de víctimas que están llegando a los hospitales aumenta y las instituciones sanitarias locales se sobrepasan, nuestros indicadores en conjunto con Naciones Unidas nos avisan. Entonces enviamos un equipo pequeño a hacer una misión exploratoria y en función de las dimensiones enviamos un avión con equipo material y humano. Depende del tipo de intervención haremos un despliegue mayor o no.

# I CONGRESO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMC



26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA





## Miguel Zea, Jefe Salvamento Marítimo: "Los migrantes son personas que se encuentran en peligro en el mar, y esa es la única realidad válida para nosotros"

*Miguel Zea, Jefe del Centro de Coordinación de Salvamento Marítimo en Almería, que participará en el I Congreso de Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (OMC) para hablar de los equipos de respuesta y protocolos en la emergencia del Mediterráneo. En esta entrevista asegura que "los migrantes son personas que se encuentran en peligro real o potencial en el mar, y esa es la única realidad válida para nosotros"*



12/11/2015 [medicosypacientes.com](http://medicosypacientes.com)

Miguel Zea, Jefe del Centro de Coordinación de Salvamento Marítimo en Almería, que participará en el I Congreso de Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (OMC) para hablar de los equipos de respuesta y protocolos en la emergencia del Mediterráneo.

En esta entrevista cuenta que el mayor reto en la respuesta a emergencias en inmigración que tienen y "cuya consecución ofrece los mejores resultados, es la localización de la embarcación en el menor tiempo posible", ha explicado.

En cuanto a los protocolos de actuación ha asegurado que "la experiencia nos ha ido relacionando una serie de casos en los que nuestro proceder debe de ajustarse específicamente a las necesidades operativas de la emergencia en cuestión".

Miguel Zea participará en la mesa "La intervención Médico-humanitaria en el Mediterráneo" en este Congreso, organizado a través de la Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional (FCOMCI) y el Colegio de Médicos de Granada, que se celebrará en esta ciudad del 26 al 28 de noviembre.



## ¿Cómo ha sido la respuesta que Salvamento Marítimo en Almería ha dado a la Crisis del Mediterráneo?

La Crisis del Mediterráneo, contemplada en su aspecto más amplio como el flujo migratorio de personas desde África hacia Europa por mar, es decir, sin tener en cuenta las diferentes connotaciones jurídico sociales que le afectan, tuvo su inicio para nosotros en 1.996, tan solo 2 años después del inicio de la singladura del Centro de Salvamento de Almería.

Quede claro que desde nuestra perspectiva y operativa, el status jurídico/político/social de estas personas migrantes, importantísimo para otras Instancias, es a nuestros efectos irrelevante. Se trata de personas que se encuentran en peligro real o potencial en el mar, y esa es la única realidad válida para nosotros.

Salvamento Marítimo en Almería ha mantenido siempre una actitud proactiva ante este fenómeno. Siempre hemos considerado que una "patera" sobrecargada de personas es un elemento absolutamente inestable y con un riesgo potencial, si no inminente, de zozobrar y producir en consecuencia una tragedia.

Si bien somos conscientes de que la respuesta a la inmigración irregular tiene dos vertientes de seguridad; la seguridad entendida como salvaguarda de la integridad física de las personas y que nos afecta de lleno a nosotros, y la que debe entenderse como la protección frente a acciones que puedan vulnerar la ley, más propia de una policía marítima (en español se utiliza un único término pero en inglés se distingue entre "safety" y "security" respectivamente para entender los dos vertientes anteriores).

Siempre hemos tenido muy claro que ante una alerta por patera debíamos actuar desde el minuto uno, como si de un suceso en fase de peligro inminente se tratase, por más que ese aviso nos informase que la patera venía navegando "con normalidad" hacia las costas españolas, y pudiéndose considerar por consiguiente que aquello era un mero asunto de vigilancia de fronteras. La experiencia nos ha demostrado que esa situación de "normalidad" se puede tornar crítica o incluso tragedia no pocas veces;



hemos sido testigos de cómo una embarcación tras ser localizada en aparente buen estado, se ha deshecho literalmente a pocos metros de la unidad de superficie que llegaba a su rescate.

Por otra parte, y en cuanto a nuestra dotación de medios, no ha resultado tampoco baldía esta crisis. La mejora, tanto cuantitativa como cualitativamente de nuestra flota aeromarítima, que se ha visto incrementada y adecuada en un grado importante y ello ha supuesto convertir los Servicios de Búsqueda y Salvamento Marítimo españoles, como mínimo, en uno de los mejores de Europa.

Además, la crisis de la inmigración por mar nos ha permitido también desarrollar y perfeccionar protocolos de acción conjunta entre Salvamento Marítimo y otras Instituciones, en especial con el servicio Marítimo de la Guardia Civil y con Operaciones específicas de FRONTEX (Agencia Europea para la Gestión de la Cooperación Operativa en las Fronteras Exteriores de los Estados miembros de la Unión) como las Operaciones anuales INDALO, que implican un incremento en el aporte de medios aeromarítimos en escena con la consecuente mejor respuesta ante las alertas relacionadas con este fenómeno.

## ¿En qué consisten los protocolos de actuación?

Nuestros protocolos de actuación, son los procedimientos específicos que tenemos establecidos en los diferentes supuestos de actuación.

La experiencia nos ha ido relacionando una serie de casos en los que nuestro proceder debe de ajustarse específicamente a las necesidades operativas de la emergencia en cuestión. De esta manera, disponemos de procedimientos de actuación para abordajes, varadas, vía de agua, incendio/explosión a bordo, buque con enfermedad infecto contagiosa a bordo, evacuación médica buque-tierra, inmigración etc.

Centrándonos en el procedimiento de actuación en caso de inmigración que nos interesa, este podríamos dividirlo en una serie de actuaciones obligatorias, como por ejemplo, recabar nombre y datos de la persona que



informa sobre el conocimiento de la situación de peligro o avistamiento de embarcación con inmigrantes, con características de los medios de comunicación de que dispone. Tipo de embarcación y condiciones actuales. Medios de comunicación a bordo si los hubiere. Posición actual o última posición conocida, rumbo, velocidad. Procedencia, lugar y hora de salida. Lugar previsto de llegada. Número de personas a bordo y estado de salud., actuaciones importantes como confirmar la emergencia. Recabar toda la información posible. Intentar la comunicación directa con la embarcación. Si hay problemas de idioma, procurarse un intérprete. Movilizar medios y unidades para asistencia. Retransmisión de llamada de socorro, urgencia o aviso a los navegantes, según proceda. Informar CNCS y Capitanía Marítima y actuaciones optativas como enlaces con otros procedimientos en los que la emergencia pudiera haber derivado.

#### **Cuáles son sus mayores retos diarios?**

El mayor reto en la respuesta a emergencias en inmigración y cuya consecución ofrece los mejores resultados, aunque parezca de Perogrullo, es la localización de la embarcación en el menor tiempo posible. Así de simple, pero así de complejo a la vez.

Alrededor de la información que recibimos y manejamos, existe la mayoría de las veces una gran incertidumbre que hace muy complejas las operaciones de búsqueda. Intentar buscar un patrón de conducta de estas pequeñas embarcaciones, intentar predecir los rumbos o velocidades que han podido llevar en función de cantidad de variables, así como fórmulas de búsqueda que den respuesta a las características concretas de las derrotas seguidas por estas personas en sus viajes a Europa, se vuelven muy importantes a la hora de posicionar nuestras unidades en los lugares adecuados para la pronta y feliz resolución del caso.

Nada que ver las operaciones que llevábamos a cabo en los últimos 90, donde nuestros medios eran más escasos, las embarcaciones de los inmigrantes mucho más precarias, la información sobre la salida y/o la no llegada era nula, tardía o mala, las relaciones con los países vecinos con las actuales operaciones, en las que contamos con más y mejores medios, una

mejor coordinación con otras Instituciones, mayor experiencia por parte de tripulaciones y personal de control etc.

Hemos avanzado bastante en todos estos puntos, pero ni debemos ni queremos bajar la guardia, ya que del grado de conocimiento de todas las variables que actúan en esta tenebrosa ecuación, y de la preparación y experiencia de todos nosotros dependerá en gran medida el éxito en las misiones.

### **¿Cómo es, a su juicio, la respuesta de las Autoridades nacionales e internacionales?**

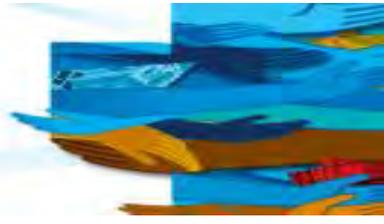
Las Autoridades nacionales, no cabe duda han hecho un gran esfuerzo en dotar a los Servicios de búsqueda y salvamento españoles de medios suficientes y adecuados para dar respuesta eficaz a este tipo de misiones; siempre hemos tenido el apoyo necesario para todas aquellas gestiones que trascendían a nuestra Organización, tanto a nivel nacional como internacional, como por ejemplo la gestión de autorizaciones para operar en zonas de responsabilidad extranjeras- en nuestro caso marroquíes principalmente- cuando nuestros sistemas de previsión de derivas para la planificación de operaciones SAR (búsqueda y rescate) nos han propuesto zonas de operación en dicho país; inclusión en nuestros planes de búsqueda y rescate de unidades principalmente aéreas de otros Organismos como el Ejército del Aire o la Guardia Civil, respeto a la autonomía ante la toma de decisiones operativas del Centro, etc...

Respecto de las Autoridades Europeas, y en lo que al Mediterráneo más occidental se refiere, se viene desarrollando desde el año 2.007 un Plan de acción para la vigilancia de fronteras europeas denominado "Operación Indalo", cuyo principal propósito es colaborar en la respuesta al drama de la inmigración en esta zona. Este dispositivo, que también actúa en la vigilancia para la prevención del tráfico de elementos de ilícito comercio (drogas, armas, etc..) está coordinado por FRONTEX -la agencia europea encargada de la gestión de las fronteras exteriores de Europa-, suele tener una duración de 5 o 6 meses, y dados los buenos niveles de coordinación con ellos alcanzados junto con los medios que despliega, suponen para nosotros una importante ayuda en este tipo de misiones.

# I CONGRESO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMC



26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA



# I CONGRESO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMC



26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA





Samir Sayyad, mediador sociocultural de MSF en rescates Mediterráneo: " Nuestro principio es contribuir a la salvaguardia de la vida y al alivio del sufrimiento, respetando la dignidad humana"

*Samir Sayyad, mediador sociocultural y trabajador en el Dignity I, uno de los barcos de búsqueda y salvamento de Médicos Sin Fronteras (MSF), participará en el I Congreso de Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (OMC) para hablar cómo es la labor y las operaciones de rescate en el Mediterráneo. En una entrevista*

*explica que el principio de MSF es contribuir a la salvaguardia de la vida y al alivio del sufrimiento, respetando la dignidad humana"*



15/11/2015

[medicosypacientes.com](http://medicosypacientes.com)

Samir Sayyad, mediador sociocultural y trabajador en el Dignity I, uno de los barcos de búsqueda y salvamento de Médicos Sin Fronteras (MSF), participará en el I Congreso de Cooperación Internacional de la

Organización Médica Colegial (OMC) para hablar cómo es la labor y las operaciones de rescate en el Mediterráneo. En una entrevista explica que el principio de MSF es contribuir a la salvaguardia de la vida y al alivio del sufrimiento, respetando la dignidad humana".

Asimismo, cuenta cual es el papel de mediador sociocultural en el rescate del mar, la importancia de explicar el traslado y establecer comunicación con los rescatados.



Samir Sayyad, participará en la mesa "La intervención Médico-humanitaria en el Mediterráneo" en este Congreso, organizado a través de la Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional (FCOMCI) y el Colegio de Médicos de Granada, que se celebrará en esta ciudad del 26 al 28 de noviembre.

**Samir, ¿por qué Dignity?, ¿es necesario hacer un canto a la dignidad de estas personas, que llegan a nuestras costas dejando un largo y difícil recorrido tras de sí?**

El nombre se eligió por el departamento de operaciones y la Jefa de Misión, Paula Farias. Se estuvieron barajando opciones, y se pretendía que fuera un nombre reconocible, claro, universal y que además reflejara la razón de ser de la organización. Médicos Sin Fronteras es una organización médico-humanitaria internacional que asiste a poblaciones en situación precaria y a víctimas de catástrofes de origen natural o humano y de conflictos armados, sin ninguna discriminación por raza, religión o ideología política.

Y uno de nuestros principios es contribuir a la salvaguardia de la vida y al alivio del sufrimiento, respetando la dignidad humana. Ese respeto a la dignidad humana es una parte indisoluble de nuestro trabajo y queríamos que el nombre del barco así lo reflejara.

**¿Por qué es tan importante contar con un mediador sociocultural en el Dignity? Se podría decir que es una de las referencias primeras al llegar a nuestras costas, ¿en qué condiciones físicas y psicológicas encuentra a las personas que atiende?**

El mediador sociocultural es la primera persona que entra en contacto con las personas a las que rescatamos en el mar. Vamos en la zodiac que recoge a las personas y las traslada hasta el Dignity I. Es un momento importante, porque debemos explicarles el procedimiento de traslado al barco y la organización del mismo (colocación del chaleco salvavidas, tiempos de espera). En este sentido, es importante manejar el inglés y el árabe, como era mi caso, para poder comunicarme mejor con ellos. En mi experiencia he constatado cómo muchas de las personas que rescatábamos eran de países africanos o de la zona de Oriente Próximo.

En estos siete meses de misión, los equipos médicos de MSF han tratado



diversas dolencias que van desde lesiones y patologías menores a problemas más graves como insuficiencia orgánica, heridas de bala y quemaduras causadas por el aceite de motor y el combustible. Lo más habitual son episodios de deshidratación y quemaduras a causa de la exposición al sol y la mezcla de combustible, agua salada y aceite de motor. También se han atendidos partos en el barco.

Desde el punto de vista psicológico, muchas de las personas rescatadas han sufrido unas condiciones de vida muy duras durante el viaje, que ha podido durar incluso años, y han vivido experiencias traumáticas relacionadas con la violencia. De hecho, el 92% de las personas asistidas por el Dignity I aseguró haber sido víctima o testigo de episodios de violencia en Libia. En este país, donde están esperando su salida hacia Europa (a veces durante meses), las condiciones de vida son extremadamente duras y muchos han sufrido torturas, palizas y falta de alimento y comida. Las mujeres están expuestas a sufrir violencia sexual.

## **¿Cómo es su labor diaria?, ¿qué preparación hay detrás para atender de forma adecuada las necesidades de estas personas?**

Diariamente, si hay rescates, estoy preparado para salir en la lancha y realizar el traslado de personas de ésta al barco. Si no hay rescates, doy apoyo a la tripulación en diferentes tareas, como la mejora del acondicionamiento del barco, por ejemplo.

La preparación necesaria para atender a estas personas en mi perfil incluye dos aspectos: por un lado, tengo formación práctica en navegación y riesgos a bordo (es imprescindible realizar un curso específico para formar parte del equipo). En cuanto a mi perfil, además de ser la primera persona que entra en contacto con ellos y acompañarles en los traslados, también apoyo en el barco, en la distribución de alimentos y kits de primera necesidad (manta, toalla, calcetines, manta térmica en caso de mal tiempo, etc.). Personalmente, debes estar preparado para situaciones críticas, como naufragios, botes pinchados o fallecidos a bordo de las pateras. Para ello, contamos con el apoyo constante de la unidad psicosocial de Médicos Sin Fronteras. nuestro principio es contribuir a la salvaguardia de la vida y al

# I CONGRESO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMC



26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA



alivio del sufrimiento, respetando la dignidad humana.

# I CONGRESO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMC



26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA





## Fátima Cabello, delegada Cruz Roja Española en Grecia "La idea es que autoridades locales y ONG estemos coordinados para lograr el mismo objetivo en el Mediterráneo"

Fátima Cabello, delegada de Cooperación Internacional de Cruz Roja Española participará en el I Congreso de Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (OMC) para hablar de su experiencia en Grecia con la crisis de refugiados y el funcionamiento del equipo de Respuesta Inmediata ante Emergencias de este organismo. En esta entrevista explica que la idea principal es que "autoridades locales

y ONG estemos coordinados para lograr el mismo objetivo en el Mediterráneo"

Madrid 18/11/2015

[medicosypacientes.com/S.G.](http://medicosypacientes.com/S.G.)

Fátima Cabello, participará en la mesa "La intervención Médico-humanitaria en el Mediterráneo" en este Congreso, organizado a través de la Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional (FCOMCI) y el



Colegio de Médicos de Granada, que se celebrará en esta ciudad del 26 al 28 de noviembre.

En esta entrevista cuenta cuál es la labor de Cruz Roja Española en Grecia donde a través de unidades móviles de salud "prestamos atención primaria sanitaria a las personas que llegan y lo requieren y también dando apoyo psicosocial". Asimismo prevé un descenso en el número de refugiados debido al empeoramiento del tiempo y asegura que actualmente cuentan con los recursos materiales y personales necesarios.

Según datos, Grecia registra poco más del 3% de las llegadas de refugiados en su



**territorio. Desde su experiencia en primera persona durante estos últimos meses con Cruz Roja allí, ¿Cuál es realmente la situación allí?**

La situación que hay realmente allí en Grecia en los últimos dos o tres meses es que las personas migrantes refugiadas están entrando por diferentes islas griegas desde Turquía en barcas neumáticas y llegan a las islas donde tienen que pasar por un proceso de registro con las autoridades griegas, y desde allí comienza el tránsito, porque Grecia es lugar de tránsito para las personas que se dirigen a países del norte.

Actualmente hay una previsión de que el porcentaje de refugiados descienda por el empeoramiento del tiempo y con la llegada de lluvias. La situación en cada isla es distinta, tienen infraestructuras y servicios de registro diferentes, con números de personas que entran y salen distintos, en algunas se acumula más la gente que en otras.

**¿Cuál está siendo la intervención desde la Cruz Roja y con qué tipo de profesionales?**

La Cruz Roja en general no sólo está atendiendo a las personas refugiadas en Grecia sino está dando asistencia en otros países apoyando a las Cruz Roja de Serbia o de Croacia para apoyar la gestión de esta crisis. Puntualmente en Grecia tenemos un despliegue ahora mismo, en las islas de Samos e los, dos puntos de entrada grande de personas de Turquía. A través de unidades móviles de salud, prestamos atención primaria de salud a las personas que llegan y lo requieren y también dando apoyo psicosocial.

Acompañando al despliegue de unidades van profesionales de medicina y enfermería, especialistas y técnicos en emergencias y logistas para el manejo de materiales, y compañeros del ámbito psicosocial con psicólogos y trabajadores sociales.

Comentaba en una entrevista recientemente, que los refugiados "vienen deshidratados, muy cansados, con dolor de cabeza y, en algunos casos, con pequeñas heridas" con motivo del viaje, así como, en algunos casos con sarna, por las duras condiciones del trayecto que han dejado atrás. Además de estas atenciones médicas. ¿Qué otras necesidades cubrís desde vuestra



organización?

Tenemos espacios amigables para niños donde a través de juegos pueden expresar sus emociones y zonas de ventilación emocional para los adultos. A parte de toda esta asistencia sanitaria básica se presta un servicio de Wifi para que contacten con sus familias. Trabajamos en coordinación con el resto de organizaciones que están en el terreno.

### **¿Cómo es esa coordinación con las instituciones locales y otros equipos presentes?**

En un principio ha sido un poco complicada porque la situación en Grecia, al ser un contexto europeo, era nuevo para nosotros. Desde un primer momento hemos mantenido reuniones de coordinación con organismos de ACNUR, Naciones Unidas y el resto de ONG que están trabajando en el campo en áreas de salud, buen saneamiento, distribución, y también con las municipalidades de cada una de las islas. La idea es que estemos coordinados y que no se solapen esfuerzos, que todo el mundo sepa que está haciendo y dónde y nos podamos apoyar.

Trabajamos muy estrechamente de la mano de la Cruz Roja griega y sus voluntarios.

### **¿Cuáles son las mayores necesidades, en cuanto a personal, material... qué tiene Cruz Roja en Grecia?**

Se han enviado puestos móviles de salud viendo las necesidades porque es muy difícil predecir los puntos de atención, ya que los refugiados entran por diferentes sitios. La idea es ser lo más móviles posibles para tener acceso directo a esas personas una vez que llegan a cada una de las islas. Llevamos medicamentos, material fungible y de logística móvil para poder movernos de un sitio a otro. También se está desarrollado el restablecimiento de datos familiares que es un programa que tiene la Cruz Roja griega en coordinación con autoridades porque muchas familias llegan divididas.

Las unidades están diseñadas para un despliegue de cuatro meses y son unidades autosuficientes durante este periodo y no tienen que crear una carga adicional para la situación de crisis. De momento cuentan con los



recursos materiales y personales para dar apoyo y desarrollar la operación.

## ¿Cómo es la implicación de las autoridades y de la población?

Varía un poco de una isla a otra, he visto por parte de la población griega mucha solidaridad e iniciativas de donación y de ropa. Se ofrecen a dar apoyo en la operación incluso los turistas.

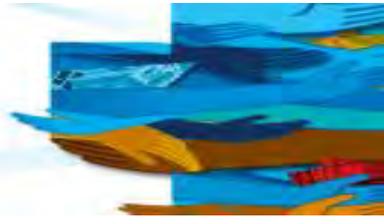
Por parte de las autoridades se ha visto coordinación con las diferentes ONG. La idea es que todos los agentes desde autoridades locales hasta ONG estemos coordinados para lograr el mismo objetivo.

\*Foto: Refugiados llegando a Grecia/ Cruz Roja

# I CONGRESO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMC



26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA





## Verónica Barroso, responsable de Amnistía Internacional: “En lugar de salvar vidas, los Estados están priorizando las fronteras”

Verónica Barroso, responsable de Relaciones Institucionales y portavoz para temas de Crisis de refugiados de Amnistía Internacional participará en el I Congreso de Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (OMC) para hablar sobre la actual crisis humanitaria y de refugiados, en la que, según explica en esta entrevista, “en lugar de salvar vidas, los Estados están priorizando las fronteras”. Asimismo, denuncia la situación de hacinamiento y falta de atención médica de las personas refugiadas solicitantes de asilo



Madrid

23/11/2015

[medicosypacientes.com/S.G.](http://medicosypacientes.com/S.G.)

Verónica Barroso, responsable de Relaciones Institucionales y portavoz para temas de Crisis de refugiados de Amnistía Internacional participará en el I Congreso de Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (OMC) para hablar sobre la mayor crisis humanitaria y de refugiados desde la II Guerra Mundial, donde "casi 60 millones de personas en todo el mundo se han visto obligadas a desplazarse debido a conflictos, violencia y persecución" y donde "3.500 personas han muerto en el Mar Mediterráneo".



Asimismo, denuncia las condiciones de acogida de las personas solicitantes de asilo y refugiadas que se encuentran en los enclaves de Ceuta y Melilla en una situación de hacinamiento con falta de atención médica y psicológica y en una población donde casi la mayoría son niños y niñas. "Tampoco hay mecanismos para una correcta identificación de víctimas de trata necesitadas de protección internacional" añade.

Verónica Barroso participará en la mesa "La Crisis del Mediterráneo desde la perspectiva humanitaria. La realidad de los refugiados" en este Congreso, organizado a través de la Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional (FCOMCI) y el Colegio de Médicos de Granada, que se celebrará en esta ciudad del 26 al 28 de noviembre.

### **-¿Por qué se considera la mayor crisis humanitaria y de refugiados hasta ahora?**

Estamos ante la mayor crisis humanitaria y de refugiados desde la II Guerra Mundial. Casi 60 millones de personas en todo el mundo se han visto obligadas a desplazarse debido a conflictos, violencia y persecución. De ellas, más de 19 millones son refugiadas que están fuera del país de origen. El 86 por ciento de estas personas están acogidas en países en vías de desarrollo.

### **-¿Qué factores se producen para considerarse una "crisis humanitaria"?**

La violencia, el conflicto y las violaciones de derechos humanos, entre otros, provocan las crisis humanitarias. Siria, representa la mayor crisis humanitaria de la historia, con más de 4 millones de personas refugiadas y más de 7 millones de personas desplazadas como consecuencia del conflicto. El 95 por ciento de las personas refugiadas sirias se encuentran en países vecinos como Turquía, Líbano, Irak y Jordania.

Aunque Siria representa la mayor crisis de refugiados del mundo, lamentablemente no es en modo alguno la única. En África, las personas que huyen de los conflictos y la persecución en países como Sudán del Sur, la República Centroafricana, Nigeria y Burundi han sumado cientos de miles de personas a las poblaciones de refugiados establecidas procedentes de países como Somalia, Etiopía, Sudán y la República Democrática del Congo. Se calcula que en el África subsahariana hay 3 millones de personas refugiadas.



En Kenia se alza Dadaab, el mayor campo de refugiados del mundo, establecido en 1991.

## **-¿Cómo los países están reaccionando ante esta crisis? ¿Se llevan a cabo políticas humanitarias?**

Amnistía Internacional ha venido denunciando que la respuesta dada por los Estados a la actual crisis de refugiados no es la adecuada. Los países ricos tan sólo han ofrecido plazas de reasentamiento a una décima parte de las 1,15 millones que las necesitan.

Además, en lugar de salvar vidas, los Estados están priorizando las fronteras. La realidad es que en lo que llevamos de año, 3.500 personas han muerto en el Mar Mediterráneo tratando de llegar a Europa en busca protección. Asimismo, cabe reseñar que los recientes acontecimientos ocurridos en la ruta de los Balcanes, ponen de relieve algunos de los obstáculos, tales como uso excesivo de la fuerza, devoluciones "en caliente", procedimientos de asilo sin todas las garantías, entre otros, con los que se encuentran las personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas cuando llegan a Europa.

Es cierto que los Estados tienen la prerrogativa de controlar sus fronteras. No obstante, deben hacerlo de conformidad con sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos. En concreto, las medidas de control de fronteras que se adopten no deben impedir que las personas refugiadas alcancen la seguridad en Europa y puedan solicitar asilo.

En total, los Estados miembros de la UE han construido más de 235 km de vallas en las fronteras exteriores de la UE, que han costado más de 175 millones de euros.

En relación con las políticas humanitarias, los Estados no han atendido los llamamientos de la ONU. Así por ejemplo, a fecha 2 de octubre el llamamiento humanitario realizado por la ONU respecto a los refugiados sirios sólo estaba financiado al 46 por ciento, mientras que el llamamiento para los refugiados de Sudán del Sur no alcanzaba más que un triste 17 por



ciento de su objetivo. Esto está teniendo un impacto devastador en el acceso de las personas refugiadas a alimentos, medicinas y otra ayuda humanitaria.

## **-¿Es el derecho de asilo una obligación para los países receptores? ¿Cómo se desarrolla en España la política de asilo? ¿Es igual que en el resto de países de la UE?**

Los países de acogida tienen la obligación de garantizar a las personas solicitantes de asilo y refugiadas el acceso a procedimientos de asilo eficientes con todas las garantías. Sin embargo, esto no suele producirse.

En particular, en España, Amnistía Internacional lleva tiempo denunciando la falta de medidas urgentes para asegurar un procedimiento de asilo con todas las garantías. La respuesta de nuestras autoridades, en lugar de permitir que estas personas accedan a procedimientos de asilo, ha sido la de invertir más de 22.000 euros diarios (entre 2005 y 2013) en la instalación y el mantenimiento de las vallas.

Según cifras de Eurostat en España tenemos más de 12.000 solicitudes de asilo pendientes de resolver. Además, España es uno de los países de la UE con las cifras más bajas de solicitudes y de concesiones de protección internacional. Mientras que en el año 2014, países como Alemania tuvieron 203.000 solicitudes de asilo, de las cuales 48.000 fueron resueltas favorablemente según estadísticas de EUROSTAT, España, tan sólo tramitó 5.952 resoluciones, de las cuales se concedieron tan solo 384 estatutos de refugiado, y 1.199 de protección subsidiaria.

Asimismo, Amnistía Internacional ha mostrado su preocupación por las condiciones de acogida de las personas solicitantes de asilo y refugiadas que se encuentran en los enclaves de Ceuta y Melilla. Los Centros de Estancia Temporal (CETIs) están totalmente desbordados. Durante la visita de Amnistía Internacional al CETI de Melilla en junio de este año, había 1.300 personas, de las cuales casi el 50 por ciento eran menores de edad. A esta situación de hacinamiento se añade la falta de atención médica y psicológica en una población principalmente refugiada donde casi la mayoría son niños y niñas. Tampoco hay mecanismos para una correcta identificación de víctimas de trata necesitadas de protección internacional. Otro de los



obstáculos a los que se enfrentan es la libertad de movimiento en el territorio español a pesar de que existen sentencias, como la del TSJ de Madrid de mayo de este año que establece que no se puede impedir a las personas solicitantes de asilo circular libremente por todo el territorio español.

## **-¿Qué medidas se están tomando actualmente para salvaguardar la protección internacional del refugiado?**

En las últimas reuniones mantenidas por los Ministros de Justicia e Interior de los Estados miembro a nivel de la Unión Europea, se han adoptado diversas medidas en materia de reubicación y reasentamiento de personas refugiadas. En concreto, la UE se ha comprometido a reubicar a 160.000 personas refugiadas en los próximos dos años, entre otras.

Asimismo, y en la reciente Cumbre de La Valeta, España se ha comprometido a acoger a más de 17.000 personas y a gestionar más de 20.000 solicitudes de asilo. Por otro lado, España ha aprobado recientemente un nuevo Programa de Reasentamiento Nacional para 2015 comprometiéndose a reasentar a 854 personas refugiadas, de las cuales 130 están pendientes de 2014.

Sin embargo, y pese a todas estas medidas que desde Amnistía Internacional valoramos positivamente, nuestra organización recuerda a las autoridades españolas que la acogida de estas personas ha de ser adecuada en cumplimiento con los estándares mínimos internacionales.

## **-¿Cómo es la voluntad política española en esta materia? ¿Y la de los ciudadanos?**

Desde Amnistía Internacional hemos venido denunciando que hasta la fecha la respuesta del Estado español no ha sido la adecuada. Como he dicho anteriormente, a día de hoy son muchos los obstáculos que las personas solicitantes de asilo y refugiadas encuentran para poder acceder a procedimientos de asilo con todas las garantías.

Por este motivo, desde nuestra organización pedimos al Gobierno español



que adopte de forma inmediata todas las medidas necesarias para cumplir con los compromisos adquiridos en materia de asilo. Asimismo, consideramos que es necesario que se lleve a cabo una revisión de la vigente legislación de asilo para garantizar que tanto los procedimientos de asilo, como las condiciones de acogida y de integración de las personas refugiadas cumplen con la legislación internacional de derechos humanos. Además, hasta el día de hoy, seguimos sin reglamento de asilo y sin transponer las Directivas europeas en materia de acogida y procedimiento.

Amnistía Internacional pide al Gobierno español que garantice más rutas legales y seguras. Para ello, debe facilitar la reagrupación familiar, conceder más visados humanitarios, acoger a las personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas en condiciones dignas de acuerdo a los estándares mínimos internacionales, y ofrecer un programa de reasentamiento estable, entre otros. Todo ello, poniendo especial hincapié en grupos especialmente vulnerables como las mujeres, y los niños y las niñas.

En relación con la voluntad de los ciudadanos, Amnistía Internacional da la bienvenida a la respuesta de solidaridad dada por la mayoría de las personas que de forma voluntaria están ofreciendo mantas, comida y alojamiento, entre otros, a las personas refugiadas que están llegando de países en conflicto como Siria.

**-¿Qué labor está desarrollando Amnistía Internacional en la crisis de los refugiados?  
¿Cuáles son sus objetivos?**

Desde Amnistía Internacional estamos investigando sobre el terreno la situación en la que se encuentran las personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas que están llegando a las fronteras europeas. También, estamos pidiendo a la comunidad internacional que aborde la crisis de refugiados de forma conjunta y coordinada y de una respuesta adecuada a la misma.

Asimismo, y en el contexto de la UE, Amnistía Internacional está llevando a cabo una campaña para que la Unión Europea adopte todas las medidas necesarias para garantizar rutas legales y seguras, entre otras.



El pasado mes de septiembre, Amnistía Internacional presentó a la UE la Agenda "Una unión de protección. Agenda de Amnistía Internacional para la protección de las personas refugiadas en Europa". En ella pedimos a la UE que de una respuesta urgente y coordinada a esta situación de emergencia y de crisis, así como una reforma a fondo de defectuoso sistema de asilo. Para ello, pide a los dirigentes europeos que: Evite más muertes en rutas peligrosas mediante mayor número de plazas de reasentamiento, visados humanitarios, y reunificación familiar; garantice el acceso al territorio para las personas refugiadas que llegan a las fronteras de la UE; ponga fin a las violaciones de derechos humanos en las fronteras de la UE; aumente de forma considerable el apoyo financiero, técnico y operativo de los Estados miembro de la UE; permita la libre circulación de las personas refugiadas en la UE; garantice el cumplimiento de las normas de acogida en línea con los estándares internacionales; se abstenga de elaborar una lista de "países de origen seguros"; y mantenga los medios de búsqueda y rescate en las principales rutas de migración de la UE.

**-¿Con qué otras organizaciones suele colaborar Amnistía Internacional y en qué consiste esta sinergia?**

Llevamos años colaborando con otras organizaciones como ACNUR, CEAR, Red Acoge, entre otras. Por ejemplo, el pasado mes de septiembre, realizamos un acto conjunto con ACCEM, CEAR, CONGDE, Save the Children, y Red Acoge, junto al Ministerio del Interior con motivo de unas de las reuniones del Consejo Europeo de Ministros de Justicia e Interior sobre la crisis de refugiados para pedir a la UE que de manera urgente diera una respuesta a la situación de las personas refugiadas que llegan a las fronteras europeas.

Ante la crisis de refugiados que estamos viviendo es fundamental que las organizaciones tratemos de abordar este tema de forma conjunta. La puesta en común de nuestra experiencia y conocimiento sobre estos temas es muy importante a la hora poder buscar soluciones y pedir a las autoridades que adopten medidas para garantizar la protección internacional de las personas solicitantes de asilo y refugiadas, así como la acogida adecuada de las



mismas.

**-Una vez se produce el asilo del refugiado en el país. ¿Cómo es su integración local? ¿Qué tareas realiza Amnistía Internacional en esta esfera? ¿Cómo procura este organismo su protección legal y física?**

Desde Amnistía Internacional no llevamos a cabo atención directa a personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas. Nos centramos más en el trabajo de investigación sobre el terreno, campaña e incidencia política.

Actualmente, tenemos abiertas dos peticiones online dirigidas a la Unión Europea y a la Embajada de Hungría, respectivamente.

<https://www.es.amnesty.org/actua/acciones/europa-refugiados-oct15/>

<https://www.es.amnesty.org/actua/acciones/hungria-refugiados-sep15/>

\*Foto portada: ©REUTERS / Yannis Behrakis

# I CONGRESO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMC



26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA





## Cristina Gortázar, experta en derecho de asilo: “Los países de la UE estamos obligados a acoger a aquellas personas que huyen de la persecución o del riesgo para su vida”

**Cristina Gortázar, profesora de la Univ. de Comillas y experta en derecho internacional de asilo participará en el I Congreso de Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (OMC) para hablar del derecho internacional y políticas de asilo y migraciones en la denominada Crisis del Mediterráneo. En esta entrevista explica que los países de la UE están “obligados a acoger y respetar los derechos de aquellas personas que huyen de la persecución o del riesgo para su vida”**



Madrid 24/11/2015  
[medicosypacientes.com/S.G.](http://medicosypacientes.com/S.G.)

Cristina Gortázar, profesora de la Univ. de Comillas y experta en derecho internacional de asilo y migraciones participará en el I Congreso de Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (OMC) para hablar del derecho internacional y políticas de asilo y migraciones en la denominada Crisis del

Mediterráneo.

Durante la entrevista explica los requisitos de las personas que solicitan asilo y protección internacional y habla sobre la Directiva de Condiciones de acogida que otorga a todo solicitante de Protección Internacional (que una vez estudiado puede desglosarse en dos estatutos el de Refugiado o el Protección Subsidiaria) derecho de habitación, manutención, asistencia médica, escolarización de menores y, pasados nueve meses, acceso al mercado de trabajo, mientras dura el proceso.



Por ejemplo las doce personas que llegan a España, de las aproximadamente 17.000 que se comprometió a acoger, no llegan como refugiados sino como solicitantes y la Comisión Interministerial de asilo (con informe previo del ACNUR) decide si van a ser refugiados o no. “Esta directiva obliga a todos los países a garantizar esos derechos en lo que dura el proceso”, dice.

La experta participará en la mesa "La Crisis del Mediterráneo desde la perspectiva humanitaria. La realidad de los refugiados" en este Congreso, organizado a través de la Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional (FCOMCI) y el Colegio de Médicos de Granada, que arranca mañana, 26 de noviembre, en esta ciudad hasta el sábado.

**-El derecho de asilo se encuentra hoy sobre la mesa de debate en todos los países. ¿Es una obligación para los países receptores?**

Sí, si nos estamos refiriendo a la Unión Europea y de una manera más o menos interpretable para los estados que no forman parte de UE pero que sí han ratificado el Convenio de Naciones Unidas. Ahora aproximadamente somos 147 los países que hemos ratificado y nos hemos adherido al Convenio sobre el Estatuto de Refugiado de Naciones Unidas y a su protocolo adicional, es decir, a su contenido. De ahí existe la obligación de proteger, en mi opinión, también compartida por muchos jueces que han interpretado el convenio de la ONU también.

Pero, en el marco de la Unión Europea, que es el que más nos concierne en esta crisis, la respuesta indudable es Sí porque además de la convención de Ginebra nosotros en la UE hemos creado un espacio europeo común de asilo que va más allá de las obligaciones que impone el Convenio de la ONU es un ámbito más extenso con una mayor obligatoriedad que hemos convenido los miembros de la Unión Europea. Este escenario se llama SECA por sus siglas en español, Sistema Europeo Común de Asilo. En ese sistema estamos obligados a recibir, a acoger y a respetar una serie de derechos respecto a aquellas personas que huyen de la persecución o del riesgo para su vida y su integridad.

**-¿Se desarrollan de una forma distinta las políticas de asilo entre los países de la UE?**



Desafortunadamente si se desarrollan de una manera distinta. Se puede decir que aparentemente en la UE todos aplicamos armoniosamente ese sistema europeo de común asilo, pero desgraciadamente la Comisión Europea ha abierto algunos procedimientos de infracción a diferentes estados por no estar aplicando bien las normas que contiene este sistema.

Con esta crisis que estamos viviendo en 2015 y con la llegada masiva de solicitantes de refugio o de protección internacional hay estados que se están negando a aceptar las cuotas de reubicación como son Hungría, Eslovaquia, Bulgaria y República Checa.

Esto se debe a que el SECA en la UE se creó aprobando una serie de normas y reformándolas durante 15 años pensando solo en situaciones ordinarias, no en flujos masivos. El SECA con esas normas funcionaba relativamente bien en solicitudes individuales para cada uno de los estados.

El problema es que este sistema no da respuesta a los casos de flujos masivos, ya que no dispone de un sistema vinculante para las situaciones extraordinarias como ésta, y por lo tanto no da respuesta a los países más sobrecargados como Grecia e Italia, ni contemplaba hacer un reparto de cuotas con esas personas que están colapsando los sistemas de recepción en Italia y Grecia. Ese sistema extraordinario de reparto de cuotas para aliviar a los estados miembros sobrecargados no estaba previsto con carácter obligatorio en el SECA. Se trata de una nueva propuesta de la Comisión Europea y las instituciones para gestionar una situación extraordinaria. A pesar de ello, estados miembros como España han aceptado esa distribución por cuotas.

Sin embargo, desde que se ha fijado la distribución por cuotas a cada país, en dos meses tan sólo Finlandia ha reubicado a 48 personas, Francia a 19, España a 12, Suecia a 38... En total 117 de una cuota total de 160.000 a este paso estarán reubicados en el 2021.

**-¿Por qué cree que existen estas cifras tan bajas?**

Porque no estamos reaccionando con la generosidad suficiente. Realmente están en una situación inhumana y la verdad, a mi juicio, no hemos sido suficientemente generosos con independencia con las medidas de seguridad que están cerrando sus fronteras por la situación trágica creadas tras los atentados de París.

En el Líbano más de un cuarto de la población, es decir más de un millón son refugiados sirios, en Turquía cerca de 2 millones y en Jordania unos 800.000. Después de la Cumbre de la Valetta celebrada los días 11 y 12 de noviembre de 2015, esperemos que los Estados espabilen y colaboren más a la reubicación.

### **¿Cómo se desarrolla en España esta política de asilo?**

La cuota asignada en un primer momento a España no fue más que parcialmente aceptada. En septiembre se amplía la cuota y España la acepta en su totalidad. Pero si tenemos que reubicar a finales del año que viene hasta 17.000 personas y hemos reubicado solo 12 vamos mal (aunque los demás estados también).

### **-¿Qué requisitos deben cumplir los refugiados para acogerse a este derecho?**

La Protección Internacional en la UE consta de dos estatutos el estatuto de Refugiado y estatuto de Protección Subsidiaria. La persona con estatuto de Refugiado es toda persona con temores fundados de persecución por su raza, religión, nacionalidad, orientación sexual, género, pertenencia al grupo social u opinión política que logra salir del país de persecución, solicita protección y no incurre en causas de exclusión.

La persona con estatuto de Protección Subsidiaria son quienes posean riesgo real de sufrir la condena a pena muerte o su ejecución; tortura, tratos inhumanos o degradantes o “amenazas graves contra la vida o integridad de civiles motivadas por la violencia indiscriminada conflicto internacional o interno” si logran salir del país de persecución, solicitan protección y no incurren en causas de exclusión.

Entonces los requisitos según la Convención de Ginebra sería el ser



perseguidos por cinco motivos raza religión, nacionalidad, grupo social (persecución por género u orientación sexual) y opinión política.

Pero hay veces que hay autoridades e incluso de alto rango en España que no se acuerdan de que tenemos la obligación también de proteger en tres supuestos que no están en la Convención de Ginebra que son los que forman La protección Subsidiaria de la UE y son que si son devueltos a su país de origen o persecución pueden sufrir la pena de muerte, sufrir tortura o tratos inhumanos o degradantes aquellos que su vida su libertad integridad física está en grave riesgo por conflicto civil interno o internacional o violaciones globales generales de derechos humanos es decir por una guerra no declarada.

El solicitante de Protección internacional o solicitante de asilo, es la persona que solicita cualquiera de los dos estatutos en la UE, primero debe analizarse si reúne condiciones para ser reconocido Refugiado (pues es un estatuto algo más garantista) y si no lo fuera, se estudia su condición de persona en Protección Subsidiaria. Ambos estatutos tienden a equipararse cada vez más tras las últimas reformas del SECA en la UE.



## **-¿Cuál es la diferencia entre inmigrante y refugiado?**

Fuera de las personas refugiadas y de Protección Subsidiaria están los mal llamados “inmigrantes económicos” son personas que huyen del hambre, del desastre o de los gobiernos corruptos.

Cuando las instituciones y los gobiernos de Europa están diciendo que a los que no sean refugiados los van a retornar, no se refiere a los que están en protección subsidiaria que también son refugiados en Europa, se refiere a los inmigrantes económicos que provienen de lugares que no están en guerra pero su población pasa hambre y también otros que vienen a buscar un mejor nivel de vida.

## **-¿Qué medidas se están tomando actualmente para salvaguardar la protección internacional de las personas que solicitan asilo?**

Los Derechos de Protección Internacional están recogidos en 3 directivas. La primera Directiva sobre Condiciones de acogida: que otorga a todo solicitante de Protección Internacional (asilo: sea estatuto de Refugiado o Protección Subsidiaria) derecho de habitación, manutención, asistencia médica, escolarización de menores y, pasados nueve meses, acceso al mercado de trabajo. El derecho más importante es el derecho de no-devolución. Esta directiva se emplea desde que se estudia su solicitud (algunos países no acoge hasta que se tramita la solicitud). Por ejemplo los 12 que llegan a España no llegan como refugiados llegan como solicitantes y ACNUR decide si van a ser refugiados. Por ello esta directiva, nos obliga a darles todo lo necesario mientras dura el proceso.

La Directiva de Procedimientos que otorga a todo solicitante el derecho a que su solicitud sea estudiada en un procedimiento justo y eficaz y a garantías mínimas de recurso; asimismo obliga a los Estados miembros a que los procedimientos cumplan con garantías comunes y armoniosas.

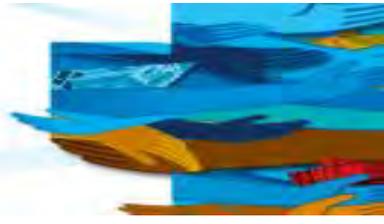
La Directiva de Reconocimiento: que obliga a los Estados miembros a una interpretación y aplicación común y armoniosa del concepto de Refugiado y de la Protección Subsidiaria así como los derechos que dichos estatutos comportan;

La Directiva de Protección Temporal: que permite los reconocimientos grupales (prima facie), en estos casos se recibiría un estatuto de protección provisional en tanto en cuanto se estudian los casos individualmente. Dicha protección temporal (bastante garantista) puede durar hasta tres años pero antes de extinguirse se debe proceder al estudio individualizado. Esta Directiva nunca se ha activado.

# I CONGRESO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMC



26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA

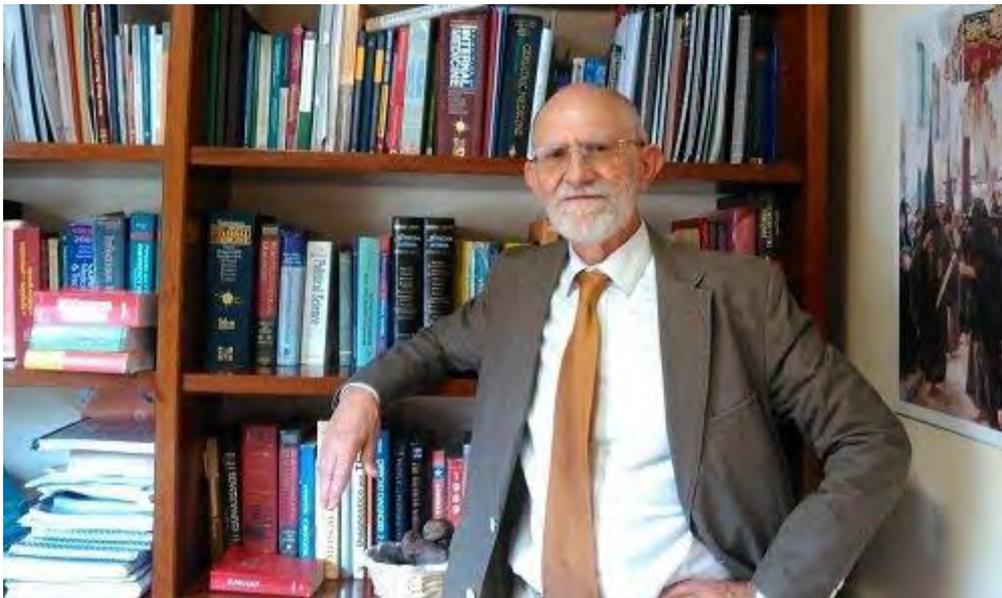




Coordinador I Congreso Cooperación OMC

## Dr. Guillermo Vázquez: “La cooperación y el voluntariado son una parte importante del desempeño profesional de los médicos”

El Dr. Guillermo Vázquez médico cooperante y coordinador del I Congreso de Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (OMC) en el que participa y que empieza hoy en Granada, cuenta en esta entrevista “que la cooperación y el voluntariado son una parte importante del desempeño profesional de los médicos”



Madrid 25/11/2015 [medicosypacientes.com/T.A./S.G.](http://medicosypacientes.com/T.A./S.G.)

El Dr. Guillermo Vázquez, especialista en Medicina Interna y Medicina Intensiva, ha compaginado su trabajo en esta especialidad con la cooperación internacional desde hace 22 años: con la Orden de San Juan de Dios, con Cruz Roja Internacional, con la ONG Juan Ciudad y fundador de la ONG Medicina Andaluza Solidaria.

De hecho, a sus 72 años, sigue trabajando en cooperación, especialmente en África, donde ha participado activamente en la última epidemia de Ébola, enfermedad de la



que es un experto y sobre la que impartirá un taller en el Congreso para analizar las consecuencias de esta epidemia que, a su juicio, está bajo control, pero actualmente “siguen registrándose casos esporádicos como ha sucedido en Liberia”.

En este sentido explica que “las epidemias con este perfil solo pueden controlarse si la comunidad local se involucra” y señala como logro que “a fecha de hoy una vacuna ya se esté utilizando contra el Ébola”.

Coordinador de este congreso organizado a través de la Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional (FCOMCI), de la que es miembro de la Comisión Técnica, y el Colegio de Médicos de Granada, señala que este encuentro “está teniendo una excelente acogida” ya que la cooperación “requiere tener visibilidad, y reconocimiento por parte de la sociedad”.

Es Director de cooperación del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos y del Colegio de Médicos de Granada.

**En vísperas del I Congreso de Cooperación Internacional de la OMC, como coordinador del mismo ¿de qué planteamientos partió para la organización? ¿Y qué respuesta de participación han tenido?**

El colegio de Médicos de Granada siempre ha considerado que la cooperación y el voluntariado son una parte importante del desempeño profesional de los médicos. Esta forma de desempeño profesional requiere tener visibilidad, y reconocimiento por parte de la sociedad.

En nuestro entorno de Granada el congreso tiene una excelente acogida. Hasta que no pasen las jornadas del congreso no se podrá hacer una valoración global de lo que ha significado este congreso.

**La idea de hacer este congreso partió del Colegio de Médicos de Granada ¿por compromiso con la cooperación?**

En la ciudad de Granada, como en el resto de ciudades de España, existe un compromiso creciente con los países en vías de desarrollo; esto abarca desde la salud, la protección de las poblaciones vulnerables, las emergencias humanitarias, hasta las necesidades derivadas del cambio climático y su

# I CONGRESO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMC



26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA



impacto en estos países.

Las nuevas generaciones de médicos y estudiantes de medicina muestran su interés creciente por participar en esto temas.



## ¿Hay datos sobre los colegiados cooperantes en Granada?

Se pueden calcular en más de un centenar, y si se tiene en cuenta a otras profesiones sanitarias superan el millar.

## ¿Cómo director de Cooperación del Consejo Andaluz de Consejos Médicos, qué grado de compromiso tienen los ocho colegios andaluces ante la cooperación y ayuda humanitaria y en qué proyectos se destacan?

Es un compromiso creciente que se detecta en todas las provincias de Andalucía. Además, Granada es la cuna de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, cuya acción se extiende a todos los continentes y que ha merecido el Premio Princesa de Asturias 201 de la Concordia.

Varios de los temas que se desarrollan en el congreso exponen este compromiso de Andalucía.

## El Congreso aborda desde temas de actualidad política como son los refugiados, a epidemias que siguen presentes en la sociedad occidental a pesar de tener medios para erradicarlas como la tuberculosis o la atención sanitaria en conflictos armados. ¿Cuál es el objetivo de esta amplia visión de la cooperación?

El siglo XXI, tiene como una de sus señas de identidad la globalización, y dentro de esta las profesiones sanitarias deben de jugar un papel importante en defensa del derecho y protección de la salud de las personas, tanto individualmente como colectivamente.

Los temas que citas deben de leerse en este contexto.

## También se aborda la epidemia del Ébola. Usted como cooperante experto en el terreno en Liberia ¿en qué situación estamos y qué hemos aprendido de lo ocurrido?

La epidemia está bajo control, registrándose casos esporádicos ha sucedido en Liberia, que después de varios meses de estar libre de Ébola ha rebrotado, afectando a varios miembros de una misma familia.

Por ello, las epidemias con este perfil solo pueden controlarse si la comunidad local se involucra y esto requiere entender sus necesidades y su cultura.

Diversas vacunas se han ensayado, durante la propia epidemia. A fecha de hoy una de ellas ya se está utilizando. Este éxito nunca se había alcanzado antes.

El virus puede persistir una vez alcanzada la curación clínica, en varios líquidos corporales, especialmente en el semen. Esto supone que personas aparentemente curadas pueden contagiar a su entorno.

**El congreso cuenta con representantes de organizaciones y ONG de gran reconocimiento público y otras experiencias de pequeñas organizaciones con proyectos concretos en África. ¿Si tuviese que elegir reconocer algunos de estos ejemplos, cual destacaría?**

Todos tienen gran trascendencia, pero uno de ellos, el de las energías limpias supone un modelo que puede llevar a todos los rincones de África la electricidad que su desarrollo necesita.

**¿Con la falta de empleo y precariedad laboral de los médicos en España, cree que la cooperación es una salida?**

Si creo que la cooperación puede ser una salida laboral si se dan varias condiciones que la OMC está trabajando.

**¿Están preparados los médicos españoles para hacer cooperación? ¿Qué aptitudes deben tener?**

Todos los médicos formados en España están capacitados para ser voluntarios o cooperantes. Sin embargo, ambas opciones requieren una preparación específica y recordar que en un mundo globalizado e interconectado el puesto de trabajo puede estar lejos de la ciudad en la que uno se haya formado.

**La Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional, de la que**



usted es miembro de la Comisión Técnica, ¿qué papel cumple en este sentido de ayudar a los médicos para que hagan cooperación o voluntariado en las mejores condiciones?

Creo que es la primera institución de ámbito estatal que está dando visibilidad a esta forma de desempeño profesional, y configurando una doctrina del médico cooperante o voluntario.

# I CONGRESO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMC



26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA





## Padre Ángel: "La desigualdad es el peor pecado que hay en el mundo"

Ángel García Rodríguez, conocido como el padre Ángel, fundador y presidente de la ONG Mensajeros de la Paz, galardonada con el premio Príncipe de Asturias de la Concordia en 1994, afirma con rotundidad que "la desigualdad es el peor pecado que hay en el mundo", en una entrevista concedida con motivo de su participación hoy en el I Congreso de Cooperación de la OMC del que espera que sirva para que "la voz de sin voz" llegue a más personas

Granada 27/11/2015 [medicosypacientes.com](http://medicosypacientes.com)



El padre Ángel denuncia la pasividad de las Administraciones ante catástrofes como la de la isla italiana de Lampedusa y considera que absolutamente necesario dialogar tanto entre los hombres como entre los partidos y los gobiernos y las religiones para ganar la paz y asegura que esta guerra "no se gana en las calles o

en los campos de batalla o con los portaaviones más grandes, se gana en la escuela, con la educación para erradicar esa violencia".

Durante la entrevista, el fundador de Mensajeros de la Paz repasa su vida dedicada a los demás y asegura que "quizá lo mejor que nos pueda dejar la crisis es descubrir el valor de la solidaridad tanto para quien la recibe, como para quien la da".

**-¿Qué hace falta para conseguir más paz en el mundo?**

# I CONGRESO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMC



26 / 27 / 28 NOVIEMBRE 2015  
GRANADA



Nos falta saber dialogar tanto entre los hombres como entre los partidos y los gobiernos y las religiones. El respeto es la clave de esta guerra que no se gana en las calles o en los campos de batalla o con los portaaviones más grandes. Esta guerra se gana en la escuela, con la educación para erradicar esa violencia y conseguir que la sociedad actual camine hacia adelante.



**-Bajo su punto de vista, ¿cuáles son actualmente los problemas más graves en el mundo?**

Lo peor es la desigualdad, esa es la gran injusticia, el mayor pecado. En el mundo hay recursos para todos y avances científicos que hacen posible evitar el dolor y muchas de las enfermedades.

**-¿Qué espera de congresos internacionales de cooperación como el que se va a celebrar en Granada?**

A veces los que trabajamos por paliar la necesidad o por mover corazones pensamos que lo que hacemos es una gota de agua en un mar... pero con una Orilla, con una vida mejor todo se justifica: recursos, esfuerzos... Con estas reuniones se hacen llamadas de atención y valen la pena si a alguien le llega la voz de los sin voz. Y seguro que va a llegar a más de uno.

**-¿Cómo sobrelleva el que haya gobiernos que no permitan la acogida de refugiados?**

El Papa Francisco lo dijo hace dos años ante los muertos de Lampedusa: ¡Vergüenza! Los gobiernos, los verdaderos responsables, los únicos que pueden para solucionar el problema, hablan, discuten, pero no hacen nada... La sociedad está conmocionada, deseando ayudarles, pero las Administraciones qué han hecho. Esconder la cabeza bajo el ala, que es lo mismo que crear comisiones y organizar cumbres.

**-¿Qué le ha aportado a usted Mensajeros de la Paz?**

¡Mejor preguntar qué me ha aportado a mí! Me lo ha dado todo. Mensajeros de la Paz es mi familia, es mi vida, mi razón de ser, quizá es el por qué Dios me puso en este mundo y la vida me inclinó a seguir en este camino. Pero Mensajeros de la Paz no es la obra de una persona, o de dos, sino la de cientos, la de miles de personas buenas y comprometidas que creen que un mundo mejor es posible y luchan por ello. Haciendo balance puedo decir que en todo este tiempo ha sido mucho más lo que he recibido que lo que he dado, y que los datos de cientos de centros, y miles de personas atendidas, son sólo cifras. Lo importante son las personas.



## **-¿Cómo y cuándo decidió usted dedicar su vida a los demás?**

-Todo nació en 1962, en Oviedo. Era una España muy distinta ¿gracias a Dios y a los hombres- de la que hoy conocemos. Yo era un cura joven que recibí como uno de sus primeros destinos la capellanía del orfanato. Los niños que allí vivían estaban tristes, sin esperanza. Entonces, un compañero y yo no hicimos más que seguir el impulso y sacarlos de allí para que vivieran en casas como los otros niños, para que fueran al colegio como los otros niños y que como todos los demás, supieran que tenían un hogar al que pertenecían. Así nació el primer Hogar de Mensajeros de la Paz. Hoy hay cientos por todo el mundo. Va a hacer 53 años. ¡Parece que fue ayer!

## **-Se le conoce a usted su personal dedicación a los niños y a los ancianos... ¿Son actualmente los sectores más desprotegidos?**

Los mayores y los niños son los más vulnerables. En la paloma de la Paz, un símbolo de nuestra ONG hay escrita una frase que dice. "Solo ante Dios, un niño y un anciano nos ponemos de rodillas". Creo que eso lo resume todo.

## **-¿Es España solidaria?**

España es uno de los países más solidarios del mundo. Y de eso doy fe. A la gente le duele el dolor ajeno, y aunque no lo parezca, eso es mucho. Esa solidaridad se ha demostrado e incrementado con la crisis, Tenemos muchos voluntarios parados que dicen que quieren ayudar porque ellos todavía tienen un plato de sopa en su mesa y otros muchos no. Gracias a la solidaridad espontánea, desinstitucionalizada de amigos, vecinos y hermanos y primos, hay miles de familias que pagan sus recibos, comen todos los días y siguen teniendo un techo. Quizá lo mejor que nos pueda dejar la crisis es descubrir el valor de la solidaridad tanto para quien la recibe, como para quien la da.

OMC



ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA  
COOPERACIÓN  
INTERNACIONAL

Calle Cedaceros, 10, 11  
28014 Madrid  
Tel +34 914 317 780  
fundacion@fcomci.es  
www.fcomci.es