

II Congreso de Cooperación Internacional de la OMC

2017

Cuadernos
FCOMCI

II CONGRESO DE **COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMC**

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

26 Y 27 ENERO 2017
SANTANDER



COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS
DE CANTABRIA

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL





ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

PROGRAMA

II CONGRESO DE **COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMC**

OMC  ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA |  FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

26 Y 27 ENERO 2017
SANTANDER



 COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS
DE CANTABRIA

OMC  ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

 AYUNTAMIENTO DE
SANTANDER

 PALACIO DE LA
MAGDALENA

Comité de Honor del Congreso

Presidentes

SS.MM. los Reyes de España D. Felipe VI y D.ª Letizia.

Miembros

D. Miguel Ángel Revilla, presidente del Gobierno de Cantabria.

Dra. María Luisa Real, consejera de Sanidad del Gobierno de Cantabria.

Dr. Santiago Coca, general, Inspector General de Sanidad Militar.

Dña. Gema Igual Ortiz, alcaldesa de Santander.

Jueves 26 de enero de 2017

10h

Rueda de Prensa.

Colegio de Médicos de Cantabria — Calle Ataúlfo Argenta, 33 - Santander, Cantabria.

De 19h a
20,30h

Inauguración

Auditorio Paraninfo – Espacio Caballerías. Palacio de la Magdalena

Dr. Jeancarlo Fernandes Cavalcante, presidente de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (Confemel)

Dr. Tomás Cobo Castro, presidente del Colegio de Médicos de Cantabria.

Dr. Juan José Rodríguez Sendín, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y de la Fundación para la Cooperación Internacional de la OMC.

Dra. María Luisa Real, consejera de Sanidad del Gobierno de Cantabria.

Dña. Gema Igual Ortiz, alcaldesa de Santander.

Los retos de la salud global: las enfermedades olvidadas

Dr. Cesar Velasco Muñoz, subdirector asistencial del Hospital Universitario Vall d'Hebrón de Barcelona.

Elegido por la revista Forbes como uno de los jóvenes menores de 30 años más influyentes de Europa en la categoría ciencia y salud. Miembro del panel de asesores de la Organización Mundial de la Salud sobre la vacuna e inmunización frente a la epidemia de ébola.

21h

Acto de bienvenida

*Palacio de la Magdalena -Planta Principal Hall Real.**

Viernes 27 de enero de 2017

9h

Registro y recogida de documentación. *Hall del Paraninfo —Espacio Caballerías Palacio de la Magdalena*

De 9h a
10,30h

Mesa redonda: La salud de los refugiados y las personas desplazadas

Auditorio Paraninfo – Espacio Caballerías. Palacio de la Magdalena.

Moderador: D. Jorge Gutiérrez, director general de Juventud y Cooperación al Desarrollo del Gobierno de Cantabria.

Realidad Sanitaria de los Campamentos de Refugiados Saharauis. Dr. Mohamed Lamin Ddeddi, ministro de salud de la República Árabe Saharaui Democrática (RASD).

La asistencia sanitaria a los refugiados en la denominada Crisis del Mediterráneo.

D. Emilio José Romero Rigo, enfermero de Cruz Roja en los Campos de Refugiados de Ritsona y Skaramagas, en Grecia.

La realidad de la atención sanitaria en el mayor campo de refugiados del mundo Dadaab, Kenia. Dr. Pascual Caballero, profesional médico de Médicos sin Fronteras.

De 10,30h
a 12h

Mesa redonda: Las enfermedades olvidadas

Auditorio Paraninfo – Espacio Caballerías. Palacio de la Magdalena.

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

La Úlcera de Buruli y el Linfoma de Burkitt. Fray Florencio, director del Hospital de Tanguiéta en Benín.

El control de las helmintiasis y las estrategias de agua y saneamiento. Dr. José Muñoz, médico del Servicio de Salud Internacional del Hospital Clinic de Barcelona- Instituto de Salud Global de Barcelona.

“La vergüenza en los tiempos del Cólera”. Dra. Cecilia López, coordinadora médica de Médicos del Mundo.

De 12h a
12,30h

Pausa café. *Espacio Caballerizas*

De 12,30h
a 14h

Conferencias simultáneas:

I. ¿Cómo abordar la educación de los futuros médicos en los países en desarrollo?

Sala Ernest Lluch – Espacio Caballerizas. Palacio de la Magdalena.

Moderador: Dr. Luís Ansorena Pool, tesorero de Medicusmundi Cantabria.

Dr. Luis López Rivero, profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria (ULPGC) y director del proyecto-UL-PGCUnizambeze.

Dr. José Ramón Berrazueta Fernández, presidente de la Real Academia de Medicina de Cantabria.

Dr. Juan Carlos Villegas Sordo, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cantabria.

Dr. Jeancarlo Fernandes Cavalcante, presidente de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe.

II. El papel del médico en la cooperación internacional para el desarrollo y la intervención humanitaria *Sala Pedro Salinas 1 – Espacio Caballerizas. Palacio de la Magdalena.*

Moderador: Dr. Juan Manuel Garrote Díaz, secretario del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y de la Fundación para la Cooperación Internacional de la OMC.

Dr. Miguel Ángel Sánchez Chillón, presidente del Colegio de Médicos de Madrid y médico de la organización Médicos del Mundo.

Dr. Carlos Mediano, presidente de la Federación Medicusmundi Internacional.

D. Francisco Raigón Jiménez, técnico de proyectos de la Fundación SEMG -Solidaria.

III. Panel de experiencias de pequeñas organizaciones

Sala Pedro Salinas 2 – Espacio Caballerizas. Palacio de la Magdalena.

Moderador: Dr. Jerónimo Fernández Torrente, vicesecretario del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y de la Fundación para la Cooperación Internacional de la OMC.

D. Antonio Rodríguez Nogales, vicepresidente y responsable del Área de Catástrofes de Bomberos Unidos sin Fronteras (BUSF).

D. Luis Berasategui, presidente Aviación sin Fronteras.

Dña. María García Llano, enfermera y Coordinadora del Grupo de Cooperación del Colegio de Enfermería de Cantabria.

De 14h
a 16h

Descanso.

Almuerzo ofrecido en el Palacio de la Magdalena – Hall Real.

De 16h
a 17,30h

Panel: La misión médica en contextos de violencia. Atención Sanitaria en Peligro

Auditorio Parainfo – Espacio Caballerizas. Palacio de la Magdalena.

Moderador: Dr. Serafín Romero Agüit, vicepresidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y de la Fundación para la Cooperación Internacional de la OMC.

Dr. Giovanni Trambaiolo, asesor de operaciones del HClD Project –Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR).

Dña. Mercè Rocaspana, coordinadora médica de Médicos sin Fronteras, en varios países de África y Oriente Próximo.

D. Diego Guerrero, voluntario Gestión de Seguridad Cruz Roja Española.

De 17,30h
a 17,45h

Pausa café. – *Espacio Caballerizas. Palacio de la Magdalena.*

De 17,45h
a 19h

Mesa redonda: La sanidad militar operativa en el contexto humanitario

Auditorio Parainfo – Espacio Caballerizas.

Moderador: Dr. Tomás Cobo Castro, presidente del Colegio de Médicos de Cantabria.

La Sanidad Militar en misiones internacionales. Dr. Juan Ramón Campillo, coronel médico - Inspección General de Sanidad.

La Sanidad Militar en los conflictos armados. Dra. Ana Betegón Sanz, teniente coronel médico Unidad Médica Aérea de Apoyo al Despliegue de Madrid (UMAAD-Madrid).

La Sanidad Militar en Misiones Humanitarias. Dr. Juan Manuel Seirol, teniente coronel médico del Cuartel General de la Flota.

La Telemedicina Militar Española en la Cooperación Internacional. Dr. Pedro J. Gil López, teniente coronel médico y jefe del Servicio de Telemedicina del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla de Madrid.

De 19h
a 20h

Clausura

Auditorio Parainfo – Espacio Caballerizas. Palacio de la Magdalena.

Cooperación internacional para el desarrollo, intervención en emergencias y ayuda humanitaria desde la Organización Médica Colegial. Dña. Yolanda López Bailón, directora técnica de la Fundación para la Cooperación Internacional de la OMC.

Acto de Clausura:

Dr. Santiago Coca, general, Inspector General de Sanidad Militar.

Dr. Tomás Cobo Castro, presidente del Colegio de Médicos de Cantabria.

Dr. Juan José Rodríguez Sendín, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y de la Fundación para la Cooperación Internacional de la OMC.

D. Miguel Ángel Revilla, presidente de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

D. Fernando García Casas, secretario de Estado de Cooperación Internacional y para Iberoamérica.

21h

Cena Solidaria

Con: D. Mikel Ceberio Aguirre periodista y profesor de la Fundación Basque Culinary Center y D. Peio García Amiano, cooperante, cocinero y crítico gastronómico en Diario Vasco.

En el Gran Casino Sardinero de Santander.

Más información: http://www.fcomci.com/congreso_cooperacion_2016

Síguenos a través de #coopOMC @FCOMCI



OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

Ponentes

OMC 

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

Ponentes

Ponentes II Congreso de Cooperación Internacional de la OMC



Dr. 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)

Inauguración y Clausura

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. Es también Miembro de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao desde 2010.



Dr. Tomás Cobo Castro

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

Inauguración-Clausura y moderador de la mesa redonda: La sanidad militar en operaciones internacionales.

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Cantabria, realizó su formación como especialista en Anestesiología, reanimación y terapia del dolor en Reino Unido, 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 (Argelia) y en el Hospital de Tangiéta, en Benín.



Dña. Gema Igual Ortiz

Alcaldesa de la ciudad de Santander

Inauguración

Diplomada en Magisterio por la Universidad de Cantabria. Hasta el año 2003, se dedicó a la empresa privada y, a partir del año 2015, ha sido concejala del Ayuntamiento de Santander. En noviembre de 2016, fue nombrada Alcaldesa de Santander.

Ha sido responsable de las Concejalías de Turismo y Festejos, Concejalía de Turismo y Protocolo, y Concejalía de Turismo y Relaciones Institucionales.

**Dr. Jeancarlo Fernandes Cavalcante****Presidente de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe***Inauguración y Conferencias simultáneas: Ponente ¿Cómo abordar la educación de los futuros médicos en los países en desarrollo?*

Médico cirujano torácico del estado brasileño Rio Grande del Norte. Graduado por la Universidad Federal de Río Grande de Norte (UFRN) en 1994, donde es en la actualidad profesor adjunto. Es titular de la Sociedad Brasileña de Cirugía Torácica y 1er Vicepresidente del consejo Regional de Medicina del Estado de Rio Grande del Norte (CREMERN).

El 25 de noviembre de 2016 fue elegido presidente de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe. CONFEMEL es una entidad privada no gubernamental, constituida por instituciones médicas nacionalmente representativas de Brasil, Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela, Costa Rica, Guatemala, Haití, Honduras, El Salvador, le República Dominicana, Nicaragua, Panamá, Puerto Rico, Argentina, Chile, Paraguay, Uruguay, España, Portugal, Italia y Francia.

**Dra. Mª Luisa Real González****Consejera de Sanidad del Gobierno de Cantabria***Inauguración*

Licenciada en Medicina, también formó parte del anterior Gobierno como directora general de Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria (2003-2009) y directora del Instituto Cántabro de Servicios Sociales (Icass) desde su creación en 2009 hasta 2011.

Hasta su nombramiento, ha desarrollado su labor como médico de familia en el Servicio Cántabro de Salud.

Dr. César Velasco Muñoz**Subdirector Asistencial del Hospital universitario Vall d'Hebrón en Barcelona***Conferencia Inaugural: Los retos de la salud global: las enfermedades olvidadas.*

Es subdirector asistencial del Hospital universitario Vall d'Hebrón (Barcelona) y uno de los investigadores españoles de mayor proyección internacional. Se doctoró en Medicina en la Universidad Autónoma de Madrid, y se ha especializado en Medicina Preventiva y Salud Pública con enfoque en Salud Global. Velasco hizo su residencia como investigador en el Hospital Clínico de Barcelona y, entre sus líneas de trabajo, destacan las vacunas y el VIH. Experto en epidemiología, comunicación sanitaria y políticas sanitarias, ha colaborado en organizaciones internacionales como el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC), donde es asesor en protección y control en salud transnacional y enfermedades infecciosas.

Es investigador asociado del Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal) y miembro del grupo de expertos en asesoramiento estratégico (SAGE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Velasco fue elegido, junto con nueve expertos de todo el mundo, miembro del panel de asesores de la OMS sobre vacuna e inmunización frente al ébola. Fue parte de la división creada por la organización para contener el virus en Sierra Leona. Asimismo, en 2016 fue elegido por la revista Forbes como uno de los jóvenes menores de 30 años más influyentes de Europa. Es, también, cofundador de Sisamat CSR.



**D. Jorge Gutiérrez Martín****Director General de Juventud y Cooperación al Desarrollo del Gobierno de Cantabria***Moderador de la mesa redonda: La salud de los refugiados y las personas desplazadas.*

Originario de Torrelavega (1980), es titulado en Ingeniería Industrial por la Universidad de Cantabria y ha desarrollado su carrera profesional en la empresa privada durante los últimos años, especialmente en departamento de Proyectos y Estudios.

Ha estado vinculado a los órganos de representación de la Universidad de Cantabria, siendo miembro del Claustro, Consejo de Gobierno, Consejo Social y Presidente del Consejo de Estudiantes.

**Dr. Mohamed Lamin Deddi****Ministro de Salud de la República Árabe Saharaui Democrática (RASD)***Mesa redonda: La salud de los refugiados y las personas desplazadas.**Ponencia: La realidad Sanitaria de los Campamentos de Refugiados Saharauis.*

Mohamed Lamin Mohamed Deddi es el ministro de Salud Pública de República Árabe Saharaui Democrática (RASD). En el año 2012 asume este puesto, tras haber ejercido diferentes cargos en el gobierno: ministro de Transporte e Hidráulica (1999-2003), ministro del Interior (2003-2007) y gobernador de la wilaya de L'Aaiun (2007-2011), entre otros. Asimismo, ha sido miembro de la Secretaría Nacional del Frente Polisario entre 1995-1999 y 2003-2007; y comisario político en el Ejército de Liberación Popular entre 1976 y 1981.

**D. Emilio Romero Trigo****Enfermero Voluntario de Cruz Roja Española***Mesa redonda: La salud de los refugiados y las personas desplazadas.**Ponencia: La asistencia sanitaria a los refugiados en la denominada Crisis del Mediterráneo.*

Diplomado Universitario en Enfermería por la Universidad de Extremadura, Máster Internacional en Cooperación Internacional y Acción Humanitaria por la Universitat Oberta de Catalunya. Formación en Medicina Tropical, Atención Psicosocial en Emergencias, Gestión de Desastres, Enfoque de Marco Lógico, Especialización en Medios de Vida y Evaluación de necesidades en Emergencias.

Actualmente, trabaja como enfermero de Atención Primaria del Servicio Extremeño de Salud. Es, asimismo, formador en la AEXCID (Agencia Extremeña de Cooperación Internacional para el Desarrollo) y el Instituto de la Juventud de Extremadura en Acción Humanitaria y Primeros Auxilios para Cooperantes; en la Dirección Autónoma de Protección Civil, Academia de Seguridad Pública de Extremadura y Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social de Extremadura en Estrés para Primeros Intervinientes y Atención Psicosocial en Emergencias; y en la Cruz Roja Española en Cooperación Internacional, Acción Humanitaria, Gestión de Desastres, etc.

Es voluntario de Cruz Roja Española desde 1997 y ha trabajado como tal en diferentes emergencias como atentados del 11M de Madrid, terremoto de Lorca, etc. A finales del 2015 y, durante el 2016, ha trabajado en el Operativo de Emergencia por la Crisis Migratoria en Grecia, en las dos fases de la misma con Cruz Roja Española. En el ámbito internacional, ha trabajado con diferentes organizaciones como el Instituto de la Juventud de Extremadura en varios países de Latinoamérica y África.

Dr. Pascual Caballero**Asesor Pediátrico en Médicos sin Fronteras, focalizado en Neonatología***Mesa redonda: La salud de los refugiados y las personas desplazadas.**Ponencia: La realidad de la atención sanitaria en el mayor campo de refugiados del mundo Dadaab, Kenia.*

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.

**Dr. Guillermo Vázquez Mata****Director de Cooperación Internacional del Consejo Andaluz de los Colegios Médicos***Moderador de la mesa redonda: Las enfermedades olvidadas.*

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.

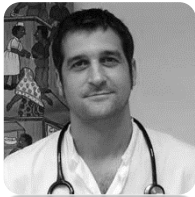
Actualmente, trabaja en cooperación internacional. Tiene una gran experiencia en los países del Magreb, África Subsahariana y Sudamérica. Es coordinador de cooperación internacional del Consejo Andaluz de Colegios Médicos, presidente de la organización no gubernamental Medicina Andaluza Solidaria y director del Curso de Medicina Tropical para Cooperantes del Instituto de Formación del Consejo Andaluz de Colegios Médicos (IFCAM).

**Fray Florencio Priuli****Director del Hospital de Tanguiéta en Benín***Mesa redonda: Las enfermedades olvidadas.**Ponencia: La Úlcera de Buruli y el Linfoma de Burkitt.*

Licenciado en Medicina por la Universidad de Milán (Italia), médico especialista en Medicina General y con diploma en Medicina Tropical por la Universidad de Aix-Marsella.

Ha sido coordinador de la atención médica y quirúrgica de todas las estructuras de la Orden Hospitalaria Fatebenefratelli Togo y Benín (Hospitales San Juan de Dios D'Afagnan y Lomé (Togo), y Tanguiéta y Porga (Benin), miembro fundador de la Sociedad Africana de habla francesa para la cirugía digestiva en Lomé, miembro fundador de la Sociedad de Cirugía gastrointestinal entre Benín y Togo.

Actualmente, es el director médico del Hospital de San Juan de Dios Tanguiéta (Benín), fundado por los religiosos de la Orden Hospitalaria de Hermanos San Juan de Dios, a la que el Dr. Fray Florencio pertenece. Ha sido, hasta el 2005, miembro del panel de la OMS para el estudio y la lucha contra la úlcera de Buruli, donde participó en la elaboración del manual de la cirugía para su gestión.

**Dr. Jose Muñoz Gutiérrez****Servicio de salud internacional, Hospital Clinic de Barcelona, Instituto de Salud Global de Barcelona***Mesa redonda: Las enfermedades olvidadas.**Ponencia: El control de las helmintiasis y las estrategias de agua y saneamiento.*

El Dr. Jose Muñoz es un médico especializado en medicina interna y enfermedades infecciosas. Después de haber trabajado como médico e investigador en Costa de Marfil y Mozambique, ahora se emplea en el Instituto Clínica-Hospital de Barcelona para la Salud Global (ISGlobal). Su trabajo aquí se centra en la investigación clínica y epidemiológica de las enfermedades tropicales importadas entre los viajeros y los inmigrantes y las enfermedades tropicales desatendidas, en particular la enfermedad de Chagas y la helmintiasis.

El Dr. Muñoz ha enseñado en el Máster en Salud Internacional de la Universidad de Barcelona desde 2005 y actualmente es profesor en el Máster de Salud Global de ISGlobal-Universidad de Barcelona. También es profesor de varios cursos relacionados con las enfermedades importadas. Asimismo, es miembro de la junta de la Federación Europea de Sociedades de Medicina Tropical y Salud Internacional (FESTMIH).

Dra. Cecilia López**Coordinadora Médica de la Unidad Acción Humanitaria y Crisis Complejas Médicos del Mundo***Mesa redonda: Las enfermedades olvidadas.**Ponencia: "La vergüenza en los tiempos del Cólera".*

La Dra. Cecilia López es médico cirujano por la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina) y está especializada en Clínica Médica, con orientación en mujeres y niños. Tras haber trabajado en su ciudad natal como médico de guardia y de planta en diferentes hospitales, en el 2005 comienza su trayectoria como profesional médico en terreno con Médicos del Mundo (MdM), en la región de Jujuy (Argentina). En el 2006, pega el salto a Sudán con Médicos Sin Fronteras (MSF); y, tras trabajar para diferentes organizaciones en Sudáfrica (Ubuntu Education Fund), Sudán del Sur y Palestina (International Medical Corps), vuelve a Médicos del Mundo para ejercer diferentes cargos. En 2014, es coordinadora médica de la Misión de Emergencia en la Franja de Gaza (Palestina) y, durante el 2015, ejerce la coordinación médica de la Unidad de ébola en la sede central de la organización, en Madrid.

Actualmente, trabaja como coordinadora médica de la Unidad Acción Humanitaria y Crisis Complejas para la misma organización. Participa en las respuestas de emergencias de la organización, tales como: Fiebre Amarilla (Angola), Zika (América Latina), Fiebre de Lasa (Benín), terremoto de Ecuador, Huracán Mathew (Haití), etc.

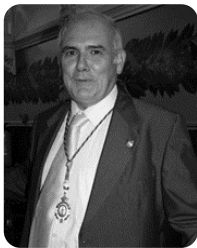
**Dr. Luis Ansorena Pool****Tesorero de Medicusmundi***Conferencias simultáneas: Moderador ¿Cómo abordar la educación de los futuros médicos en los países en desarrollo?*

Dr. Luis Ansorena Pool, Doctor en Medicina y Cirugía, Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública vía MIR; Jefe de Servicio de Admisión y Documentación Clínica y Jefe de Estudios en el Hospital Sierrallana (Cantabria). Tesorero de Medicusmundi Cantabria y coordinador de los proyectos de cooperación al desarrollo de la ONGD en Bolivia y Mali. Anteriormente, fue director médico en Sierrallana y director técnico de Desarrollo y Calidad en el Servicio Cántabro de Salud (SCS), con la competencia de la formación continua de todo el personal del SCS; ex directivo de las sociedades norte y española de Documentación Médica. Colaborador de la AECID y la Organización Panamericana de la Salud.

**Dr. Luis Mateo López Rivero****Facultad de Medicina de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria (ULPGC) y Director del proyecto ULPGC-Unizambeze.***Conferencias simultáneas: Ponente ¿Cómo abordar la educación de los futuros médicos en los países en desarrollo?*

Es doctor en Medicina y Cirugía, médico especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, especialista en Cirugía Torácica, Máster Internacional en Medicina Humanitaria y licenciado en Historia. En la actualidad, es jefe de la Sección de Cirugía Torácica del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria y profesor en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Su labor asistencial y docente va ligada a su vocación altruista de ayudar a los países africanos con menos recursos.

Cursó un Máster internacional en Medicina Humanitaria y luego se formó en Londres, Madrid, Oporto y Alicante antes de viajar a Mozambique, donde estuvo un mes en un hospital de monjas al norte del país africano. Su periplo en África le hizo recorrer países como Mauritania, Angola, Camerún, Chad, Namibia y Botswana. Tras recorrer países como Chad, Bostwana, Angola o Namibia, desde 2010, ha desarrollado en Mozambique una importante labor al frente del proyecto de cooperación internacional con la Unizambeze (Universidad pública de Mozambique) para el desarrollo de la facultad de Medicina en la ciudad de Tete. Su programa de formación médica universitaria de países en desarrollo se denomina ULPGC-Unizambeze.

**Dr. Jose Ramón Berrazueta Fernández****Presidente de la Real Academia de Medicina de Cantabria***Conferencias simultáneas: Ponente ¿Cómo abordar la educación de los futuros médicos en los países en desarrollo?*

Doctor en Medicina por la Universidad de Salamanca (1976). Jefe de Sección de Cardiología desde 1978 del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander. Catedrático de Cardiología por oposición de la Universidad de Cantabria (1989). Médico Interno y Residente de la Clínica Puerta de Hierro de Madrid (1971-73). Médico Residente y Becario del Instituto Nacional de Cardiología de México (1974). Director de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Casa Salud Valdecilla, adscrita a la Universidad de Santander (1980-83). Secretario del Departamento de Medicina Interna y Psiquiatría de la Universidad de Cantabria, desde su creación en 1986 hasta 2009. Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Cantabria (1988-92). Miembro permanente del ejecutivo de la Sociedad Española de Cardiología, como Tesorero (1999-2001). Vocal del Consejo de la Fundación Pública de Servicios Hospitalarios y Asistenciales "Marqués de Valdecilla" (nombramientos en 1991 y 1995). Vocal de la Comisión de Ética e Investigación Clínica (1997-99). Autor de una patente individual.

**Dr. Juan Carlos Villegas Sordo****Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cantabria***Conferencias simultáneas: Ponente ¿Cómo abordar la educación de los futuros médicos en los países en desarrollo?*

Pertenece al Departamento de Anatomía y Biología Celular, donde ha desarrollado toda su labor docente, investigadora y de gestión desde el año 1978. Es Doctor en Medicina por la Universidad de Cantabria y su labor docente se ha desarrollado íntegramente en la UC primero como profesor titular y más recientemente como catedrático del área de Biología Celular. Su labor investigadora se ha centrado en varias líneas entre las que destacan los estudios sobre la vascularización de células y tejidos en trasplantes intracerebrales, realizados durante su estancia en la Universidad de Maryland becado por el Ministerio de Educación y por el Fogarty International Centre (N.I.H.), el estudio de los cofactores del plegamiento de las tubulinas y, más recientemente, en el estudio de los efectos de los nanotubos de carbono sobre diferentes procesos celulares como la división, la migración o la fagocitosis.

En lo que se refiere a las labores de gestión universitaria durante los últimos años, ha desempeñado los cargos de subdirector del Departamento de Anatomía y Biología Celular y vicedecano de la Facultad de Medicina.

**Dr. Juan Manuel Garrote Díaz****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)***Moderador de la mesa Redonda: El papel del médico en la cooperación Internacional para el desarrollo y la intervención humanitaria.*

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. Es, asimismo, 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.

**Dr. Miguel Ángel Sánchez Chillón****Presidente del Colegio de Médicos de Madrid y profesional de la organización Médicos del Mundo***Ponente Mesa redonda: El papel del médico en la cooperación Internacional para el desarrollo y la intervención humanitaria.*

El Dr. Miguel Ángel Sánchez Chillón es licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid y especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tesina de Licenciatura y Doctorado en la misma Universidad. En su carrera profesional, se ha vinculado a la práctica clínica como médico de familia, en distintos centros de salud Madrid y centros del ámbito rural, y en temas de farmacología en la Comisión de Farmacia del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

En la faceta profesional, fue vocal de Médicos de Atención Primaria Urbana del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid entre 2008 y 2012 y, actualmente, Presidente del Colegio desde marzo de 2016. En otras facetas profesionales, ha desempeñado algunos puestos de responsabilidad en la Organización No Gubernamental Médicos del Mundo, como vocal de su Junta Directiva y Vicepresidente Nacional, así como Presidente de la Fundación Antisida de España y, ocasionalmente, como cooperante en el terreno.

**Dr. Carlos Mediano****Presidente de la Federación Medicusmundi Internacional***Ponente Mesa redonda: El papel del médico en la cooperación Internacional para el desarrollo y la intervención humanitaria.*

Carlos Mediano Ortiga, nacido en Zaragoza (1962), médico, Máster en Salud Pública, experto en evaluación de programas y políticas públicas, diplomado en Medicina Tropical. Comenzó su trabajo en el sector de cooperación en 1988. Cooperante en Camerún y Kenia, ha realizado identificaciones/evaluaciones /seguimientos en varios países: Mozambique, Camerún, R.D. del Congo, Togo, Senegal, R. Dominicana, Bolivia, Guatemala, Honduras, Uganda, El Salvador y Perú.

Ha sido director técnico de la oficina de Medicusmundi Aragón durante 5 años (1995-2000). Entre sus actuales cometidos destacan: responsable de las áreas de proyectos, estudios e investigación de Medicusmundi España (FAMME) y, desde 2007, vicepresidente de Medicusmundi Internacional (MMI), y, en mayo de 2016, fue nombrado presidente de MMI. Participación en los grupos de trabajo sobre gobernanza en salud y recursos humanos sanitarios de Medicusmundi Internacional. A nivel académico: tutor en el Máster de evaluación de programas y políticas públicas de la Universidad Complutense de Madrid (2004-2016).

D. Francisco Raigón Jiménez**Técnico de proyectos de la Fundación SEMG-Solidaria***Ponente Mesa redonda: El papel del médico en la cooperación Internacional para el desarrollo y la intervención humanitaria.*

Formado como Ingeniero Técnico Agrícola por la Universidad Politécnica de Valencia, como Ingeniero Agrónomo, especialista en Agricultura Tropical y Desarrollo; por la Universidad EARTH de Costa Rica y con un posgrado en Responsabilidad Social Corporativa por la Universidad de A Coruña, ha desarrollado prácticamente toda su carrera profesional en el ámbito de la Cooperación Internacional al Desarrollo. En este ámbito ha trabajado como cooperante en Centroamérica para Acción contra el Hambre y Solidaridad Internacional, así como Técnico de Proyectos y Responsable de Seguridad Alimentaria de Asamblea de Cooperación por la Paz. Además, ha representado a las ONGD gallegas en el Consello Gallego de Cooperación al Desarrollo, y formó parte de la Junta Directiva de la Coordinadora Gallega de ONGD. Asimismo, fue el técnico de la Universidad de A Coruña dentro de la Red Gallega de Cooperación Universitaria para el Desarrollo.

Ha sido docente del Máster en Cooperación al Desarrollo, especialidad: Planificación Integral del Desarrollo Local del POPICAD (Universidad de Valencia); del Máster en Cooperación al Desarrollo, especialidad: Planificación Integral del Desarrollo Local, del IIDL (Universidad de Valencia) y del Máster en Gestión de la Cooperación Internacional y de las ONGD de la Universidad de Santiago de Compostela. Además, ha impartido múltiples cursos para diferentes ONGD (APY Solidaridad en Acción, Ingeniería Sin Fronteras, Asamblea de Cooperación por la Paz, Coordinadora Gallega de ONGD, entre otras).

**Dr. Jerónimo A. Fernández Torrente****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)***Moderador Panel de experiencias de pequeñas organizaciones.*

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Santiago de Compostela, posee la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Posee un Máster postgrado en Métodos Estadísticos Aplicados a Ciencias de la Salud por la 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 en equipo de Atención Primaria del Centro de Salud "La Milagrosa". (Lugo).

**D. Antonio Rodríguez Nogales.****Vicepresidente y Responsable del Área de Catástrofes de Bomberos Unidos sin Fronteras (BUSF)***Panel de experiencias de pequeñas organizaciones.*

Bombero profesional del Excmo. Ayto. de Huelva desde agosto de 1997. Desde esa fecha, pertenece a la Unidad Canina de Rescate de este Servicio, siendo su actual responsable. En el año 2000, se incorpora a Bomberos Unidos sin Fronteras (BUSF), ocupando desde entonces diferentes puestos como responsable de formación, coordinador de cursos iberoamericanos, y el que actualmente desempeña como vicepresidente y responsable del área de catástrofe de BUSF y de los grupos de intervención en catástrofe de la Red Iberoamericana de Bomberos Unidos constituida por países como Perú, Nicaragua, Guatemala y República Dominicana. Cuenta con experiencia en proyectos de cooperación y desarrollo de los cuerpos de Bomberos en Iberoamérica en: Perú, Nicaragua, República Dominicana, Bolivia, El Salvador, Ecuador y México. Y además cuenta con una dilatada experiencia en intervención en grandes catástrofes tales como: Terremoto de Taiwán en 1999, Terremoto de India en 2001, Terremoto de El Salvador en 2001, Deslave de tierra en Bolivia en 2003, Terremoto de Argelia en 2003, Terremoto de Marruecos en 2004, Tsunami de Srylanka en 2004, Terremoto de Pakistán en 2005, Erupción del volcán Tungurahua en Ecuador en 2006, Terremoto de Pisco en Perú en 2007, Terremoto de Haití en 2010, Súper tifón Hayan en Filipinas en 2013, Terremoto de Ecuador en Abril del presente 2016.



D. Luis Berasategui
Presidente Aviación sin Fronteras

Panel de experiencias de pequeñas organizaciones.

Luis Berasategui nace en Santander en el año 1977. Tras finalizar sus estudios en los Escolapios, se traslada a la edad de 21 años a Valencia para iniciar su preparación en la escuela AIRMED, donde se titula dos años más tarde como piloto de transporte de Líneas Aéreas.

Su inquietud por los fines sociales le lleva a conocer a una TCP de Air Nostrum que, a través de su llavero solidario, le cuenta quién es Aviación Sin Fronteras y qué hace. En 2007, decide dar un paso más allá y entra a formar parte de Aviación Sin Fronteras España como socio/voluntario.

Durante estos nueve años en la asociación, Luis ha participado activamente como voluntario en los cuatro proyectos de ASF España y, desde hace cuatro años, ejerce como presidente de la ONG.



Dña. María García Llano
Enfermera y Coordinadora del Grupo de Cooperación del Colegio de Enfermería de Cantabria

Panel de experiencias de pequeñas organizaciones.

Asturiana de nacimiento, María García Llano es enfermera y experta universitaria en Enfermería de Urgencias y Emergencias (Universidad de Cantabria) y en Cooperación Internacional al Desarrollo para Entidades sin Ánimo de Lucro (Universidad de Oviedo). Tiene amplia formación en cooperación internacional al desarrollo desde la óptica de una profesional sanitaria y experiencia como voluntaria en terreno, en países como Bolivia, Ecuador o Haití.

Actualmente, trabaja en el Servicio de Urgencias en Atención Primaria (SUAP) C.S. Polientes, AP Cantabria, desde junio de 2015. No obstante, ha desempeñado su labor en diferentes centros sanitarios y hospitales de Asturias, Palencia, Cantabria y La Rioja.



Dr. Serafín Romero Agüit
Vicepresidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España y de la Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional (FCOMCI).

Moderador del panel: La intervención médico-sanitaria en contextos de violencia. Atención Sanitaria en Peligro/ Resolución S/RES/2286 (2016) Consejo de Seguridad de Naciones Unidas

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.

**D. Giovanni Trambaiolo****Asesor de operaciones del HCiD Project en el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR)***Panel La intervención médico-sanitaria en contextos de violencia. Atención Sanitaria en Peligro/ Resolución S/RES/2286 (2016) Consejo de Seguridad de Naciones Unidas.*

Licenciado en Ciencias de la Salud por la Universidad de Sydney (Australia), posee la especialidad de Fisioterapia. Entre otras titulaciones, cuenta con un posgrado en Derecho Europeo e Internacional, por la Universidad d'Aix/Marseille III, y un Máster en Derecho Internacional Humanitario, por la Universidad d'Aix/Marseille III y la Universidad de Deusto (Bilbao).

Tras trabajar como fisioterapeuta durante 7 años, continuó desarrollando su carrera profesional como *humanitarian emergencies desk officer* en Médicos del Mundo (MdM). Tras su paso por esta organización, fue asesor de Asuntos Humanitarios de la Misión Permanente de Australia en Naciones Unidas, Nueva York. En 2009, comenzó su labor en el Comité Internacional de la Cruz Roja (ICRC, por sus siglas en inglés), organización en la que ha desempeñado diversos cargos: diplomático adjunto en la Diplomacia Multilateral y Coordinación Humanitaria (DiMCoH), en Ginebra (Suiza); delegado de campo en la Subdelegación Malakal, en Sudán y Sudán del Sur; delegado de Protección en la Subdelegación Central de Afganistán (Provincias de Wardak, Ghazni y Paktika); y jefe de la oficina del ICRC en Pasto, Colombia. Actualmente, desempeña el cargo de asesor de operaciones del proyecto Health Care in Danger (HCiD) de la misma organización, en Ginebra (Suiza).

**Dña. Mercé Rocaspana Moncayo****Responsable médica en sede de las misiones en el oeste África de Médicos Sin Fronteras***Panel La intervención médico-sanitaria en contextos de violencia. Atención Sanitaria en Peligro/ Resolución S/RES/2286 (2016) Consejo de Seguridad de Naciones Unidas*

Enfermera y Antropóloga por la Universidad Autónoma de Barcelona, donde también cursó el Máster en Medicina Tropical: Universidad Autónoma de Barcelona. Máster en Investigación Clínica en Salud Internacional: Universidad de Barcelona - IS Global; Máster en Medicina Preventiva y Salud Pública: Universidad de Barcelona; Profesora de Salud Internacional en la Universidad Pompeu Fabra.

Con Médicos Sin Fronteras ha sido, desde 2002, enfermera, coordinadora de terreno y coordinadora médica en varios países de África y Oriente Próximo, como son: Angola, la República Democrática del Congo, Afganistán, Etiopía, Sudán, Sudán del Sur, Sierra Leona, Siria y Turquía. Ha sido, asimismo, miembro electo de la Junta Directiva de MSF 2010-2013, responsable médica en Alepo (Siria) en 2013, coordinadora médica en Siria-Turquía en 2015-2016 y, desde junio de 2016, responsable médica en sede de las misiones en el oeste África.

**D. Diego Guerrero Oris****Voluntario de Cruz Roja Española***Panel La intervención médico-sanitaria en contextos de violencia. Atención Sanitaria en Peligro/ Resolución S/RES/2286 (2016) Consejo de Seguridad de Naciones Unidas*

Consultor independiente con veinte años de experiencia internacional trabajando en más de 30 países en el África subsahariana, Oriente Medio, Asia, América Latina y Europa en contextos de conflicto, postconflicto y transición. Cuenta con una amplia experiencia y especialización en la gestión de la seguridad y análisis de contexto, ayuda humanitaria, gobernabilidad y procesos de paz. Ha trabajado para organizaciones como Cruz Roja Española, Médicos Sin Fronteras, Oxfam, Naciones Unidas, La Organización Internacional para las Migraciones (OIM), el Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria (IECAH) e instituciones como la Comisión Electoral Libia o la Comisión Electoral de Nepal, entre otras.

**Dr. Juan Ramón Campillo****Coronel Médico. Inspección General de Sanidad***Mesa redonda: La sanidad militar operativa en el contexto humanitario.**Ponencia: La Sanidad Militar en misiones internacionales.*

Es licenciado en Medicina y Cirugía por Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid y especialista en Medicina Interna en 1982. Es Oficial Médico del Cuerpo de Sanidad del Ejército de Tierra, Teniente Coronel Médico desde 2005, Coronel Médico desde 2016, Diplomado Superior en Logística por el Ejército de Tierra, Director del Departamento de Logística (Escuela Militar de Sanidad 2003-2014) y Jefe del Servicio de Telemedicina del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla en 2014.

Es profesor honorífico de la Facultad de Medicina de Alcalá de Henares y ha impartido clases en Universidades de Madrid, Zaragoza y Barcelona, entre otras. Participó como Jefe de Hospital de Campaña de la OTAN en Herat (Afganistán en 2011).

**Dra. Ana Betegón Sanz****Teniente Coronel Médico Unidad Médica Aérea de Apoyo al Despliegue de Madrid (UMAAD-Madrid)***Mesa redonda: La sanidad militar operativa en el contexto humanitario.**Ponencia: La Sanidad Militar en los conflictos armados.*

Licenciada en Medicina y Cirugía (1984), actualmente ostenta el cargo de Teniente Coronel de la Unidad Médica Aérea de Apoyo al Despliegue en Madrid, como jefe de la Unidad. Desde 2008 a 2016 ostentó el cargo de jefe de la unidad de telemedicina como Comandante/Teniente Coronel en el Hospital General de la Defensa.

Ha intervenido en varias misiones internacionales: SPAGT (1999-2001), Libertad Duradera en Bagram en Afganistán (2002), ISAF en Herat (Afganistán; 2002, 2009, 2011, 2014), ISAF en Manas (Kirguizistán, 2007) y RSM en Herat (Afganistán, 2015).

Es docente de la Facultad de Medicina de Zaragoza, en la Cátedra de Cirugía en los seminarios "Medicina en ambientes extremos" durante los años 2013 al 2016. Asimismo, fue profesora en la Escuela de Técnicas de Seguridad, Defensa y Apoyo (ETESDA) durante el periodo 2006 y 2009.

Ha realizado cursos de carácter civiles y militares de especialización y actualización de formación y gestión sanitaria de operaciones militares.

**Dr. Juan M. Sieiro Enríquez****Teniente Coronel Médico del Cuartel General de la Flota. Rota, Cádiz***Mesa redonda: La sanidad militar operativa en el contexto humanitario.**Ponencia: La Telemedicina Militar en Misiones Humanitarias.*

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Flight Surgeon por la *Aerospace Medical School*, San Antonio TX. USA. Ha estado destinado en diversas unidades a flote y en tierra. En la actualidad, está destinado en el Estado Mayor de la Flota, siendo el Asesor Médico del Almirante de la Flota.

Ha participado en diversos ejercicios y despliegues nacionales e internacionales (EU y OTAN) como Jefe de Sanidad y como Asesor Médico de la Fuerza en Operaciones. Entre otras, Operación Sharp-Guard, Operación ALFA-CHARLIE (Huracán Mitch en Centroamérica), tres veces en la Operación Atalanta y seis despliegues en *Forward Logistics Support Sites* (FLS) multinacionales. Como observador militar de la UE, fue desplegado en Gabón para ejercicio MEDFLAG en el año 2007.

Ha realizado cursos civiles y militares de especialización y actualización de formación y gestión sanitaria de operaciones militares en Estados Unidos, Túnez, Bélgica y Alemania.

**Dr. Pedro J. Gil López****Teniente Coronel Médico. Jefe del Servicio de Telemedicina del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, Madrid***Mesa redonda: La sanidad militar operativa en el contexto humanitario.**Ponencia: La Telemedicina Militar Española en la Cooperación Internacional.*

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid en 1990, con la doble especialidad de Alergología y Medicina Familiar y Comunitaria. Cursó el Doctorado en Inmunología Médica obteniendo el reconocimiento de Suficiencia Investigadora.

Entre 1992-1994, fue secretario de la Comisión Nacional de Alergología y representante MIR en dicha Comisión. En 1996, superó el concurso-oposición al Cuerpo Militar de Sanidad y, desde el 2003 hasta el 2011, ha sido profesor titular del Departamento de Medicina y Coordinador de especialidades médicas de la Escuela Militar de Sanidad, así como de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Siendo actualmente Jefe del Servicio de Telemedicina del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

Ha intervenido en varias misiones internacionales: en Bosnia - Herzegovina como Jefe de Sanidad de la Base española en Dracevo, o en Afganistán Hospitales militares de campaña, en otras. Dentro de su actividad científica, ha realizado publicaciones en revistas internacional y nacionales, ha realizado intervenciones en Congresos internacionales y nacionales.

**Dña. Yolanda López Bailón****Directora Técnica de la Fundación para la Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial***La cooperación internacional para el desarrollo, intervención en emergencias y ayuda humanitaria desde la Organización Médica Colegial.*

Es Licenciada en Psicología por la Universidad Pontificia de Comillas, donde también cursó su formación de Postgrado Máster en Cooperación Internacional para el Desarrollo y Ayuda Humanitaria. Tiene más de diez años de experiencia en el sector de la cooperación internacional para el desarrollo y la intervención humanitaria desde: organismos internacionales, como la Sede de las Naciones Unidas de Nueva York donde ha trabajado en la División de Desarrollo Sostenible del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DESA) y en la Unidad de Enseñanza Global y Proyectos de Aprendizaje del Departamento de Información Pública (DPI); y desde organismos gubernamentales como la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, perteneciente al Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación (MAEC-AECID), más concretamente en la Embajada de España en Bogotá (Colombia).

Asimismo, ha desarrollado gran parte de su labor en organizaciones no gubernamentales y fundaciones como Unicef - Comité Español, Ayuda en Acción y la Fundación Codespa y, como voluntaria, en Oxfam Internacional y Cruz Roja Española, entre otras.

**Dr. Santiago Coca Menchero****Inspector general de Sanidad Militar***Clausura*

Es licenciado en Medicina y Cirugía, y especialista en Anatomía Patológica. Ha ejercido como profesor de Anatomía Patológica en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, siendo desde 2010 Catedrático de Anatomía Patológica de la Universidad de Alcalá (Madrid).

El General Coca Menchero obtuvo el empleo de teniente en 1977 y ascendió al empleo de General de Brigada Médico en noviembre de 2012 y fue designado director del Hospital Central de la Defensa hasta el año 2015. Desde el 2015 es el Inspector General de Sanidad de la Defensa.

La Inspección General de Sanidad es el órgano al que le corresponde la planificación y desarrollo de la política sanitaria del Ministerio de Defensa.

Ha estado destinado en el Instituto de Medicina Clínica Aeronáutica, en el Hospital de Sanidad del Ejército del Aire y en el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

Está en posesión de numerosas condecoraciones civiles y militares, entre otras la Cruz al Mérito Policial con distintivo rojo o la Gran Cruz del Mérito Aeronáutico.

Además, obtuvo el premio de investigación de la Fundación Universitaria “Marquesa de Pelayo”.



D. Miguel Ángel Revilla
Presidente de la Comunidad Autónoma de Cantabria
Clausura

Presidente del Grupo Parlamentario Regionalista. Miembro de la Comisión de Economía, Hacienda y Empleo y miembro de la Diputación Permanente. Nació en Polaciones el 23/01/1943. Licenciado en Ciencias Económicas y diplomado en Banca y Bolsa. A nivel profesional, ha sido director de banco, profesor de Estructura Económica en la Escuela Superior de Dirección de Empresas de Santander y profesor de Política Económica y Hacienda Pública de la Universidad de Cantabria. Fundador de ADIC y del Partido Regionalista de Cantabria. Diputado Regional desde 1983.

Fue Presidente del Gobierno de Cantabria entre 2003 y 2011 y Vicepresidente y Consejero de Obras Públicas, Vivienda y Urbanismo de 1995 a 2003. Secretario general del PRC desde 1988.

D. Fernando García Casas
Secretario de Estado de Cooperación Internacional y para Iberoamérica
Clausura



Nacido en 1957 en Madrid, es licenciado en Derecho y en Filosofía y Letras; posee el Certificado de Altos Estudios Europeos por el Colegio de Europa (Brujas) y es *Master of Arts* por la *Fletcher School of Law and Diplomacy* de Boston. Ingresó en la Carrera Diplomática en 1983 y ha estado destinado en las representaciones diplomáticas españolas ante el Consejo de Europa (Estrasburgo), Israel y Naciones Unidas en Ginebra. Fue vocal asesor del Departamento Internacional del Gabinete de la Presidencia del Gobierno.

En mayo de 2000, fue nombrado director del Departamento de Estudios y Relaciones Informativas del Ministerio de la Presidencia, y en 2002 pasó a ocupar el puesto de responsable de Planificación y Comunicación en la Secretaría de Cooperación Iberoamericana, organismo en el que en 2005 fue nombrado director adjunto del Gabinete del secretario General Iberoamericano.



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

Rueda de prensa

OMC 

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

Rueda de Prensa



Dr. Tomás Cobo Castro. Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Cantabria.

Dr. Fernando de la Torre. Responsable de la Oficina de Cooperación del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Cantabria.

D. Jorge Gutiérrez. Director General de Juventud y Cooperación al Desarrollo del Gobierno de Cantabria.

Dr. Juan José Rodríguez Sendín. Presidente de la Fundación para la Cooperación Internacional de la OMC.

Dña. Yolanda López Bailón. Directora Técnica de la Fundación.

Dr. Pascual Caballero. Profesional médico Médicos sin Fronteras.



OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

Entrevistas

OMC 

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

Entrevistas

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



Dr. Caballero, MSF: “Los campos de refugiados no son la mejor manera de gestionar una crisis humanitaria”

Unos 275.000 refugiados viven en el mayor campo de refugiados del mundo en Dadaab, Kenia, expuestos a hambrunas, epidemias y con carencias de servicios básicos. Esta situación se ha visto agravada con la decisión del Gobierno de cerrar este campo, obligándoles a retornar a zonas de conflicto en Somalia, un país desgarrado por la guerra y con un sistema de salud totalmente insuficiente. Para el Dr. Pascual Caballero, pediatra de Médicos sin Fronteras, “los campos de refugiados no son la mejor manera de gestionar una crisis humanitaria”

El Dr. Pascual Caballero, pediatra de Médicos sin Fronteras participará en el II Congreso de Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (OMC), este jueves y viernes, 26 y 27 de enero en Santander, para hablar de la realidad de la atención sanitaria en el mayor campo de refugiados del mundo Dadaab, Kenia.

Según cuenta en esta entrevista, en los campamentos de refugiados los servicios sanitarios se organizan para prevenir, minimizar y paliar los numerosos problemas que la carencia de servicios básicos genera en la población somalí.

Este encuentro, organizado por la Fundación para la Cooperación Internacional de la OMC (FCOMCI) y el Colegio de Médicos de Cantabria, supone para el experto una oportunidad de “testimoniar ante el colectivo médico y la ciudadanía española la realidad de poblaciones totalmente abandonadas a su suerte tras guerras y catástrofes naturales”.

-¿Cómo es la situación actual en Dadaab, Kenia, el mayor campo de refugiados del mundo?

El Gobierno de Kenia ha decidido de manera unilateral el cierre definitivo de los campamentos en Mayo de 2017, aduciendo motivos de seguridad nacional; con esta circunstancia, 275.000 refugiados se ven forzados a retornar a zonas de conflicto en Somalia, un país desgarrado por la guerra y con un mínimo acceso a la vital asistencia médica y humanitaria.

- ¿Y la de la población infantil?

Los niños, son el colectivo más numeroso y a la vez más vulnerable, junto a las mujeres embarazadas y los ancianos. Enviarlos a Somalia supondría exponerles a inseguridad alimentaria, ausencia de vacunas, violencia física y sexual, con un sistema de salud totalmente insuficiente para cubrir sus necesidades.

-¿Cómo es la atención sanitaria de los refugiados?

La ONU declaró recientemente que cinco millones de personas están en riesgo de hambruna en Somalia. La vacunación contra enfermedades prevenibles es muy deficitaria, un indicio que revela un sistema de salud desgarrado durante más de dos décadas de guerra y donde incluso la atención médica básica es prácticamente inexistente.

Las mujeres embarazadas, sus hijos, las personas con enfermedades crónicas, los pacientes que reciben atención en salud mental, todos están en riesgo ante un posible regreso a zonas de conflicto.

En los campamentos de refugiados los servicios sanitarios se organizan para prevenir, minimizar y paliar los numerosos problemas que la carencia de servicios básicos genera en la población somalí.

-¿Cuáles son las necesidades sanitarias más frecuentes? ¿Y las enfermedades más comunes?

A lo largo de 25 años, Dadaab ha sufrido diversas emergencias: crisis de malnutrición, sequías e inundaciones, epidemias (sarampión, cólera, Fiebre del Rift Valley, hepatitis), casos de poliomielitis importados de Somalia, y recientemente un aumento de los casos de violencia sexual.

De manera continua la población presenta malnutrición crónica y aguda, anemias y enfermedades carenciales, infecciones respiratorias (neumonías),

diarrea y otros cuadros gastrointestinales, parasitosis intestinales y cutáneas, patología de la embarazada y el parto (pre-eclampsia, hemorragias, distocias), tuberculosis, HIV, problemas de salud mental, y enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, epilepsia y asma.

-¿Cuál es la intervención que está haciendo MSF en el terreno? ¿Qué apoyos recibe por parte de ONG o instituciones locales para mejorar la situación de las personas desplazadas?

En los campamentos de refugiados de Dadaab (Kenia) el personal de Médicos Sin Fronteras está trabajando en un hospital de 100 camas dentro del campo de Dagahaley y en dos puestos de salud, proporcionando consultas médicas para pacientes externos y servicios de salud mental, cirugías, planificación familiar, atención prenatal, diabetes, hipertensión, VIH y tuberculosis.

En total, durante 2015, nuestros equipos realizaron 182.351 consultas para pacientes externos e ingresaron a 11.560 pacientes en el hospital (estadísticas globales de 2016 en recuento y análisis). Además nos coordinamos con otras organizaciones para asegurar el acceso al agua potable, garantizar saneamiento, proveer vacunas, prevenir y tratar la malnutrición, vigilar la aparición de posibles epidemias, ofrecer refugio y utensilios básicos para la supervivencia, y en definitiva ofrecer la mejor asistencia médica posible en un contexto semidesértico tan difícil y aislado como es la frontera Kenia-Somalia.

A nivel externo, hemos publicado el informe 'De Dadaab a Somalia: empujados hacia el peligro' y en el que instamos al Gobierno de Kenia y al Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), con el apoyo de los países donantes, a considerar con urgencia otras alternativas de reasentamiento de los refugiados somalíes.

-¿Cuál es la labor de los médicos cooperantes? ¿Cree que es necesario formar a este colectivo que trabaja en los campos de refugiados para el diagnóstico adecuado?

En cualquier centro de atención sanitaria, incluso aquellos en países desarrollados con espectaculares avances tecnológicos, los resultados están íntimamente ligados a la capacidad de los recursos humanos. En un contexto como Dadaab, con carencias en medios diagnósticos y recursos terapéuticos limitados, esta dependencia del escaso personal médico y paramédico es aún mayor, por lo que su formación es fundamental para ofrecer la mejor respuesta posible a la gran diversidad y severidad de enfermedades que los refugiados presentan, muchísimas veces de forma ambulatoria, y sin posibilidades de revisión frecuente.

-¿Cómo está siendo la respuesta por parte de las instituciones locales, de las autoridades y de la población?

Los campos de refugiados no son la mejor manera de gestionar una crisis humanitaria que se prolonga ya 25 años, pero la decisión unilateral del gobierno keniano de cerrarlos ahora sin ofrecer otras soluciones duraderas empuja a los refugiados a volver de nuevo a una zona de conflicto, donde la atención médica se encuentra peligrosamente ausente.

El 86% de los refugiados encuestados recientemente en Dadaab no quiere volver a Somalia. El temor de las personas en torno a la inseguridad que se vive en ese país es elevado, y la mayoría – hombres y mujeres – asegura que el riesgo de violencia sexual es muy alto.

Esta decisión de forzar el regreso a Somalia es otra mancha en la protección de los refugiados a nivel mundial, donde de nuevo vemos el fracaso total en la prestación de refugio seguro para las personas que están en peligro.

-¿Qué medidas consideran que se podía realizar para poner fin esta situación?

Deben evaluarse de forma urgente soluciones a largo plazo, como la instalación de campos más pequeños en Kenia, el aumento del reasentamiento en terceros países, o la integración de los refugiados en las comunidades kenianas.

Además, desde MSF estamos haciendo un llamamiento a la comunidad internacional para compartir la responsabilidad con el Gobierno de Kenia. La financiación de los países donantes debe ser destinada a proporcionar asistencia sostenible en el país de refugio, no para apoyar lo que será un regreso forzoso a una zona de guerra.

-¿En qué medida cree que la celebración de Congresos de Cooperación como éste en el que participa sirve para alzar la voz y denunciar estas situaciones? ¿Qué papel juegan los profesionales sanitarios en este asunto?

Desde Médicos Sin Fronteras queremos agradecer a la OMC la posibilidad que nos ofrece de ser la voz de los que no tienen voz, y poder testimoniar ante el colectivo médico y la ciudadanía española la realidad de poblaciones totalmente abandonadas a su suerte tras guerras y catástrofes naturales.

Además de prestar asistencia médica, los profesionales sanitarios debemos testimoniar y denunciar estas lamentables situaciones para promover reacciones globales de la sociedad civil y recordar la

responsabilidad de gobiernos y entidades internacionales capaces de evitar, minimizar incluso detener los conflictos armados que originan flujos migratorios, así como para responder adecuadamente a corto y largo plazo a las necesidades de las poblaciones desplazadas.



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



Dr. Velasco, asesor de la OMS: “Las enfermedades olvidadas se investigan más cuando se hacen mediáticas porque tienen poco atractivo económico”

La malaria o el chagas son denominadas “enfermedades olvidadas” porque tienen gran impacto sobre la salud de las personas y las sociedades que las padecen y sin embargo se hace muy poca investigación sobre ellas debido a que tienen poco atractivo económico, hasta que salen de sus zonas autóctonas y se hacen mediáticas, despertando así el interés de la comunidad internacional. Así lo pone de manifiesto, en esta entrevista, el Dr. César Velasco Muñoz, médico español que con sólo 30 años compagina su profesión de subdirector asistencial del Hospital Universitario Vall d’Hebrón de Barcelona con su labor voluntaria como miembro del panel de asesores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la vacuna e inmunización frente al virus del Ébola

Dr. César Velasco, miembro del panel de asesores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la vacuna e inmunización frente al virus del Ébola Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, el Dr. César Velasco Muñoz ha sido elegido por la revista Forbes como uno de los jóvenes menores de 30 años más influyentes de Europa en la categoría ciencia y salud. Ha trabajado en numerosas organizaciones internacionales, entre ellas el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC), el Hospital Clínic de Barcelona y es miembro del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE) de la OMS sobre la vacuna e inmunización frente a la epidemia del Ébola, en el que participan 10 personas, desinteresadamente y que han viajado a Sierra Leona.

Participará en el II Congreso de Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (OMC), los días 26 y 27 de enero en Santander, organizado por su Fundación para la Cooperación Internacional (FCOMCI) y el Colegio de Médicos de Cantabria para hablar sobre los retos de la salud global y en concreto las enfermedades olvidadas

Según cuenta en esta entrevista, aboga por difundir el conocimiento de las “enfermedades olvidadas” entre los profesionales sanitarios como herramienta para que tomen conciencia. “El mero hecho de que conozcan el impacto que tienen hace que sean más conscientes y que las oportunidades de mejora y curación sean más factibles”, asegura.

Sobre lo ocurrido con el Ébola pone en relieve "la amalgama de esfuerzos y preocupación internacional por encontrar una herramienta que tuviera el valor añadido de la prevención y control de esta enfermedad " que ha logrado conseguir una vacuna que sea eficaz.

Como especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y desde su experiencia con el Ébola. ¿Cuáles son los mayores retos a los que se enfrenta la salud global actualmente?

La salud global se enfrenta a muchos retos, unos son nuevos, otros ya conocidos hace tiempo, como son las crisis migratorias, los desplazamientos de personas, el calentamiento global, las enfermedades reemergentes y emergentes. También enfermedades que ya conocíamos pero que no tenían un impacto tan grande en la población, y ahora tienen mayor impacto, o que no conocíamos y se conocen ahora. La superpoblación, la contaminación, el calentamiento global y las crisis económicas también tienen un impacto en la salud de las personas.

De estos retos cada vez se conoce más el impacto que tienen sobre la salud. Lo importante es trabajar en ellos a nivel global.

-¿A qué se denominan enfermedades olvidadas? ¿Cuáles estarían dentro de este grupo? ¿En qué países predominan?

Enfermedades olvidadas hay muchas. Se denomina a las patologías que tienen un gran impacto en la población pero que al mismo tiempo su tratamiento y diagnóstico no están muy desarrollados. Muchas de ellas generan muertes en países empobrecidos, como la Malaria, la tuberculosis, el chagas o la lepra, frecuentes en África, Latinoamérica, Asia. Estas enfermedades, que no afectan tanto y parecen inexistentes en países ricos, tienen un gran impacto a nivel global porque afectan a la población más vulnerable. Los tratamientos son inexistentes, tienen alta toxicidad, difícil administración o son muy caros. Por eso es difícil el abordaje de estas enfermedades.

Hay diferentes clasificaciones de estas patologías. Algunas causan 35.000 muertes diariamente. También hay "enfermedades olvidadas" en poblaciones vulnerables de los países en los que nosotros vivimos.

-¿Qué tienen en común todas estas patologías?

Son enfermedades que como no tienen atractivo a nivel económico, es más difícil que se haga investigación sobre ellas. Lamentablemente han estado fuera del objetivo del colectivo internacional y de la comunidad científica. Se han hecho investigaciones pero no suficientes.

Tienen en común, además, que afectan a las personas más vulnerables y que tienen menos recursos.

-¿Qué efectos producen las enfermedades "olvidadas" en los países que las padecen?

La salud no es solo la ausencia de enfermedad. La inversión en salud tiene efectos a todos los niveles. Los países afectados por estas enfermedades además no están desarrollados a nivel industrial o nivel de derechos humanos. Por ello, cuando aparecen estas enfermedades les limita bastante a crear sociedades avanzadas.

Se llaman "olvidadas" pero también está presentes en muchos países europeos, como ocurre con el Chagas en España. ¿Cuáles otras patologías se extienden fuera de su zona autóctona? ¿Cuál es el alcance de este problema?

Cuando salen de su zona el alcance es básicamente mediático. Porque el impacto que tiene para las personas a nivel global ya es muy importante. Antes de que salgan de su zona autóctona ya son muy importantes para la vida de las personas que la padecen, en cuanto a calidad y esperanza de vida. Cuando salen de esas zonas y afectan a otros países ocurre un impacto mediático importante porque se dan a conocer y generan alarma social. Esto a veces tiene un impacto en investigación y en la comunidad internacional científica para estudiarlas.

La desnutrición es considerada por Médicos Sin Fronteras como una “enfermedad olvidada” que causa 3 millones de muertes al año en menores de 5 años de todo el mundo. El olvido de la desnutrición cuando llega a poblaciones más cercanas a nosotros desaparece y nos convierte en más realistas.

- ¿Se han desarrollado iniciativas para combatir las enfermedades “olvidadas”?

Hay muchas iniciativas y organizaciones que han empezado a investigar a nivel internacional. Cada vez más gobiernos, instituciones públicas y ONG que trabajan en cooperación para el desarrollo dedican dinero para investigación. La Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) dedica bastante dinero a investigación, también. Compañías destinan dinero a investigar nuevos tratamientos.

¿Qué papel juegan los profesionales sanitarios?

Para que las personas sean conscientes de los problemas que existen lo primero que hay que hacer es conocerlos. Siempre he abogado por el conocimiento como una herramienta de responsabilidad social. Si todos los profesionales sanitarios a diferentes niveles conocen las “enfermedades olvidadas” que afectan a su entorno más cercano y a los países en desarrollo. El mero hecho de que conozcan el impacto que tienen hace que sean más conscientes y que las oportunidades de mejora y curación sean más factibles.

Cuando no conocemos un problema es imposible que detectemos medidas e ideas para afrontarlos.

Hay muchos profesionales que combinan su labor asistencial con la investigación. Otros contribuyen haciendo cooperación de manera puntual a lo largo del año. O personas que trabajan con ONG frecuentemente.

-Como miembro del panel de asesores de la OMS en su actuación con la epidemia del Ébola. ¿En qué situación se encuentra esta epidemia? ¿Cómo, a su juicio, se ha abordado desde sus inicios? ¿Qué lecciones se sacan de lo ocurrido?

En el panel de expertos seguimos trabajando. Han salido resultados de la primera vacuna más desarrollada. Quedan muchas vacunas todavía por reportar resultados finales. Pero, en definitiva, los resultados son muy prometedores y esta vacuna saldrá fuera del ensayo clínico pronto. El proceso de desarrollo de esta vacuna ha sido paradigmático y acelerado. Ha sido gracias a la cooperación internacional entre entidades públicas, privadas, gobiernos. La amalgama de esfuerzos y preocupación internacional por encontrar una herramienta que tuviera el valor añadido de la prevención y control de esta enfermedad ha hecho que funcione.

Lo que ha ocurrido con el Ébola es un caso de estudio importante. Se ve como el impacto mediático

de las “enfermedades olvidadas” tiene una respuesta después a nivel de búsqueda de financiación y de apoyo. Hay que estudiar la interacción de los medios de comunicación con la respuesta de una enfermedad.

Desde el panel de asesores de la OMS damos recomendaciones basadas en la evidencia.

La situación del ébola está bastante controlada a nivel mundial aunque los brotes son anuales y se espera que hayan nuevos brotes que puedan ser controlados con esta vacuna que ha resultado ser efectiva.

Nos tenemos que acostumbrar a salir de ese círculo de comodidad que tenemos y dejar de ver las “enfermedades olvidadas” desde una ventana y salir un poco más de nuestro entorno y verlo, no sólo de nuestro país sino en él que son enfermedades que afectan a colectivos vulnerables muy cerca nuestra como con los refugiados.

La obesidad o el tabaquismo están en riesgo de convertirse en enfermedades olvidadas. Tenemos que hacer el esfuerzo a algunos niveles y saber el verdadero impacto que tienen sobre la salud de las personas.



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



Dr. Fernando de la Torre: “Los Colegios de Médicos deben velar y certificar la idoneidad técnica de los médicos cooperantes”

El nuevo responsable de la Oficina de Cooperación del Colegio de Médicos de Cantabria, el Dr. Fernando de la Torre, compagina su profesión de especialista en Cirugía General y Pulmonar con su labor de cooperante, viajando todos los años a Argelia para trabajar en los campos de refugiados saharauis en Tindouf. En esta entrevista, pone en valor el trabajo de “los Colegios de Médicos para “velar y certificar la idoneidad técnica de los médicos cooperantes” y celebra la organización de encuentros como el II Congreso de Cooperación Internacional de la OMC

“para dar a conocer figuras de médicos de cooperantes que arriesgan sus vidas” y “que su ponen un ejemplo”

Nombrado Cooperante Europeo en representación de la Comunidad Autónoma de Cantabria por la Comisión Europea y la Oficina de Información del Parlamento Europeo en España, el Dr. Fernando de la Torre aparte de intervenir en operaciones de cirugía general en niños y adultos en Tindouf, ha llevado equipos de especialistas para operaciones oftalmológicas, ha colaborado en la formación de especialistas locales y ha conseguido el material médico necesario para el campamento.

En cuanto a los retos de la cooperación, considera el más importante, la “concienciación de todos los que vivimos en países desarrollados” para obligar, según explica, “a nuestros políticos a coordinar medidas de ayuda universal que eviten los éxodos de las poblaciones, debidos a las guerras y al hambre”.

Como anfitrión del II Congreso de Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (OMC), organizado por su Fundación para la Cooperación Internacional (FCOMCI) y la institución colegial, y que tiene lugar en Santander, los días 26 y 27 de enero, asegura que este Congreso tiene un valor inestimable “para difundir y animar a los demás a cooperar”.

La Oficina de Cooperación del Colegio de Médicos de Cantabria se puso en marcha en septiembre de 2013, con el objetivo de dar asistencia a los profesionales médicos de Cantabria. ¿Cómo surgió la idea de crear una Oficina de Cooperación Internacional en el Colegio de Médicos de Cantabria?

La idea de crear una Oficina de Cooperación Internacional en el Colegio de Médicos de Cantabria surge a consecuencia del interés que este Colegio viene demostrando con su colaboración, desde muchos años atrás, en programas de ayuda a poblaciones de refugiados e inmersas en la pobreza en temas de Sanidad.

-¿Qué objetivos persigue esta Oficina de Cooperación?

Los objetivos de esta Oficina consisten en coordinar mejor las ayudas de diferentes grupos sanitarios cántabros que ya vienen trabajando en distintos países para poder, desde el Colegio, facilitar los trámites que requieran y las acreditaciones oportunas.

-¿Qué proyectos de cooperación se hacen desde el Colegio de Médicos?

Los proyectos de cooperación desde el Colegio son dos fundamentalmente, aunque se apoya a otros. El Benin y el de Tinduf.

-¿Qué ayudas recibe un profesional médico cooperante y/o voluntario desde la corporación médica?

Las ayudas son diferentes según la organización o la ONG a la que pertenezca el cooperante. El Colegio aporta ayuda económica a nivel de trámites de viaje y documentación. Los Hospitales y centros de salud aportan materiales necesarios para llevar a cabo las operaciones y autorizan las ausencias al trabajo habitual cediendo por unos días a su personal y el Gobierno de Cantabria a través de la Dirección General de Cooperación aporta habitualmente y previa presentación de proyecto los gastos de viaje.

- En Cantabria, ¿qué dificultades se encuentra frecuentemente, un profesional sanitario desde las Administraciones Públicas, a la hora de participar en un programa de cooperación/intervención humanitaria?

En Cantabria, aun cuando no puedo determinar todos los casos, creo que no existen grandes problemas con la Administración, siempre y cuando se justifique debidamente los proyectos.

-¿Cuál cree que es el papel de los Colegios de Médicos en este ámbito?

pino que los Colegios de Médicos deben velar y certificar la idoneidad técnica de los médicos cooperantes ante las poblaciones a las que se va a asistir. Así como ayudar a formalizar las posibles dificultades administrativas que puedan presentarse, que suele ser la mayor demanda que presentan los cooperantes.

- Como cooperante europeo por Cantabria en la campaña de ayuda al desarrollo. ¿Cuáles son los mayores retos que tiene la cooperación actualmente?

Los retos de la cooperación son muy diversos. Posiblemente, el más importante sea la concienciación auténtica, a través de los medios, de todos los que vivimos en países desarrollados para obligar a nuestros políticos a coordinar medidas de ayuda universal que eviten los éxodos de las poblaciones, debidos a las guerras y al hambre.

-¿En qué medida considera que el II Congreso de Cooperación Internacional de la OMC, que tiene lugar en Santander, pone en valor la figura del médico cooperante y/o voluntario?

El II Congreso de Cooperación Internacional que tendrá lugar en Santander tiene, como el primero que se hizo en Granada, un valor inestimable dando a conocer las figuras y las experiencias de tantos cooperantes internacionales que están arriesgando sus vidas en distintos países y que deben ser un ejemplo para los demás. El objetivo, además de la difusión de lo que ya se realiza es, siguiendo el ejemplo de los anteriores, invitar a muchos más a cooperar.

-¿Cómo valoraría el trabajo que está desarrollando la Fundación para la Cooperación Internacional de la OMC (FCOMCI) en relación con la cooperación para el desarrollo y la emergencia humanitaria, junto con los Colegios Médicos?

El trabajo que la FCOMCI está desarrollando en colaboración con los Colegios Médicos tiene una relevancia extraordinaria, aunque todas las medidas que actualmente se llevan a cabo siguen siendo insuficientes dada la magnitud del problema a nivel mundial.



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



Dr. Tomás Cobo: “El médico cooperante está tocado por el don de la ejemplaridad”

El Dr. Cobo, médico cooperante, será el anfitrión de una cita que congregará en el Palacio de la Magdalena los días 26 y 27 de enero de 2017 a más de 250 profesionales sanitarios.

En esta entrevista explica que lo más destacado es que durante dos días Santander tendrá a personas que han entregado su vida a los demás. “Gente que cada día de su existencia se ha entregado al prójimo en situaciones paupérrimas y catastróficas”, destaca.

¿Cuáles son los principales objetivos del II Congreso de Cooperación Internacional de la

OMC?

El objetivo del congreso de Cooperación es el que consigamos aunar en el Congreso el ámbito profesional que trabaja en cooperación. fundamentalmente profesionales médicos pero lo que estamos intentando hacer es ampliarlo, de hecho esta vez vienen organizaciones como bomberos sin Fronteras, Aviadores sin Fronteras y agrupamos a las organizaciones más importantes Cruz Roja, Medicosmundi, Médicos del Mundo y Médicos sin Fronteras.

La idea del Congreso es que desde el punto de vista profesional aparezca un Congreso de Cooperación Internacional en el que todos podamos participar y que tenga un enfoque de profesionalidad y que al tiempo sirva para vehicular el entusiasmo de los chavales o de los médicos que quieren en un momento determinado a ir a una misión al terreno en países en desarrollo y en el Congreso van a tener la oportunidad de charlar con gente que está trabajando en el terreno y con otros que han estado o estarán en cooperación.

Este año tenemos la novedad que hay una mesa específica de cooperación militar que nos van a exponer lo que hacen ellos en las misiones, y luego tenemos la mesa de las enfermedades olvidadas, otra de la salud en los campamentos de refugiados y la otra es la violencia en el ámbito del desarrollo de la medicina en situaciones de conflicto.

Y la oportunidad de conocer a gente que está ahí pero no de manera puntual como somos los cooperantes, sino que está allí de manera perpetuamente que es el caso de Pascual Caballero, pediatra de MSF, que lleva toda la vida trabajando en campamentos en zonas de mayor conflicto y de Florencio, el director de hospital.

Hemos puesto mucha ilusión en hacer el congreso, pero no es lo más importante, lo más importante es que en el Congreso van a tener la oportunidad de tratar con gente que ha dedicado su vida a los demás en países en desarrollo pero en situaciones de absolutas catástrofes jugándose la vida cada día. Florencio que se juega la vida muchas veces por salvar la vida a chiquitines y sacarles de un entorno en el que los habrían podido matar. Y Pascual Caballero está en mitad de campos de

refugiados en los que hay mucha violencia en el entorno. No solamente es gente que dedica su conocimiento profesional a curar y ayudar a los demás sino que además se juegan la vida por salvar otras vidas sin ninguna duda, la prueba es que mucho de ellos mueren. El congreso va a aunar a personas que han sido tocadas con el don de la ejemplaridad que marcan de alguna a los demás el camino que hay que seguir. Esta es la clave del Congreso.

Como médico cooperante en países como Benín y Sáhara Occidental, ¿cómo definiría usted la labor de un médico en cooperación? ¿Cuáles son los mayores retos a los que se enfrenta?

La diferencia es entre los médicos cooperantes y los voluntarios. Los cooperantes se mantienen más tiempo en acción en el terreno y los médicos voluntarios de alguna manera hacemos una misión quirúrgica puntual y luego regresamos. Y en el tema del cooperante pues depende del proyecto en desarrollo que vayan a hacer y de donde estén y como ir. El tema de médicos voluntarios es gente que profesionalmente trabaja en el ámbito que le toque trabajar en el hospital en su ciudad pero que tiene la curiosidad o el empuje o la vocación de ir a países en desarrollo y echar una mano durante un tiempo determinado. Que es de alguna forma a los que la OMC, a través de la Fundación cubre, ayuda y vehiculiza el entusiasmo de ir a misiones que ya están en desarrollo y si se puede adaptar en programas que están en marcha desde muchas años e ir de manera puntual.

Es importante entender que la labor que se hace allí es muy dura durante el tiempo que se va, generalmente se va dos semanas o tres o un mes, no es la calve no es la esencia. El hecho de ir allí no es lo más importante, ni siquiera es importante cuando establecemos programas de colaboración, nosotros tenemos programas de becas para que vengan médicos balineses dos veces al año, les traemos y se pasan un mes en Santander en los hospitales, pero eso tampoco es lo más importante. Lo más importante del efecto de que nosotros vayamos allí y de que ellos puedan venir aquí es que facilita al director médico. Pero eso se puede trasladar a toda África, facilita a los directores médicos de sus hospitales la captación de médicos para que trabajen en ése hospital. Porque en la oferta de empleo que va a hacer a esos médicos africanos que van a tener que trabajar en el hospital 30 días de guardia de 30 días que tiene el mes, lo que les ofrece es que el trabajo va a ser muy duro pero vas a tener la oportunidad de trabajar con equipos de médicos europeos que vienen a este hospital regularmente y además una vez al año durante un mes te vas a poder ir a un hospital en Europa. Eso facilita que el director del hospital, en este caso a Florencio, pueda reclutar a médicos benineses para que se queden en ese hospital que es lo que hay que hacer. Lo que interesa es que haya médicos nativos que estén trabajando en el hospital cada día. Esta es la importancia de estos equipos voluntarios más que el puro hecho asistencial y más que el puro hecho de que ellos vengan aquí. Para aprender algo y actualizarse en un mes. Esa oferta facilita que haya médicos y empleados de manera continua.

¿Qué apoyo recibe el profesional médico que decide hacer cooperación o un voluntariado desde el Colegio de Médicos de Cantabria?

El apoyo lo recibe a través de la Fundación. El primer apoyo, el certificado de idoneidad, que dice es que eres médico y que eres especialista, si es el caso. Los voluntarios que salimos a trabajar a esos países pensamos que esos países no tienen leyes, pero tienen las mismas leyes que tiene España, necesita convalidar su título, homologarle, que está éticamente no disciplinado, que tiene todo en regla para empezar a tratar a un paciente. En este sentido el certificado de idoneidad te valida tu titulación durante el tiempo que vayas a trabajar. El primer paso para lo que sirve el Colegio para los médicos que se van fuera, el certificado de idoneidad.

Segundo paso, el explorar a qué misión vas y qué es lo que vas a hacer y a qué país vas, contrastar si ese proyecto al que ese médico voluntario va a ir realmente es eficiente, se viene haciendo durante

tanto tiempo, quienes participan y proporcionar ofertas de empleo en ese sentido para aquel que tenga la inquietud pues ponerle en contacto con ONG que desarrollen un papel en el terreno. La Fundación tiene un proyecto en el terreno, que es el de los médicos saharauis que les estamos trayendo aquí pero hay una baraja amplia de oferta de empleo de las demás ONG, como MSF o Medicosmundi.

Lo tercero el seguro de viaje. El seguro de responsabilidad profesional, con el certificado de idoneidad, algunas compañías (de seguros) nos cubre el tiempo que estuviésemos allí, si ocurriera un incidente crítico que alguien pudiera demandar eso también se cubre.

Y por últimos el Registro de Profesionales Cooperantes. Lo que hay que huir de estas cosas es el turismo sanitario, que llaman diciendo que puedes ir a un sitio y realmente no puedes hacer nada. Por ejemplo, un traumatólogo que se vaya a Tanguiéta si no avisa de que va a ir, posiblemente en los primeros días no tenga ni pacientes porque tienen que venir de punto muy lejanos y en los últimos días no puedes operar porque no puedes dejar a un paciente en el postoperatorio y resulta que te quedan para operar dos días, eso es ineficiencia. Lo que organiza la Fundación es que todos estos programas que se hagan sean eficientes, porque cuando vas a un país como África te tienes que vacunar, pasar riesgos de seguridad física y química en cuanto a que te puedes contagiar.

Y en su comunidad autónoma, ¿tiene facilidades a la hora de solicitar permisos?

En Cantabria hay dos misiones prioritarias, el Gobierno de Cantabria y el Colegio de Cantabria participan activamente, que son las que tenemos en Benin, en Tanguiéta, en la provincia de Takora y otra que realizamos en los campos de refugiados saharauis. Ambas tiene más de 20 años. Una es una misión puramente quirúrgica destinada a cirugía general en alguna ocasión hemos utilizado cirugía pediátrica y en algunas ocasiones hemos empleado Ginecología.

Y la otra, en Benin, que es una misión fundamentalmente oftalmológica y de cirugía plástica. Son equipos de unas ocho personas, cirujanos, anestesistas, enfermeras y en esas participa activamente el colegio. Ahora estamos tratando de desarrollar una última que es en Lamo, Kenia y de hecho la cena solidaria de este año la hacemos por la Fundación Pablo Hossman.

¿En cuanto a permisos para cooperantes y voluntarios?

Hemos evolucionando a lo largo de los años, tradicionalmente lo que sucedía es que nos teníamos que coger días sin sueldo. No había ninguna contemplación por parte de la Administración. Eso ha evolucionado y en 2011 coincidiendo con nuestra primera Junta empezamos a tener conversaciones con la Administración, con el Gobierno del PP de Cantabria y nos empezaron a conceder la mitad de los días siempre que el proyecto estuviera contrastado. Eso ha seguido progresando y junto con MSF, la Fundación consigue:

- 1.- Que se apruebe la Ley del voluntariado en diciembre de 2015, Ley que se va a desarrollar en cada una de las autonomías. En Cantabria lo que se ha conseguido es mantener que al menos la mitad de los días sea cubierto por la Administración
- 2.- Que se cree una Comisión Interna de Cooperación dentro de la Consejería de Sanidad que la conforman la consejera, la directora general de Ordenación Sanitaria para que ellos tengan el conocimiento que facultativos, enfermeras, personal sanitario de la Consejería de Salud van a participar a qué misiones, y de qué manera se les puede ayudar.
- 3.- Y lo que hemos conseguido, que es esencial, es que el tiempo que se dedique a estar en cooperación y voluntariado cuente exactamente lo mismo que el tiempo que dediquemos

trabajando en el servicio cántabro. Yo sería partidario de que contara más porque es alguien que se va a jugar la vida fuera.

Eso va a contar en la orden de convocatoria de las OPE y va a contar también en el acuerdo de contratación del Gobierno de Cantabria. El tema de cooperación va a contar exactamente igual que si estuvieras trabajando en el servicio cántabro de salud. Eso va más con los cooperantes que los voluntarios.

¿Qué es lo que más demandan los profesionales que deciden trabajar en cooperación internacional?

Los días. Enfocar a dónde vas a ir, generalmente son grupos muy cerrados, entonces tienes que acceder a las personas para ver si te dejan ir con ellos o no te dejan ir con ellos. La Fundación lo que ofrece es un abanico más amplio con ofertas de empleo más amplias en función de sus características profesionales elegir a dónde quieres ir o por lo menos presentarte a la plaza y contrastar.

¿Qué acciones se pueden hacer para dar a conocer y denunciar esta situación? ¿Considera que este congreso es un espacio idóneo para hacerlo?

Definitivamente. El congreso lo que tiene que hacer es sensibilizar a la gente, en la medidas que podamos con la potencia que podamos. La declaración de Granada tuvo trascendencia pero desde entonces, que fue hace dos años hasta ahora, con la crisis del Mediterráneo seguimos recibiendo unos 14.000 refugiados. Se comprometió el Gobierno de España a recibir y han debido de venir 150 -300. Además, el tema de los refugiados no es un tema de los inmigrantes, son derechos humanos y la soluciones que dieron fue poner las verjas cada vez provisionalmente más alta. El refugiado es alguien que huye de una vida normal a refugiarse. Resulta que la mayoría de los derechos humanos no se cumplen cada día, cada segundo. Y ahora con el tema de los bombardeos a los hospitales ha hecho que se salten absolutamente todas las normas pero ya no que se salten las normas, los hospitales son objetivo militar.

El papel del médico es sensibilizar, dar a conocer lo que está pasando.

¿Cómo valoraría la labor que hace la Fundación para la Cooperación Internacional de la OMC de apoyo al colectivo médico cooperante y voluntario?

Muy buena. La Fundación que es muy joven, en cuatro años ha conseguido muchas cosas, y yo creo que la clave de la Fundación es imbricarse con las organizaciones no gubernamentales que llevan trabajando durante muchísimos años. Hay que profesionalizar desde la OMC las actividades en la cooperación y dar cobertura a todo ese abanico de profesionales que quieren ir. Creo que la Fundación ha avanzado muchísimo y sobre todo trabajar en conjunto y colaborar o enérgicamente de la potencia de Cruz Roja Internacional, MSF, Médicos del Mundo y Medicusmundi.

De hecho somos una plataforma de empleo, esas organizaciones necesitan médicos para que vayan a trabajar a esos sitios, y cuelgan las informaciones de todas sus ofertas de empleo en nuestra página. Además de tener el Registro de cooperantes en España, quién va a cooperar, donde qué es lo que hace y qué experiencia que tiene.

Y luego tiene la labor de sensibilización, que la gente se entere, que estas cosas pasan cada día. Estamos en este sentido anestesiados contra la catástrofe y el sufrimiento y hay que pensar que las personas que hay ahí son exactamente igual que nosotros con las mismas emociones, con las mismas necesidades físicas de comer y con las mismas necesidades psíquicas de afecto, emocionales y con la misma esperanza de poder, en algún momento determinado, desarrollar su vida, pero no

pueden estar en un limbo sin saber a dónde van a ir. Gente que hace pocos años vivían en un país con unas características políticas, las que sean y se han quedado sin nada, no solo sin casa, sino sin país. Yo creo que a nosotros después de la guerra civil nos trataron mejor en las playas de Francia a los republicanos que nosotros estamos tratándoles a ellos.

El comportamiento que hemos tenido con los refugiados en España que tradicionalmente ha sido un país de acogida, ha sido muy malo. Independientemente de los acuerdos que hayan llegado en Europa que alguien tenía que haber tomado una decisión, no solamente poner un cartel de "refugees welcome", sino hacer algo activo. Si es que 9.000 personas caben en un camping.

En su opinión como patrono de la FCOMCI, ¿qué retos tiene la Fundación por trabajar?

El reto fundamental es mantenernos en la línea que nos estamos manteniendo y luego conseguir que el Congreso de Cooperación se convierta en el foro, referente de cooperación internacional de las profesiones sanitarias en España.



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



Presidente Medicusmundi Internacional: “En el mundo se destina a armamento 10 veces más dinero que a cooperación”

El Dr. Carlos Mediano, médico cooperante en sitios como Camerún o Kenia, y presidente de la Federación Medicusmundi Internacional, participará en el II Congreso de Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (OMC), los días 26 y 27 de enero en Santander, para hablar sobre el papel y la labor del médico cooperante, que, a su juicio, “se ve amenazada por multitud de factores externos”. Según cuenta en esta entrevista, “en el mundo se destina a

armamento 10 veces más dinero que a cooperación”

Este encuentro, organizado por la Fundación para la Cooperación Internacional de la OMC (FCOMCI) y el Colegio de Médicos de Cantabria, permitirá, para el Dr. Mediano, “visibilizar la figura del cooperante, muy reconocida socialmente, pero no tanto profesionalmente”.

El presidente de Medicusmundi Internacional ve imprescindible que “entre todos” podamos asegurar la calidad del trabajo del cooperante que se ve amenazado por multitud de factores externos, como puede ser la inseguridad, la falta de medios o la falta de reconocimiento institucional. “Es un personal –asegura- que sacrifica parte de su vida por el sueño de alcanzar una buena salud para todas las personas del planeta”.

Además, en cooperación considera la tarea “más importante” formar en todos los proyectos a los cuadros locales para que “cuando acabemos el proyecto se continúe la tarea” porque, a su juicio, la finalidad última de la cooperación “sería que ésta no fuera necesaria, y que el personal de cada zona pudiera solucionar los problemas sanitarios de su población”.

¿Cuál es el papel del médico en la cooperación internacional para el desarrollo y la intervención humanitaria?

En estos momentos el papel del personal médico en la cooperación internacional está cambiando mucho. En los años 70 y 80 lo que primaba era la asistencia directa a los enfermos en países empobrecidos en hospitales de la zona, posteriormente se empezó a trabajar más en Atención Primaria de Salud y en la coordinación de proyectos, donde la formación del personal local tenía cada vez más relevancia. En estos momentos, donde convivimos con un mundo globalizado y el derecho a la salud se presupone que es universal, debemos trabajar tanto directamente en los países más empobrecidos como en las causas que provocan la mala salud mundial, y muchas de estas causas están en nuestros propios países.

¿Qué retos afronta la cooperación internacional actualmente? ¿En qué medida los frecuentes ataques contra la asistencia sanitaria en países en conflicto han afectado a la ayuda humanitaria?

Hay que diferenciar la cooperación sanitaria al desarrollo a largo plazo y la acción humanitaria. La primera tiene como mayor reto el conseguir el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS), que es la prioridad que se ha marcado la comunidad internacional para 2030. Entre estos ODS hay uno de salud, cuyo mayor reto posiblemente sea lograr la cobertura sanitaria universal (CSU), para poder acabar con la inequidad en salud que hay en el mundo. Tenemos los conocimientos y la capacidad técnica para, por ejemplo, acabar con la mayor parte de la mortalidad infantil y materna en el mundo, pero siguen muriendo cada año millones de menores de 5 años y cientos de miles de mujeres embarazadas por causas evitables. Tampoco podemos olvidar que los problemas de salud están determinados por muchas causas, además de las carencias en los sistemas sanitarios. La pobreza, la inequidad de género, la malnutrición o la escasez de agua son en algunos lugares más determinantes de la salud de la población que su propio sistema de salud.

En cuanto a la acción humanitaria, estamos viviendo un momento donde las crisis se cronifican, y actualmente apenas se cubren las necesidades humanitarias de la mitad de las personas que la necesitan. Y la seguridad, tanto del personal sanitario como de la población general se ve constantemente vulnerada en los países en conflicto, dificultando una tarea que ya de por sí es enormemente compleja, y sin que la comunidad internacional haya encontrado una solución a este problema.

¿Cuál ha sido el impacto de la crisis en las ayudas a la cooperación?

Desgraciadamente, la crisis ha afectado enormemente a las ayudas en cooperación. En España, por ejemplo, estamos dedicando a cooperación sanitaria 10 veces menos que en 2009. Y personalmente pienso que lo peor es la sensación que se ha generalizado de que la cooperación es una política prescindible, que como nosotros tenemos problemas, primero nosotros. El derecho a la salud, a nuestra salud, a la de nuestras familias, se basa en que es un derecho universal, de todas las personas, y no un derecho individual de cada uno de nosotros. Y si no defendemos este derecho en el mundo, puede que un día tampoco lo tengamos nosotros. Además, no es verdad la creencia generalizada de que no hay más opciones. En el mundo se destina a armamento 10 veces más dinero que a cooperación, tendremos que decidir si éste es el mundo que queremos.

¿Se necesitan más médicos cooperantes?

Depende del contexto y situación, pero lo que sí creo es que se necesitan perfiles distintos a los de hace algunos años. Por ejemplo, en América Latina tienes personal médico local muy bien formado que hace poco necesario el envío de médicos asistencialistas, aunque puede ser necesarios en algunos contextos. Y sin embargo en África no tienes ese personal cualificado, por lo que puede ser más necesario, pero nos encontramos con el problema del idioma. Quizás la tarea más importante a realizar en todos los proyectos es formar a los cuadros locales para que cuando acabemos el proyecto se continúe la tarea, porque la finalidad última de la cooperación sería que ésta no fuera necesaria, y que el personal de cada zona pudiera solucionar los problemas sanitarios de su población. Pero desgraciadamente aún falta mucho para poder conseguirlo.

Como cooperante en países como Camerún o Kenia. ¿Cuáles son las mayores necesidades del colectivo médico cooperante y/o voluntario en el terreno?

Personalmente pienso que la primera necesidad es la formación, no solamente sanitaria, sino también para saber cómo debes moverte en un contexto diferente, e incluir también formación para

reciclarte cuando vuelves. Entre esta formación tenemos que añadir unos conocimientos de salud pública para poder enfrentarte a esa visión multidimensional de la salud de la que hablaba anteriormente.

En el trabajo en el terreno sería muy interesante, dada la carencia de medios diagnósticos y terapéuticos, de poder optar a un apoyo técnico online, aunque esto no sea siempre posible por ahora, dado el contexto en dónde se trabaja. Por otra parte, mejorar las condiciones de seguridad del personal es otro de los elementos clave, sobre todo en contextos de conflictos. Finalmente, no debemos olvidar la necesidad de un apoyo y un reconocimiento profesional, que debería poder plasmarse a tu vuelta, con una valoración acorde con la complejidad del trabajo realizado cuando se opte a una plaza pública.

¿Considera que este Congreso es un espacio idóneo para poner en valor la labor del cooperante y denunciar las situaciones donde se vulneran sus derechos?

Espacios como los de este Congreso permiten visibilizar la figura del cooperante, que es muy reconocida socialmente, pero no tanto profesionalmente.

Como presidente de la Federación Medicusmundi Internacional que aglutina 18 organizaciones de diferentes países. ¿Considera relevante el trabajo en red con los distintos actores implicados (cooperantes, ONG, instituciones locales) para garantizar de forma integral la asistencia sanitaria a las poblaciones vulnerables?

No es sólo relevante, es imprescindible trabajar en red. Nadie lo sabe todo, e intercambiar conocimientos y experiencias es la mejor forma de mejorar tu trabajo y la sostenibilidad de las acciones.

Además, te permite unir esfuerzos para luchar contra problemas que superan el ámbito local de tu propio proyecto, como puede ser el acceso a medicamentos, la crisis de falta de personal sanitario en todo el mundo, o reflexionar sobre qué modelo de sistema sanitario es el más equitativo y eficaz.

¿Cuál el trabajo que desempeña Medicusmundi?

Medicusmundi Internacional (MMI) es una red de 18 organizaciones (incluida la Federación de Asociaciones de Medicusmundi en España) de 11 países, que nació en 1962. La red promueve el acceso a la salud y a la atención sanitaria como derecho humano fundamental. Trabaja en los campos de la cooperación sanitaria internacional y en el de la salud global. Pretende unir las realidades del trabajo en el terreno de la cooperación sanitaria con la incidencia política en salud global. Y para ello cuenta con grupos de trabajo sobre efectividad de la cooperación internacional, los recursos humanos sanitarios y la gobernanza global en salud. Todo este trabajo se muestra en distintos foros, como en la Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud, con quien nuestra organización está en relaciones oficiales, lo que nos da acceso a sus reuniones y consultas.

¿Con qué medios cuenta?

La red de MMI cuenta con los recursos de sus organizaciones miembro, que son quien la financia, lo que le hace independiente de cualquier actor público o privado.

¿Cómo valoraría la labor que hacen organizaciones como la Fundación para la Cooperación Internacional de la OMC de apoyo al colectivo médico cooperante y voluntario y garantizar las condiciones de seguridad en la que desarrolla su proyecto?

Esta labor de apoyo la considero esencial para mejora las condiciones de los cooperantes. No podemos olvidarnos que la labor de este colectivo puede ayudar a mejorar la salud de muchas personas en el mundo. Es imprescindible que entre todos podamos asegurar la calidad de un trabajo que se ve amenazado por multitud de factores externos, como puede ser la inseguridad, la falta de medios o la falta de reconocimiento institucional, de un personal que sacrifica parte de su vida por el sueño de alcanzar una buena salud para todas las personas del planeta. Porque la salud debe ser un derecho, no un privilegio.



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



Responsable Bomberos Unidos Sin Fronteras: “Muchos médicos no saben que pueden formar parte de nuestros equipos de intervención en emergencias”

Intervenciones de rescate y asistencia sanitaria inmediata son las necesidades más urgentes de la población cuando ocurre una catástrofe o una emergencia, algo en lo que trabaja Bomberos Unidos Sin Fronteras (BUSF), con sus equipos de voluntarios formados por bomberos y

profesionales sanitarios, según cuenta, en esta entrevista, Antonio Rodríguez Nogales, vicepresidente y responsables del Área de Catástrofes de esta organización, quien lamenta que “muchos médicos sepan que pueden formar parte de nuestros equipos de rescate”

Antonio Rodríguez Nogales participará en el II Congreso de Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (OMC), este jueves y viernes, 26 y 27 de enero en Santander, para hablar de la labor de Bomberos Unidos Sin Fronteras (BUSF) que realiza labores de rescate e instala hospitales de campaña para dar asistencia sanitaria a la población cuando ocurre una catástrofe.

Este encuentro, organizado por la Fundación para la Cooperación Internacional de la OMC (FCOMCI) y el Colegio de Médicos de Cantabria, supone para el experto un punto de encuentro fundamental para darse a conocer y compartir impresiones.

-¿En qué consiste la labor que desempeña Bomberos Unidos sin Fronteras? ¿Cuáles son los perfiles de los voluntarios?

Esta ONG se crea en 1996 y ha cumplido 20 años el año pasado. Nace primero para asumir proyectos de cooperación con los parques de bomberos en Iberoamérica, para ofrecer formación, material y repuesta en caso de catástrofes. Durante estos años hemos ido evolucionando y haciendo proyectos de cooperación al desarrollo, en materia de potabilización del agua, reconstrucción de algunas viviendas y rehabilitación después de los terremotos. Seguimos con la intervención en catástrofes y los proyectos formativos. También trabajamos en las comunidades en materia de prevención y seguridad con respecto a las catástrofes naturales.

¿Y el perfil de los voluntarios?

Al principio la ONG estaba compuesta por bomberos profesionales pero debido a la necesidad hemos ido incorporando la unidad médica de apoyo, formado por médicos y enfermeros, además de bomberos profesionales. Todo el mundo es voluntario y la labor es altruista.

La unidad médica se incorpora a raíz de algunas intervenciones que estuvimos haciendo con acuerdos puntuales con algunas instituciones sanitarias. Conforme nos desplazábamos a más

catástrofes vimos necesario incorporar dentro de nuestra ONG una unidad médica, que pudiese dar respuesta a los rescates de se hicieran cuando se extrae una persona con vida, para la seguridad del primer equipo que interviene y además para hacer evaluaciones, hospitales de campaña que se pudiesen instalar en segunda fase de una catástrofe. La primera fase sería las labores de rescate y después en muchísimas intervenciones hemos instalado hospitales de campaña para dar asistencia sanitaria a la población.

-¿En qué medida cree que establecer sinergias entre diferentes profesionales favorece la ayuda humanitaria en estos contextos?

Nosotros hemos apostado además la polivalencia de nuestros grupos de intervención, que podamos asumir digamos todas las partes a las que nos enfrentamos en una catástrofe, de la localización de las personas sepultadas con vida, su rescate, su estabilización, su atención sanitaria, la rehabilitación de las estructuras de los edificios posteriormente, todo eso entonces buscando esa polivalencia si hemos visto fundamentalmente sinergia entre instituciones sanitarias.

Hay muchos profesionales que no saben realmente como funcionamos ni nada ni que pueden formar parte de nuestros equipos.

-¿Qué proyectos internacionales de ayuda humanitaria tiene esta ONG? ¿En qué países opera?

De manera permanente estamos con proyectos de potabilización del agua en el Amazonas peruano, reconstruyendo viviendas en Ecuador tras el terremoto, orfanatos en Nepal o Haití. Estamos en un proyecto de cooperación con los cascos blancos de Siria que hacen rescates cuando caen las bombas. Estamos enviando cuatro vehículos de bomberos. Además colaboramos en un proyecto de ayuda humanitaria con la Asociación de Ayuda al pueblo Sirio por el que hemos conseguido recaudar más de un tonelada de productos imprescindibles.

-¿Cuáles son las mayores necesidades de las poblaciones que atiende?

La diversidad es mucha porque son proyectos de intervención directa e inmediata en situaciones de catástrofe cuyas necesidades de esa población son primeramente de rescate, localización y extracción de las personas atrapadas, posteriormente la asistencia sanitaria y formación a las comunidades en materias de prevención.

Intervenciones después de catástrofes rescate y asistencia sanitaria inmediata son las necesidades más urgentes.

-¿Qué apoyos recibe por parte de otras ONG, instituciones locales y organismos internacionales?

En todo lo que tiene que ver con saneamientos trabajamos con organizaciones internacionales como puede ser con Médicos del Mundo, Médicos Sin Fronteras o Cruz Roja. Trabajamos en materia de potabilización del agua, Tiene que haber lazos de unión entre esas instituciones. En España nosotros nos financiamos con instituciones privadas y públicas como pueden ser ayuntamientos de pequeñas o grandes ciudades. También recibimos apoyos por parte de la Agencia Española de Cooperación Internacional y su homóloga andaluza. Tenemos la colaboración tanto de estamentos públicos como privados que son los que financian estos proyectos ya sean por convocatorias anuales o por proyectos específicos.

-¿Qué papel juegan los voluntarios o cooperantes? ¿Cree que se precisa más formación en este campo?

La labor de los voluntarios es fundamental e imprescindible sin ellos no podíamos hacer nada. Son el brazo ejecutor de BUSF.

Es importante ampliar la formación en estos ámbitos. Nosotros pusimos en marcha un proyecto formativo para el grupo de intervención, buscando siempre la polivalencia.

Nuestros médicos y enfermeros reciben formación en rescate en las alturas, salvamiento, apuntamiento, reciben la misma formación que los bomberos que forman parte del mismo grupo de intervención. Porque en un primer contingente cuando tenemos que desplazarnos y no podemos desplazar el número de sanitarios que nos gustaría, si un sanitario ocupa la plaza de un bombero rescatista intentamos que ese sanitario aparte de prestar sus labores de asistencia sanitaria pueda desempeñar labores de rescate.

Los bomberos reciben formación básica con todo lo que tenga que ver con el ámbito sanitario no intervenciones directas de los profesionales sanitarios sino para apoyo de los hospitales de campaña, el material que se necesita apoyo de asistencia cuando muchas veces los hospitales están desbordados y nos pidan algo de material y poder dárselo.

-¿En qué medida cree que Congresos como éste que organiza la OMC sirven para alzar la voz y denunciar las situaciones que violan los derechos de las personas y poner en valor la labor que desempeñan los voluntarios?

Es fundamental el desarrollo de este tipo de Congresos para que los profesionales que ya estamos metidos en esto sirve para conocernos, compartir impresiones. También darnos a conocer a los profesionales que trabajamos en pequeñas organizaciones que la información que se tiene de ellas no es muy clara no como los grandes.

Y que los profesionales lleguen a incorporarse a este tipo de organizaciones

Y también para poner en valor la labor de los voluntarios que es lo que mueve estas organizaciones. Sin ellos nadie haría nada.



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



Voluntario Cruz Roja Española: “La sensibilización e información es una herramienta muy poderosa para la situación de los refugiados”

Tras el cierre de fronteras y los acuerdos de la UE aproximadamente 50.000 personas quedaron atrapadas en Grecia en diferentes campos de refugiados en todo el país, viviendo en condiciones infrahumanas que se han visto agravadas con la llegada del frío. Por ello, para Emilio José Romero Trigo, enfermero voluntario de Cruz Roja Española y experto en Atención Psicosocial en Emergencias, “la sensibilización e información es una herramienta muy poderosa” para concienciar tanto a profesionales sanitarios como a la población en general y “conseguir que la situación en la que viven todos los refugiados no quede en el olvido”

Romero Trigo participará en el II Congreso de Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (OMC), este jueves y viernes, 26 y 27 de enero en Santander, para hablar de la asistencia sanitaria a los refugiados en la denominada Crisis del Mediterráneo.

Este encuentro, organizado por la Fundación para la Cooperación Internacional de la OMC (FCOMCI) y el Colegio de Médicos de Cantabria, supone para el experto, según cuenta en esta entrevista, “una gran iniciativa de compartir información y experiencia para que se conozca la situación que las personas migrantes y refugiadas están viviendo” y, según añade, con la esperanza de “que se logren los acuerdos necesarios o se encuentre una solución a la situación de estas personas”.

-¿Cuál es la actual situación de los refugiados en los campos de Grecia? ¿Cuántos refugiados se encuentran en esas condiciones?

Los campos de refugiados actualmente han mejorado progresivamente sus instalaciones y servicios con la idea de mejorar las condiciones de vida y prepararlos para la llegada del frío, muchos de ellos aún tienen mucho trabajo que hacer pero la línea es seguir progresivamente trabajando en las mejoras para garantizar la mejora en las vidas de la población que habita estos campos.

Tras el cierre de fronteras y los acuerdos de la UE aproximadamente 50.000 personas quedaron atrapadas en Grecia en diferentes campos en todo el país. Desde entonces los números han ido variando en función de las circunstancias. En la actualidad según los datos recientes ofrecidos por ACNUR, alrededor de 30.000 personas continúan en Grecia continental tanto en emplazamientos oficiales como improvisados y alrededor de 15.000 personas en las islas.

- ¿Qué balance haría de la situación de los refugiados en este último año?

En los primeros momentos y en la situación previa al cierre de las fronteras la situación de las personas migrantes /refugiadas era muy diferente pues se encontraban en tránsito por lo que la intervención de salud estaba adaptada a esta característica como intervención es en emergencias

sin poder profundizar en algunas cuestiones por que la premura en la continuidad de la ruta. Actualmente las personas migrantes /refugiadas se encuentran en campos formales e informales donde se trabaja en la mejora de las condiciones de vida y el acceso a necesidades básicas.

-¿Cómo es la atención sanitaria que reciben los refugiados? ¿Cuál está siendo la intervención de Cruz Roja sobre terreno?

Actualmente en los dos campos que Cruz Roja Española trabaja se realiza Atención primaria de salud. Con la intención de cubrir los diferentes servicios que se pueden ofrecer en los centros de atención primaria tanto en la atención médica y de enfermería, así como toda la atención integral a las mujeres y a los niños. Atención a Embarazadas y Materno-infantil con una matrona y pediatría. Asimismo, se contempla la Atención psicosocial comunitaria con los equipos multidisciplinares de Psicosocial y la promoción de higiene con promotores que llevan a cabo campañas de sensibilización en salud y colaboran por ejemplo en las campañas de vacunación.

-¿Cuáles son las enfermedades más comunes? ¿Cree que es necesario formar a los cooperantes que trabajan en los campos de refugiados para el diagnóstico adecuado?

Dentro de la circunstancia de permanencia regular y una vez finalizado el tránsito como tal de las primeras fases de la emergencia, la morbimortalidad ha ido sufriendo cambios acordes con la situación. Donde en las primeras fases las intervenciones eran de emergencia y la patología estaba muy relacionada con la travesía y el propio hecho del tránsito, desde hace meses y en estos momentos predominan las Enfermedades crónicas como DM, HTA, Dislipemias y enfermedades mentales hacen el grosor de las consultas, derivado de la estabilidad requerida de la atención sanitaria que precisan los migrantes/refugiados.

También hacemos controles de los estados de salud materno infantil y embarazadas y otras derivadas de las enfermedades estacionales como Gripe, Infecciones respiratorias y Gastroenteritis.

La formación en un buen diagnóstico es la base para poder trabajar ya que en ciertos contextos no tenemos a disposición los medios necesarios para todo tipo de pruebas adicionales sin embargo el grosor de la patología se corresponde con la patología común de cualquier centro de atención primaria de salud.

-Expertos han alertado de la presencia de algunas enfermedades 'olvidadas', como la leishmaniasis cutánea y la tuberculosis cutánea, en los campamentos de refugiados. ¿Considera que al no ser comunes en Europa, son más difíciles de diagnosticar? ¿Qué medidas se pueden tomar para prevenirlas?

Recordar que algunas de esas llamadas "enfermedades olvidadas" aún no han desaparecido del todo de la cuenca mediterránea. En estos momentos se trabaja estrechamente en coordinación con los servicios del Ministerio de Salud griego en la vigilancia de enfermedades infecciosas de acuerdo a directrices establecidas para detección precoz de enfermedades. De hecho, se están llevando a cabo desde hace meses campañas de vacunación en coordinación con autoridades sanitarias locales.

-¿Cuáles son los mayores retos en cuanto a personal, recursos o apoyos locales a los que se enfrenta Cruz Roja en Grecia?

Como sabemos Grecia atraviesa una gran crisis económica y la Cruz Roja no ha sido ajena a ella. Desde el comienzo de la Emergencia la Cruz Roja helénica ha estado presente en esta emergencia y

continúa trabajando día a día volcada en esta población desplazada además de atender las necesidades de la población de acogida, en este caso la población griega. Pero decir que tienen una capacidad de trabajo increíble y han aportado conocimientos en cosas que hace muchos años que trabajan, por ejemplo, en las campañas de vacunaciones.

La HRC trabaja estrechamente con todas las cruces rojas que colaboramos en el operativo, entre ellas nosotros CRE y saben gestionar la situación por sí mismos, actualmente y hace tiempo ya se contrata personal de salud local para la gestión sanitaria de los campos y desde hace mucho los responsables de los campos de la HRC tomaron las riendas de los mismos con la ayuda puntual de otras cruces rojas.

-¿Cuáles son, a su juicio, las mayores necesidades de la población refugiada?

Actualmente y no dejándonos llevar por los sensacionalismos de las últimas semanas y sabiendo que hay campos que aún deben mejorar más, pero ya se trabaja en ello. Creo que se debe aligerar el proceso administrativo para las solicitudes de asilo y mejorar los canales de comunicación con las personas que viven en los campos.

-¿Cómo está siendo la respuesta por parte de las instituciones locales, de las autoridades y de la población?

Desde el inicio de la crisis ha habido una estrecha colaboración por parte de la Cruz Roja Griega y las diferentes cruces rojas, con el Gobierno central, autoridades locales para trabajar en el objetivo común y en la mejora de la vida y la atención a las necesidades básicas de los migrantes/refugiados. En muchas ocasiones hemos observado casos de solidaridad espontánea por parte de la población griega a pesar de las circunstancias difíciles del país. A lo largo de los meses se ha conseguido la mejora en la coordinación de las diferentes organizaciones en el terreno, sin olvidar el enorme reto logístico y en todos los aspectos que ha supuesto el tener a la población migrante repartida en más de 40 campos diferentes a lo largo y ancho de todo el país.

-¿Qué medidas consideran que se podía realizar para poner fin esta situación? ¿Cree que la celebración de Congresos como éste sirve para alzar la voz? ¿Qué papel juegan los profesionales sanitarios?

Desde mi punto de vista, la sensibilización e información es una herramienta muy poderosa. No solo para que los profesionales sanitarios conozcan la situación de estas personas, sino la propia población general. Cualquier acto e iniciativa de compartir esta información y experiencia beneficia a que esta situación no caiga en el olvido y se conozca la situación que las personas migrantes y refugiadas están viviendo. Con la esperanza que se logren los acuerdos necesarios o se encuentre una solución a la situación de estas personas, por parte de organizaciones que prestamos asistencia en el terreno continuar con el compromiso de continuar mejorando la vida y el acceso a necesidades básicas de las personas viviendo en los campos.

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



Dr. Campillo, coronel médico: “Realizamos la práctica de la Medicina en condiciones extremas”

El médico militar realiza la práctica de la Medicina en condiciones extremas como catástrofes naturales, escenarios de alta violencia o enfrentamientos armados, atiende a la población afectada en estas situaciones y llegan por su formación, donde muchos profesionales no pueden. Una formación doble que deben dominar por igual, por un lado ser buenos sanitarios y por otro soldados que conozcan bien la estructura de los ejércitos. Así lo pone de manifiesto, en esta entrevista, el Dr. Juan Ramón Campillo, coronel médico de la Inspección General de Sanidad

El Dr. Campillo participó junto a sus compañeros médicos militares en el II Congreso de Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (OMC), organizado en Santander a través de la Fundación para la Cooperación Internacional de la OMC (FCOMCI) y del Colegio Oficial de Médicos de Cantabria (COM Cantabria), para dar a conocer la labor de la Sanidad Militar.

Fue Jefe de Hospital de Campaña (Role 2 E) de la OTAN en Herat, Afganistán en 2011, y desde su experiencia alude a la importancia de la formación porque “la falta de conocimiento será manifiesta cuando se trate de salvar vidas”. Asegura que desde la Sanidad Militar se atiende a la población civil y a toda persona que los necesite en operaciones, sin distinguir entre “razas, creencias, sexo o poder adquisitivo”.

Recuerda como una vez tuvieron que salir de la base, “algo peligroso”, para asistir a un muchacho hijo de un funcionario de la ONU en Herat, que presentaba un abdomen agudo, y lo operaron. “Allí donde se produce una dislocación en la estructura política de un país y aparece la violencia “somos especialmente útiles por nuestra formación y estructura jerarquizada”, explica.

-Los médicos militares, ¿anteponen la práctica profesional sanitaria a la técnica militar? ¿Qué son ante todo médicos o militares?

El médico militar es una persona que posee dos profesiones, y a menos que domine ambas, ellos faltarán a su deber. Deben ser buenos profesionales sanitarios que apliquen los procesos de medicina basada en la evidencia, y soldados que conozcan la estructura de los ejércitos y su forma de conducirse tanto en paz como en guerra. La falta de este conocimiento impedirá que pueda prestar un buen servicio, y esta deficiencia será manifiesta cuando se trate de salvar vidas en escenarios de alta violencia en enfrentamientos armados.

-¿En qué consiste la labor de la Sanidad Militar? ¿Cuál es la situación actual?

Los médicos militares somos profesionales que hemos estudiado la medicina en las facultades de medicina como cualquier otro médico. Que hemos hecho el MIR y la especialidad en hospitales acreditados para ello. Que ejercemos nuestra profesión todos los días como cualquier otro profesional; pero que tenemos que estar preparados para ejercerla en condiciones diferentes: en otros mundos, de otra forma y con otras limitaciones, disposiciones y peligros, propios de la medicina practicada en las operaciones internacionales en las que intervenimos.

-¿Cuáles son sus principales misiones internacionales?

En estos momentos estamos en los cinco continentes. Allí donde se produce una dislocación en la estructura política de un país: por catástrofes naturales y/o antrópicas, allí tenemos nuestro lugar en el apoyo a la población afectada. Nuestra especificidad, por diferenciarnos de otros compañeros que también realizan estas labores, ONGs en general, estriba en que cuanto más se desestructura la sociedad y los sistemas de control y gobierno de un país en crisis, más pronto, y con más intensidad, aparece la violencia. En estos escenarios somos especialmente útiles por nuestra formación y estructura jerarquizada.

-¿Cuáles son los mayores retos a los que se enfrenta actualmente un médico militar?

Cómo formarnos como profesionales, en una sociedad "occidental" con hospitales de primera línea, en una sociedad muy garantista, para actuar cuando todo esto ha saltado por los aires.

-La doble cualificación técnico-profesional sanitaria de los médicos ¿En qué medida beneficia, a su juicio, el desarrollo de las operaciones? ¿Cree que se precisa más formación?"

Bueno, yo diría que como cualquier profesional que realiza la práctica de la medicina en condiciones extremas. Eso le pasa a los que ejercen su profesión en: la alta montaña, espeleología, medicina subacuática e hiperbárica, y tantas otras situaciones extrahospitalarias con alto riesgo para sus participantes. Nosotros tenemos la ventaja de tener firmemente arraigada esa mentalidad; y nos enorgullece poder ser transmitida de generación a generación, representando nuestro "corpus doctrinal"

-La sanidad militar atiende a población civil en conflictos. Pero, ¿en alguna ocasión entran en conflicto el código militar y el juramento hipocrático de los médicos a la hora de atender a enemigos?

A ver: son dos cosas distintas; atendemos a la población civil y a toda persona que nos necesite en operaciones, no distinguimos ni de razas, creencias, sexo, poder adquisitivo, etc.

Otra cosa es cuando se trata de un "enemigo". En eso nuestras Fuerzas Armadas no tienen experiencia; jamás nuestras generaciones hemos participado en operaciones bélicas. Otra cosa es que nos han disparado, nos han puesto explosivos etc. Y nos hemos tenido que proteger, repeler el fuego, defendernos en definitiva. Pero no con un enemigo expreso e interiorizado.

En lo que pueda servir mi experiencia en situaciones difíciles, con alto grado de violencia en las que he tenido la ocasión de participar, yo diría que no hay juramento que valga, cada uno se comporta

como lo que es, me temo. Cuando comienza la violencia, el miedo, la ira, el hambre, el frío, las carencias, sólo una buena formación ética y moral puede ayudar.

-¿Cómo es la colaboración con los médicos operantes de ONG en el terreno? ¿Y con las instituciones locales? ¿De qué forma cree que las sinergias benefician la capacidad de respuesta médica en las emergencias?

La colaboración es muy deficiente, hay mucha desconfianza por parte de todos. Quizá hago una pequeña excepción para salvar a la Cruz Roja/Media Luna Roja, que siempre la he encontrado más receptiva a intentar esa sinergia; pero, al final, no acaba madurando la colaboración, no lo he conseguido. **Una pena y una pérdida de tiempo, porque cuando haya que “comerse el marrón”,** perdonen lo coloquial de la expresión, todas las manos van a ser pocas; como ha ocurrido antes, como ocurrirá en el futuro.

-¿Cómo los continuos ataques a hospitales en países en conflicto perjudican el acceso a la atención sanitaria de la población?

Sin duda, siempre perjudican a las personas más desprotegidas, más débiles; pero eso no es la razón por la que lo hacen los desalmados que practican esos crímenes. Es un tema más complejo, y se **inscribe dentro de lo que conocemos como “Guerra de 4ª Generación”.** Mi opinión es que actúan así porque sacan réditos, por muy brutal que esto parezca, sobre personas e instituciones en el complejo mundo de los conflictos armados actuales. Ni pretenden, ni les importa provocar muerte y destrucción, están “actuando” para otros espectadores.

-¿De qué manera Congresos como el que se celebró en Santander sirven para poner en valor el trabajo de la Sanidad militar y denunciar estas situaciones?

Lo deseo de todo corazón; deseo que terminen las desconfianzas de las que he hablado antes. Y en lo que pueda valer nuestra participación y nuestras personas, las ponemos a disposición de la sociedad a la que servimos.

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



Dra. Betegón: “La Sanidad Militar no solo atiende al combatiente; también presta apoyo sanitario a toda la población civil que lo necesita”

La Sanidad Militar, cuya labor es gran desconocida para muchos, opera en zonas de conflicto y en los países con catástrofes o situaciones complejas para dar apoyo médico no solamente a las fuerzas armadas y al combatiente, sino que mediante la instalación de hospitales en zonas sin infraestructuras sanitarias atiende a toda la población civil de alrededor, y que ha sido herida en algún conflicto, tiene enfermedades importantes o que necesitan intervenciones quirúrgicas

Así lo puso de manifiesto la Dra. Ana Betegón, referente en la Sanidad Militar y primera mujer al mando de una unidad operativa del Ejército del Aire y en dirigir un hospital en una base de apoyo de Afganistán, en la mesa redonda “La sanidad militar operativa en el contexto humanitario” celebrada en el marco del II Congreso de Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (OMC), organizado en Santander a través de la Fundación para la Cooperación Internacional de la OMC (FCOMCI) y del Colegio Oficial de Médicos de Cantabria (COM Cantabria).

Esta mesa estuvo moderada por el Dr. Tomás Cobo, presidente del Colegio de Médicos de Cantabria y participaron como ponentes el Dr. Juan Ramón Campillo, coronel médico de la Inspección General de Sanidad; la Dra. Ana Betegón, teniente coronel médico de la Unidad Médica Aérea de Apoyo al Despliegue de Madrid (UMAAD-Madrid); el Dr. Juan Manuel Sieiro, teniente coronel médico del Cuartel General de la Flota; y el Dr. Pedro J. Gil López, teniente coronel médico y jefe del Servicio de Telemedicina del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla de Madrid.

El Dr. Cobo, médico cooperante y reservista voluntario, agradeció a todos los militares sanitarios su participación en el Congreso para “contar el gran trabajo que hacen”, así como la asistencia del general de división Santiago Coca Menchero, máxima autoridad de la sanidad militar en España, quien también participó en la posterior cena solidaria.

El Dr. Cobo puso en valor la labor de la Sanidad Militar por el apoyo que presta a las tropas y a la población civil y, en especial “la gran labor humanitaria que desarrollan en las zonas de conflicto”, un componente implícito de todas las misiones que realizan las Fuerzas Armadas que contribuyen significativamente a evitar la pérdida de un gran número de vidas en tierra y en el mar.

Coronel Campillo: “Las catástrofes antrópicas son más tremendas que las catástrofes naturales y las guerras”

Por su parte, el Dr. Juan Ramón Campillo, coronel médico de la Inspección General de Sanidad, con gran experiencias en operaciones en zonas de conflicto, agradeció a la OMC su invitación a participar en este Congreso para dar a conocer la labor que desempeñan, “la mayoría de las veces desconocida” y para ofrecer su apoyo a todas las ONG que operan en contextos complicados. “En



complejidad de la zona las ONG tienen difícil su acceso y es necesario la fuerza militar para la intervención.

emergencias complejas, que llevan aparejado un alto grado de violencia y no hay orden jerárquico que sea capaz de hacer cumplir la ley, solamente las fuerzas militarizadas podemos llegar a esas zonas”.

Según puso de manifiesto no sólo dan asistencia sanitaria a los militares cuando llegan a esas zonas atienden “a hombres, mujeres, enemigos, amigos, niños, ancianos y personas muy necesitados” que no tienen servicios de salud y debido a la

Expresó la complejidad que supone trabajar en emergencias complejas como la de Afganistán y aseguró que “las catástrofes antrópicas –aquellas generadas enteramente por la acción humana, son más tremendas que las catástrofes naturales o las guerras”, que dan lugar a la violencia y ocasionan “hambre, destrucción, enfermedades olvidadas y, epidemias”.

Ante estas situaciones de emergencias complejas, defendió la actuación de organizaciones fuertemente jerarquizadas y con medios suficientes como las Fuerzas Armadas que trabajan en misiones humanitarias, de evacuación de la población civil, de prevención de conflicto y de interposición entre combatientes.

Recordó “con tristeza” que cuando estaba al frente de la dirección del Hospital de Campaña de la OTAN en Herat, Afganistán en 2011, le solicitaron que donara sangre porque “no había en el mercado negro” y había que operar de urgencia a una mujer que había sufrido un atentado. “Son cosas –dijo- trágicas y terribles que las vemos donde llegamos”.

Pero que a su vez, hizo hincapié en que se trata de una labor “muy bonita y aunque se nos ve muy serios por el uniforme somos grandes entusiastas con lo que hacemos”.

No solo la Sanidad Militar da apoyo a las tropas y desarrolla una labor humanitaria en las zonas de conflicto “los militares –añadió- en general participan en formación en educación de niños. Es una de las partes más bonitas de nuestra profesión y de la que más orgullosos estamos”.

Teniente Coronel Betegón: “En Afganistán, la Sanidad Militar ha dado apoyo médico a todas las fuerzas y a 35.000 pacientes civiles”

La Dra. Ana Betegón, teniente coronel médico, jefa del Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, con experiencia en diversas misiones en los Balcanes y en Afganistán, explicó que la Sanidad militar ha cambiado mucho para adaptarse a las nuevas

estructuras de la OTAN y de la ONU y, actualmente, “nos dedicamos a misiones multi-internacionales en varios países”.

Indicó que van a las zonas de conflicto y a los países con catástrofes o mala situación y se dedican a dar su apoyo médico, no solamente a las fuerzas armadas o al combatiente, sino que montan hospitales en zonas de pocas infraestructuras sanitarias para atender a toda la población civil de alrededor y que ha sido herida en algún conflicto, tiene enfermedades importantes o que necesitan intervenciones quirúrgicas.

“Es una sanidad no solamente para los que son militares sino para el mantenimiento de la paz y para ayudar a la población civil a que reciba parte de la Medicina que ellos no tienen y que nosotros si le podemos otorgar”, explicó la teniente coronel médico quien puntualizó que esto se realiza tanto desde el ejército del aire, de tierra, la armada o de la guardia civil.

Expuso detenidamente los distintos dispositivos militares médicos con los que trabajan en zonas de conflicto, desde los dispositivos básicos más próximos a las zonas de combate, con equipo quirúrgico y material ultraligero para realizar operaciones y que un avión evacue a los enfermos a otra base militar cercana a un aeropuerto; ambulancias blindadas helicópteros y aviones medicalizados.

Aludió a las cinco misiones que ella ha realizado en Afganistán en helicóptero, dotado de ametralladoras y contó con toda naturalidad que “vas con chalecos de combate, atiendes al herido y, de vez en cuando, te disparan”.

Teniente coronel Sieiro: “En la crisis del Mediterraneo, la Flota ha rescatado en 12 meses a 7.411 personas”.

El Dr. Juan Manuel Sieiro, teniente coronel médico del Cuartel General de la Flota, en Rota (Cádiz), que ha participado en diversos despliegues nacionales e internacionales de la UE y la OTAN como la operación Alfa-Charlie, con motivo del huracán Mitch en Centroamérica, o la operación Atalanta, explicó que el apoyo humanitario de las Fuerzas Armadas nace de la protección de las personas. **“Desde la flota atendemos a cualquier persona que tenga problemas y necesite ayuda en el mar”, aseguró.**

Hizo un repaso por todas las respuestas solidarias que han realizado las fuerzas armadas y contó que tras el terremoto de Haití soldados españoles prestaron atención sanitaria a 7.568 haitianos, atendieron 4 partos y vacunaron a 21.274 personas.

Profundizó en la operación SOPHIA que trabaja por dismantelar el modelo de negocio de los traficantes de personas en el Mediterráneo, contribuye a evitar la pérdida de vidas en el mar y al embargo de armas en aguas internacionales próximas a la costa Libia. Contó que en 12 meses, la Flota ha rescatado a 7.411 personas y denunció la violencia extrema de los traficantes que expuso a través de fotografías de mujeres rescatadas con golpes de machete en las extremidades.

“La misión de la Telemedicina es proporcionar apoyo y asesoramiento sanitario a distancia”

El diagnóstico y tratamiento correcto de las bajas, junto con un tiempo de evacuación adecuado son puntos clave que aseguran una asistencia sanitaria de alta calidad sobre el terreno, según expuso el

Dr. Pedro J. Gil López, Jefe del Servicio de Telemedicina del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, quien ha intervenido también en varias misiones internacionales en Bosnia-Herzegovina como Jefe de Sanidad de la Base española en Dracevo y en Afganistán, en hospitales militares de campaña.

Por ello, resaltó la importancia de la Telemedicina para proporcionar atención sanitaria cuando la distancia es un factor determinante y explicó que el empleo de las tecnologías de la información y comunicaciones (TIC) permite el intercambio de conocimientos entre profesionales sanitario.

La misión de la Telemedicina en las fuerzas armadas, según especificó, consiste en proporcionar apoyo y asesoramiento sanitario a distancia a personal en zonas de Operaciones o localizaciones remotas y proyectar una atención sanitaria de la misma calidad a la que se da en territorio nacional.

La Telemedicina facilita el apoyo al diagnóstico, la optimización del tratamiento, la estabilización del paciente crítico, la determinación de la necesidad del traslado, seguir la evolución del paciente, prevenir enfermedades, la investigación y la formación continuada. Y una monitorización en tiempo real de lo que están haciendo al paciente.

Finalmente, recordó que en todas las misiones que lleva a cabo la Sanidad Militar existe implícito un componente de atención sanitaria a la población civil, que se enmarca dentro de la Cooperación Internacional.



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



Testimonio Fray Florencio, monje, médico e italiano

El 33% de los pacientes del hospital de Tanguiéta, Benín, están en el suelo por falta de camas

Tanguiéta fue el sitio elegido por Fray Florencio, monje, médico e italiano, hace 47 años, para crear un pequeño consultorio de asistencia médica. Este pequeño consultorio es hoy es el Hospital de Tanguieta, perteneciente a la Orden San Juan de Dios, en la actualidad, el más importante del país y que aunque cada año recibe aproximadamente 20.000 enfermos nuevos el 33% son atendidos en el suelo por falta de camas

Así lo puso de manifiesto, Fray Florencio en una entrevista durante el II Congreso de Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (OMC), organizado a través de su Fundación para la Cooperación Internacional (FCOMCI) y el Colegio de Médicos de Cantabria que tuvo lugar durante dos días en Santander.

El Hospital de Tanguiéta de la Orden San Juan de Dios, que dirige Fray Florencio, con 70 años, atiende a la población de Benín y de países limítrofes, fundamentalmente de Níger y Burkina, cubre todos los servicios y cuenta con 320 profesionales y Fray Florencio, que como cirujano hace todas las especialidades.

Es difícil comparar el número de camas de su actividad asistencial con un hospital occidental, porque la mayoría de los pacientes están tumbados en el suelo y solo los más graves ocupan las alrededor de 400 camas que disponen para atender a las más de 600 hospitalizaciones que tiene.

A lo largo del año vienen diferentes misiones quirúrgicas de Europa, como la de Cantabria liderada por el Dr. Tomás Cobo, médico voluntario y presidente del Colegio de Médicos.

Fray Florencio intervino en este Congreso de Cooperación para hablar de las llamadas "enfermedades olvidadas", y en concreto, de la Úlcera de Buruli una enfermedad que si no se diagnostica a tiempo conlleva muchas complicaciones. Con la ayuda del Gobierno y educando a la población, que no acude al médico pensando que es una maldición religiosa, podría llegar a desaparecer y sin necesidad de intervención quirúrgica.

-¿Qué es la Úlcera de Buruli? ¿Por qué se produce?

La Úlcera de Buruli es una enfermedad tropical particularmente muy dolorosa que conlleva muchas afectaciones y que tiene difícil diagnóstico porque la gente que la padece se piensa que es una enfermedad religiosa.



Actualmente se desconoce que vectores pueden ser medio de trasmisión de esta enfermedad. Hay teorías que dicen que puede producirse por penetración cutánea por pinchos o ramas y por picadura de chinches acuáticos.

Los niños entre 2 y 15 años constituyen el 50% de los enfermos. Pero todas las edades están afectadas.

Esta enfermedad produce primero un pequeño nódulo o bulto, luego un edema y luego una placa. No es mortal pero si la infección de las úlceras avanza muy rápido puede llegar a los huesos y desarrollar lesiones que provocan invalidez e incluso con el tiempo cáncer.

¿En qué lugares prevalece?

Esta enfermedad afecta desde Australia hasta América y afecta siempre a los más pobres, vulnerables y que tienen menos cultura y se piensan que es una enfermedad religiosa. Como una especie de maldición. Concretamente tiene un prevalencia elevada en países de África como Benín, Ghana o Costa de Marfil.

-¿Qué medidas se pueden desarrollar para su erradicación y control?

Con la Organización Mundial de la Salud (OMS) hemos trabajado primero por encontrar la causa y después encontrarle cura. Si se hace mucha sensibilización se puede diagnosticar pronto y curarla por vía médica sin necesidad de cirugía, lo que conlleva más complicaciones y dolor. Hay gente que ha pasado dos o tres años en el hospital pasando por más de 100 operaciones. Eso genera también mucho desgaste psicológico.

Es importante que la opinión internacional esté sensibilizada ante esta enfermedad. Una enfermedad que se puede curar muy bien incluso mejor que la Lepra y Tuberculosis. Esperamos que el mundo entero se mueva y todos hagan un esfuerzo porque esta enfermedad llegue a desaparecer.

También se necesita prevención y concienciar que con el simple hecho de llevar pantalón largo al campo para evitar pequeñas heridas se puede reducir el número de personas afectadas por esta enfermedad.

-¿Se produciría más sensibilización si estas enfermedades denominadas “olvidadas” llegaran a los países desarrollados como ocurrió con el Ébola?

Si se ha hecho un largo camino por reconocer las causas y el microbio que la produce es porque en países como Australia se ha investigado mucho en sus institutos de enfermedades tropicales y ha habido un gran progreso.

Antes era sólo labor de los misioneros que hacía curas durante años llegando a veces hasta amputar.

-¿Cuál es la labor que desarrollan?

A 700 km de la capital desde el Hospital de Tanguieta los misioneros ayudamos a los más pobres y abandonados de África. La gente nos pregunta que por qué hemos ido hasta allí, tan lejos, y siempre les respondemos que es el lugar donde están los más pobres y que les ayudaremos y seguiremos ayudando desde el hospital.

Aunque es el centro de referencia del país muchos se mueren llegando.

-¿Cómo se puede solucionar eso?

Con una solidaridad enorme. Estamos haciendo de todo pero necesitamos más ayuda del Gobierno, subvenciones que nos ayuden a educar a la población para que acudan a nuestros centros.

Aunque en Tanguieta hay apariencia de progreso, muchos tienen móviles, es según la OMS, donde hay niveles más altos de desnutrición.

-¿Cuántas personas se atienden el hospital?

El hospital de Tanguieta empezó con 82 camas ahora tiene más de 400 y muchas veces hay 600 y 700 hospitalizados. Recibe aproximadamente 20.000 enfermos nuevos cada año de los cuales hospitaliza 15.000. En pediatría hay 113 camas y ha habido veces que hemos tenido a más de 300 niños hospitalizados.

Unos 320 profesionales trabajan en el Hospital. Y alrededor del hospital hemos desarrollado 24 dispensarios todos conectados con radio y con ambulancias que van y vienen día y noche.

Una noche, que estaba de guardia en cirugía, operé a tres niños. Esa misma noche en el hospital entraron 30 niños, se hicieron 22 transfusiones de sangre y se murieron 11 niños.

El hospital cada año asiste a 1.000 muertes de menores y casi todos se mueren en el camino. Es una situación terrible.

En el 79 viví una epidemia de sarampión y en 4 meses murieron 5.000 niños para un hospital con 80 camas y sin vacunas. Ahora solo tienen Sarampión 140 niños y ninguno se muere. La Malaria es la principal causa de muerte en los niños. Estamos desarrollando una vacuna para prevenirla. Además hemos descubierto que si a un niño con linfoma de burkitt, una enfermedad que afecta a niños menores de 7 años cuyo único tratamiento es la quimioterapia, se le inyecta suero de un niño curado, se cura. Pero necesitamos financiación para seguir investigando.

-¿Qué apoyo reciben de otras ONG e instituciones locales?

Recibimos sobre todo apoyo de otras ONGs necesitamos mucha más ayuda para continuar con nuestra labor. Muchos hermanos se están preparando y formando para dirigir el hospital que he dirigido durante tantos años. Todo el provincial es africano. Me quedaré aquí hasta que el señor quiera.

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

INAUGURACIÓN

OMC 

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

INAUGURACIÓN

OMC 

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS
DE CANTABRIA

26 Y 27 ENERO 2017
SANTANDER



II CONGRESO DE
**COOPERACIÓN
INTERNACIONAL
DE LA OMC**



apíntate y participa

OMC 

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

Inauguración II Congreso Cooperación OMC

Los médicos expresan su compromiso para extender la **“marea” de la solidaridad y la cooperación**

En un mundo en el que se acrecientan las profundas desigualdades sociales y hay millones de personas que mueren por falta de acceso a alimentos, agua potable, atención sanitaria y medicamentos, los médicos han expresado su compromiso **para extender la “marea de la solidaridad y la cooperación”** en países empobrecidos y en poblaciones vulnerables en países desarrollados

Así se puso de manifiesto durante el acto de inauguración del II Congreso de Cooperación Internacional de la OMC, organizado a través de su Fundación para la Cooperación Internacional (FCOMCI) y el Colegio de Médicos de Cantabria que tiene lugar durante dos días en Santander.

El acto de inauguración estuvo presidido por la alcaldesa de Santander, Gema Igual Ortiz, y en él participaron el Dr. Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la OMC y FCOMCI; Dr. Tomás Cobo Castro, presidente del Colegio de Médicos de Cantabria; y el Dr. Jeancarlo Fernandes Cavalcante, presidente de la Confederación Médica Latino-iberoamericana(CONFEMEL).

Al acto asistió todo el equipo directivo de la FCOMCI, formado por el vicepresidente primero, el Dr. Serafín Romero; vicepresidente segundo, el Dr. Javier Font; el secretario general, el Dr. Juan Manuel Garrote; el vicesecretario, el Dr. Jerónimo Fernández Torrente; el tesorero, el Dr. José María Rodríguez Vicente; así como presidentes y juntas directivas de Colegios de Médicos de toda España, ponentes y autoridades locales e internacionales como el ministro de Salud de la República Árabe Saharaui Democrática, el Dr. Mohamed Lamin y el diplomático español Marcos Vega.

El Dr. Rodríguez Sendín, que fue el encargado de presentar a los participantes, expresó su satisfacción de ver cómo ha crecido, durante estos años de actividad de la FCOMCI y de los Colegios de Médicos de España, **la “marea de la solidaridad y la cooperación” de los médicos y manifestó su deseo de seguir trabajando en este objetivo, del que II Congreso de Cooperación “va a ser un referente”.**

En su intervención, aludió a la mejora de los indicadores de salud en todo el mundo a pesar de las “profundas diferencias y desigualdades que acrecientan la brecha entre ricos y pobres”. Dijo que, fruto de estas desigualdades, mueren en el mundo una de cada tres personas por no tener acceso a medicamentos, a las que hay que sumar las que mueren por falta de agua potable y alimentos.

Aludió también al empobrecimiento de las personas que, al carecer de sistemas de sanidad universales, “se arruinan” al tener que hacer frente a problemas de salud. En este sentido, el **Dr. Rodríguez Sendín dio un aviso a los gobernantes que “siguen estirando el chicle de los recortes” y puso como ejemplo los enormes problemas sanitarios que existen en Reino Unido, que tras contar con uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, actualmente se encuentra en una difícil situación por “los errores de sus dirigentes”.**

Para él, no tiene justificación que, 36 países de África tengan escasez extrema de profesionales sanitarios, que un 50% no tengan los equipamientos médicos suficientes y que mueran 700.000 personas en el mundo por Hepatitis C sin posibilidad de **recibir tratamiento. “La avaricia están imponiendo las reglas del juego y nuestros Gobiernos no son capaces de afrontarlos”,** puntualizó.

Ante estas situaciones, dijo que los médicos “no podemos quedarnos quietos y debemos alzar la voz ante esta falta de

medios, de recursos y de medicamentos”. **Son todos ellos** problemas que se abordarán en este Congreso en el que “queremos expresar nuestro compromiso con la cooperación y seguir trabajando para disminuir el sufrimiento de la gente y sembrar la semilla de la justicia y solidaridad”.

Por su parte, el Dr. Tomás Cobo agradeció a todos los que han apoyado el proyecto para llevar a cabo el Congreso en Santander, en especial a la OMC y al Ayuntamiento de la ciudad, así como a todos los ponentes por haber aceptado participar en este encuentro.

Resaltó el hecho de reunir en este Congreso a personas que “han sido tocadas por el don de la ejemplaridad”, como Fray Florencio, que trabaja en Benín o el Dr. Pascual Caballero, cooperante de MSF, que demuestran hoy **que “la bondad y la ternura no es una debilidad del ser humano, sino una fortaleza”.**

“En este mundo desigual en el que estamos paralizados ante el mayor éxodo de refugiados y anestesiados ante el gran genocidio que se está produciendo en Siria y Alepo, ellos representan los valores humanos y van a iluminar nuestros corazones y nuestras **conciencias**”, manifestó el Dr. Cobo.

El Dr. Jeancarlo Fernandes aseguró que la marea de la cooperación tiene un sentimiento fraternal entre Iberoamérica y España y expresó su **deseo de llevar esta “marea de la cooperación y la solidaridad” a los países** más necesitados.

Clausuró el acto inaugural del Congreso la alcaldesa de Santander, quien expresó su satisfacción porque se haya elegido esta ciudad para celebrar el encuentro y resaltó la importancia de **“unir redes entre países para compartir experiencias”** y concienciar a los ciudadanos para que, desde su responsabilidad social, **ayuden a los más necesitados. “Cada uno en su parcela y ámbito tiene que ayudar al que lo necesita con generosidad”,** afirmó.

Conferencia inaugural: El cambio de la salud pública a la salud global, el gran reto

El Dr. César Velasco, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y colaborador de la OMS, fue el encargado de la conferencia inaugural del II Congreso de Cooperación de la OMC titulada: **“Los Retos de Salud Global: las enfermedades olvidadas”**, en la que puso de manifiesto que el mundo está inmerso en un cambio de paradigma que va de la salud pública a la salud global y que **“debemos de prepararnos para ello”**.

En referencia a las enfermedades olvidadas, las definió como aquellas patologías que tienen un gran impacto en la población pero que al mismo tiempo su tratamiento y diagnóstico no están **muy desarrollados. “Muchas de ellas generan muertes** en países empobrecidos, como la Malaria, la tuberculosis, el chagas o la lepra, frecuentes en África, Latinoamérica, Asia. Estas enfermedades, que no afectan tanto y parecen inexistentes en países ricos, tienen un gran impacto a nivel global porque afectan a la población más vulnerable. Los tratamientos son inexistentes, tienen alta toxicidad, difícil administración o son muy caros. **Por eso es difícil el abordaje de estas enfermedades”** – explicó.

Durante su exposición destacó que las enfermedades olvidadas afectan a más de 1.000 millones de personas en el mundo, especialmente, a las poblaciones más vulnerables y puso como ejemplo que de los casi 1.600 medicamentos aprobados entre 1975 y 2004, tan solo 21 se crearon para tratar enfermedades tropicales o la tuberculosis, **lo que supone “poco más del 1%”**, subrayó.

El Dr. Velasco insistió en que son enfermedades que “como no tienen atractivo a nivel económico, es más difícil que se haga investigación sobre ellas. Lamentablemente han estado fuera del objetivo del colectivo internacional y de la comunidad científica. Se han hecho investigaciones, pero no suficientes” - puntualizó.

Aprovechó el contexto del II Congreso de Cooperación Internacional para apoyar este tipo de iniciativas que son **“buenas y necesarias” y demandó a las administraciones y a los organismos sanitarios una mayor formación multidisciplinar para afrontar el reto de la salud global porque - dijo - “lo que está por venir es la inteligencia epidemiológica, el big data etc.... Hoy en día podemos usar herramientas como Google o los smartphones para combatir las epidemias y tenemos que rentabilizarlas”.**

Finalmente aseguró que para afrontar este nuevo reto que es el cambio de la salud pública a la salud global, son imprescindibles factores como la formación multidisciplinar, una mayor coordinación, más innovación y formación técnica.

El Dr. César Velasco ha sido elegido por la revista Forbes como uno de los jóvenes menores de 30 años más influyentes de Europa en la categoría ciencia y salud. Ha trabajado en numerosas organizaciones internacionales, entre ellas el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC), el Hospital Clínic de Barcelona y es miembro del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE) de la OMS sobre la vacuna e inmunización frente a la epidemia del Ébola, en el que participan 10 personas, desinteresadamente y que han viajado a Sierra Leona.



de izquierda a derecha
Fray Florencio. Director del Hospital de Tanguiéta, Dr.
Tomás Cobo. Presidente ICOM Cantabria y Dr. Pascual
Caballero. MSF



D. Marcos Vega. Diplomático español, Dr. Tomás
Cobo. Presidente ICOM Cantabria, Dña. Gema
Igal. Alcaldesa de Santander, Dr. Juan José
Rodríguez Sendín. Presidente Fundación para la
Cooperación



Dr. Tomás Cobo. Presidente ICOM Cantabria, Dr. Juan José Rodríguez Sendín. Presidente de la Fundación para la Cooperación Internacional, Dña. Gema Igual. Alcaldesa de Santander, Dr. Jeancarlo Fernandes Cavalcante. Presidente de CONFEMEL, Dr. Serafín Romero. Vicepresidente de la Fundación para la Cooperación Internacional, Dr. Jose María Rodríguez. Tesorero de la Fundación para la Cooperación Internacional, Dr. Juan Manuel Garrote. Secretario de la Fundación para la Cooperación Internacional



Dr. Jeancarlo Fernandes Cavalcante.
Presidente de CONFEMEL, Dr. Tomás
Cobo. Presidente ICOM Cantabria,
Dña. Gema Igual. Alcaldesa de
Santander, Dr. Juan José Rodríguez
Sendín. Presidente de la Fundación
para la Cooperación Internacional,
Dr. Serafín Romero. Vicepresidente
de la Fundación para la Cooperación
Internacional



Dr. César Velasco. Subdirector asistencial del Hospital Universitario Vall d'Hebrón de Barcelona

Contenido multimedia

OMC 

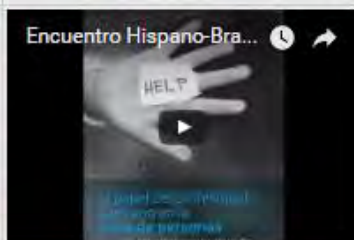
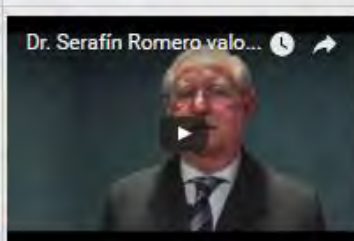
ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

Inicio » Contenidos Multimedia

Contenidos Multimedia





ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

II CONGRESO DE
**COOPERACION
INTERNACIONAL**
DE LA OMC

26 Y 27 ENERO 2017
SANTANDER



Conferencias simultaneas

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

OMC 

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

¿Como abordar la educación de los futuros médicos en los países de desarrollo?

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

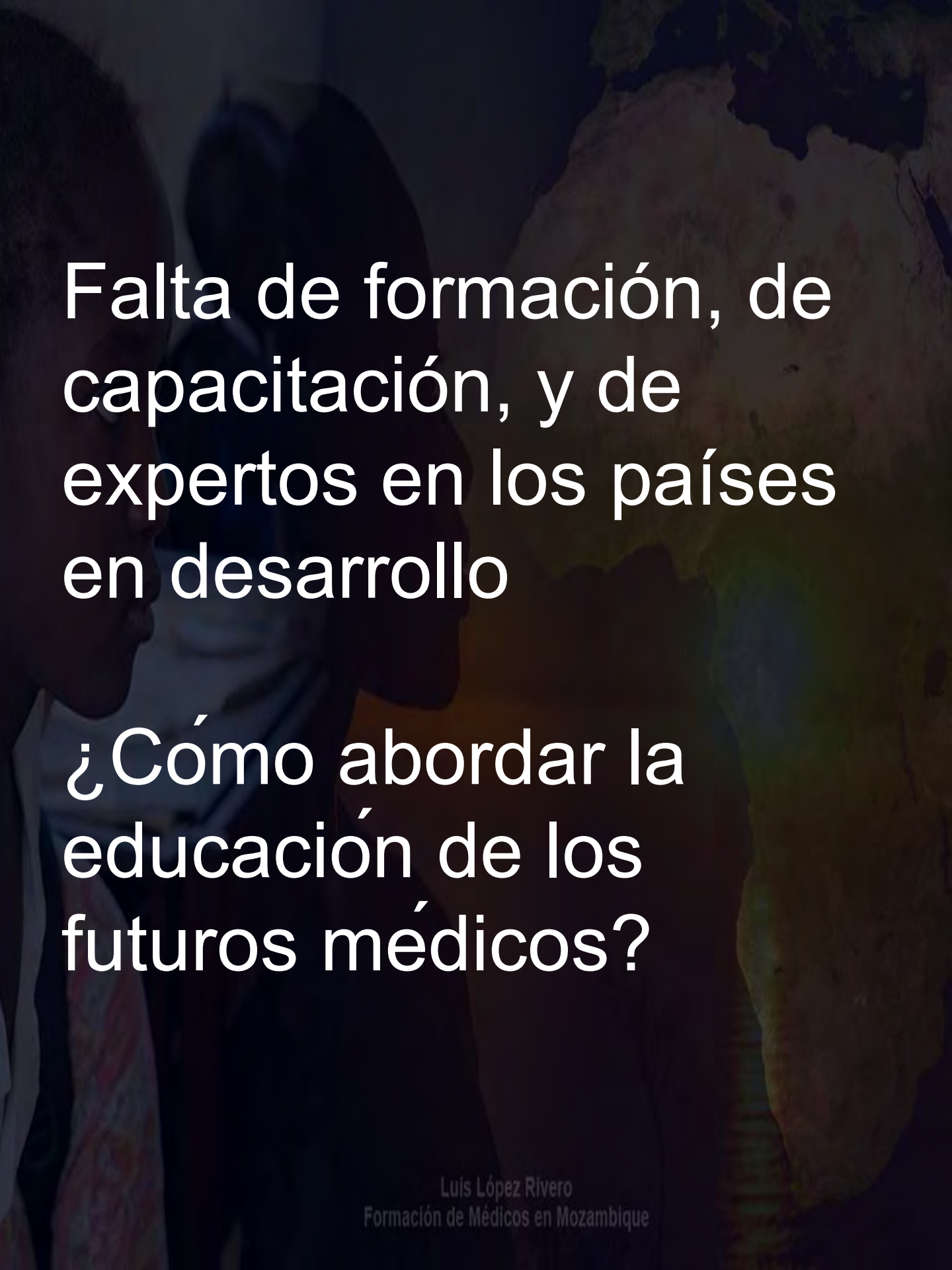


II CONGRESO DE COOPERACION INTERNACIONAL DE LA OMC Santander 2017

La formación, un eje para la Solidaridad

Luis López Rivero
Formación de Médicos en Mozambique



The background features a dark, semi-transparent overlay. On the left, there are silhouettes of several people, possibly in a classroom or meeting setting. On the right, a map of the African continent is visible, rendered in a light, semi-transparent color. The overall tone is professional and academic.

Falta de formación, de
capacitación, y de
expertos en los países
en desarrollo

¿Cómo abordar la
educación de los
futuros médicos?

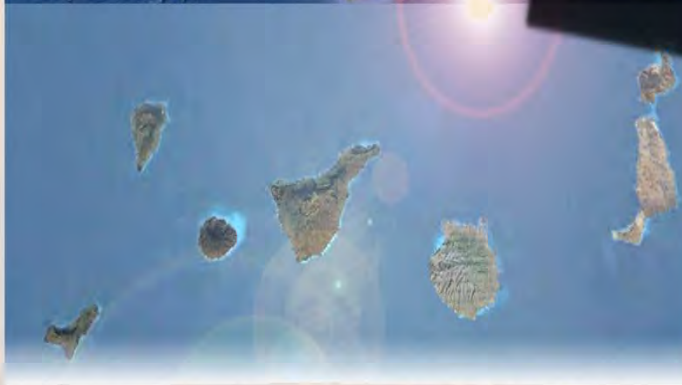
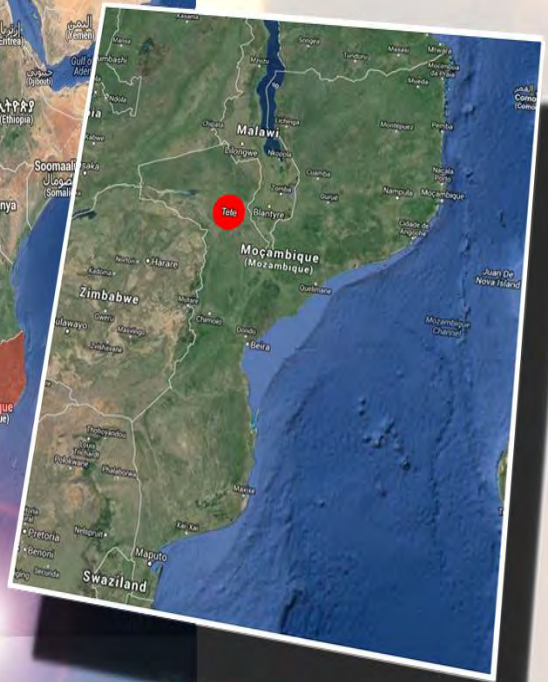


Proyecto ULPGC-UNIZAMBEZE

"Enseñando a pescar"

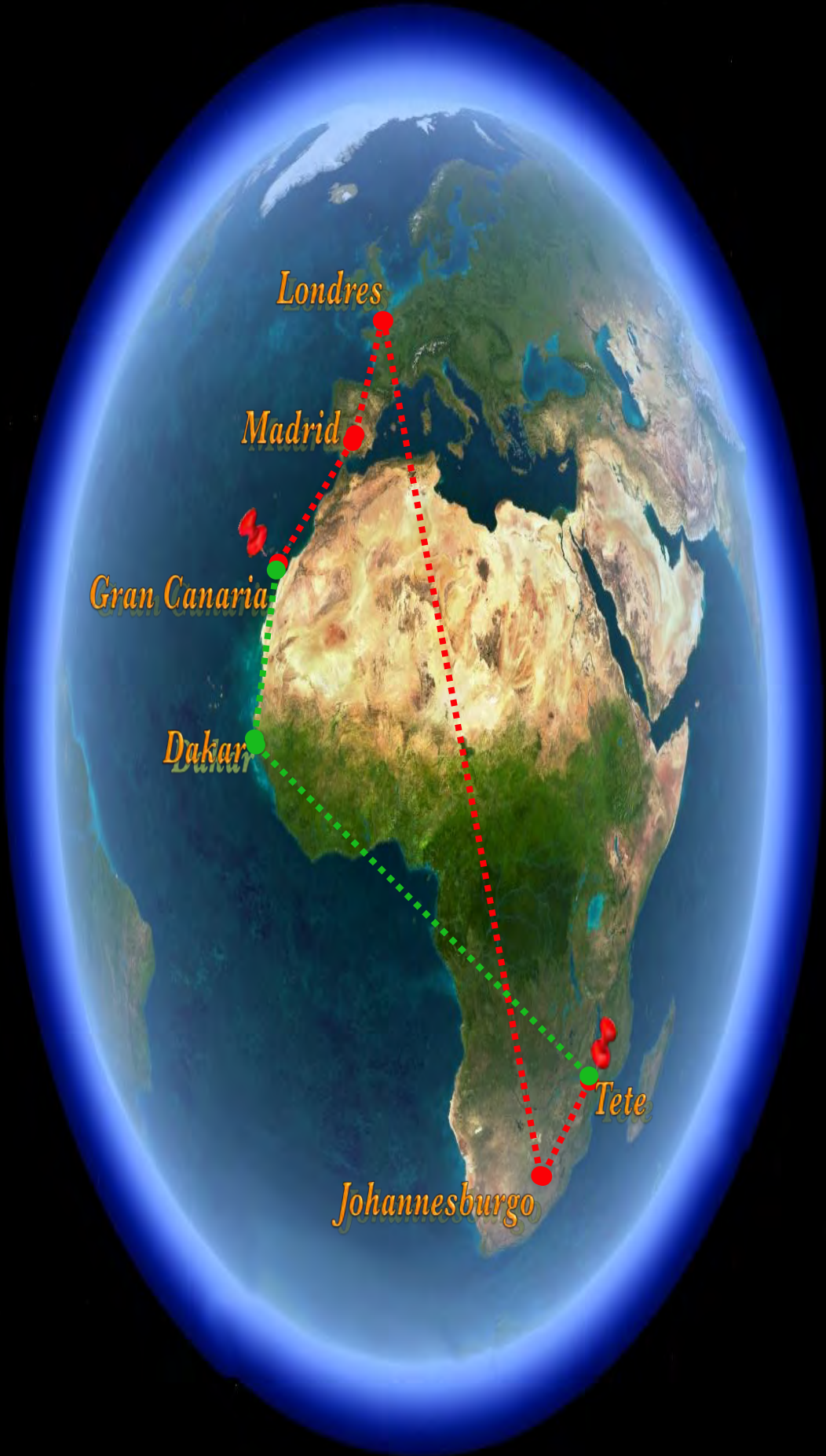
Luis López Rivero

Luis López Rivero
Formación de Médicos en Mozambique





Luis López Rivero
Formación de Médicos en Mozambique



Londres

Madrid

Gran Canaria

Dakar

Tete

Johannesburgo

S
O
R
C
E
S

The background features a dark, semi-transparent overlay. On the left, there are silhouettes of several people, possibly in a meeting or classroom setting. On the right, a map of the African continent is visible, with the colors of the map appearing as light, semi-transparent shapes against the dark background.

2011

- **Elaboración del Convenio ULPGC - Unizambeze**
- **Proyecto Docente: Contenido y Modelo**

Proyecto docente. Contenido

Realidad sanitaria diferente

Patologías prevalentes

Prioridades sanitarias
locales

Edad media

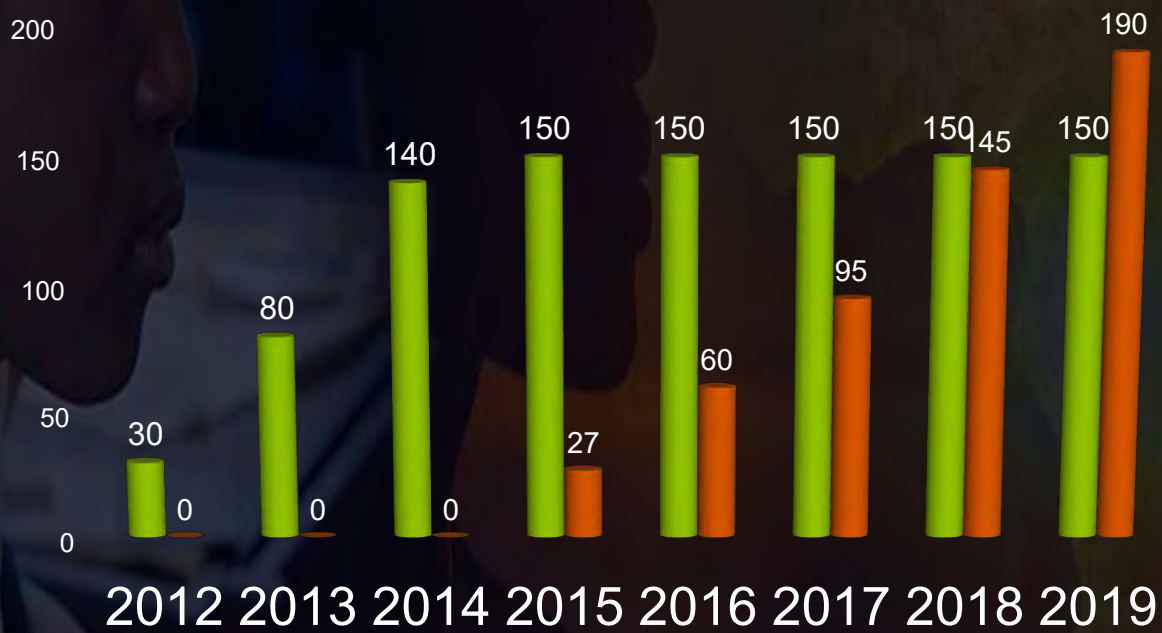
Realidad social diferente

Recursos diferentes

Cultura diferente

Calendario 2010





■ Estudiantes

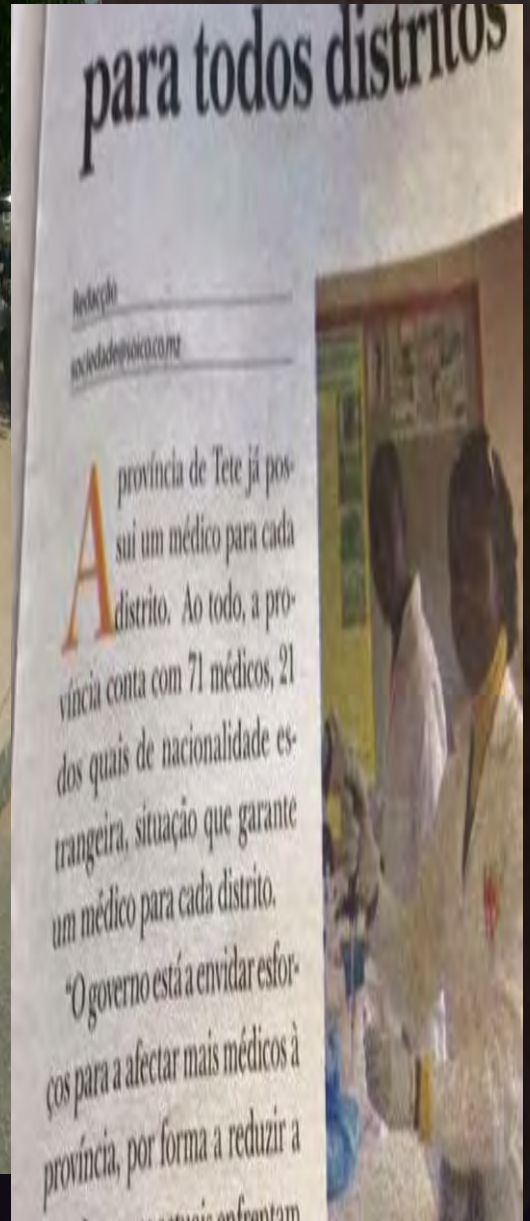
■ Médicos

2015



Luis López Rivero
Formación de Médicos en Mozambique

2015



2016



Luis López Rivero
Formación de Médicos en Mozambique

2016

Protagonistas del tratamiento del brote de cólera

7 estudiantes de la ULPGC:
Formación en cooperación y realización de TFG

Contratación de 4 licenciados como docentes de primer ciclo

Proyectos de investigación

Proyecto especialistas

Proyectos de Investigación

Desnutrición crónica infantil

Preeclampsia y malaria

Tratamiento de brote de cólera

Estudio coste – eficacia y coste – beneficio social

Coste-Eficacia

Coste	Nº	Médicos	Tiempo
Igual	4	De fuera	3 años
Igual	60	Locales	

Cada día los 60 licenciados atienden a una media de 1800 personas



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
Vicerrectorado de Internacionalización
y Cooperación



Fundación
Universitaria
de Las Palmas



Federación Canaria
de Municipios



Cabildo de
Gran Canaria

SOLIDARIDAD INTERNACIONAL
www.grancanaria.com



FUNDACIÓN
ÁGORA



FUNDACIÓN
MAPFRE



CLÍNICA
SAN ROQUE



MINISTERIO
DE ASUNTOS EXTERIORES
Y DE COOPERACIÓN



cooperación
española

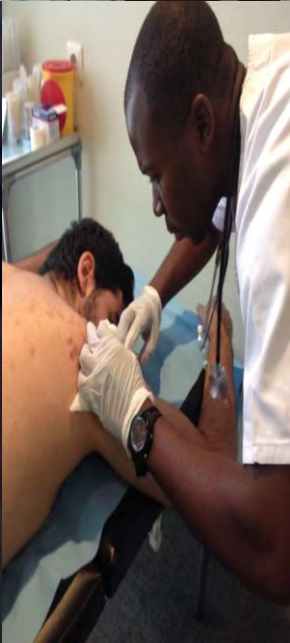


Luis López Rivero
Formación de Médicos en Mozambique

Sostenibilidad



Sostenibilidad



Sostenibilidad

“Proyecto Especialistas”

- AECID - Ministerio de Saude
- 3 especialidades básicas: 4 ó 5 años
- Recursos combinados: HP de Tete, Maputo y Las Palmas

(Formación on line)



Luis Lopez Rivero
Formación de Médicos en Mozambique

2017

Profesor residente

6 nuevos profesores para
el primer ciclo

Taller de habilidades

Nuevo proyecto docente

Cambios en el proyecto docente

- Radiodiagnóstico: Rx simple y Ecografía
- Comunicación médico paciente
- Metodología de la investigación clínica
- Gestión sanitaria básica
- Talleres prácticos y temáticos:
 - Atención al traumatizado
 - Infecciones
 - Desnutrición y deshidratación
 - Atención materno-infantil

SI

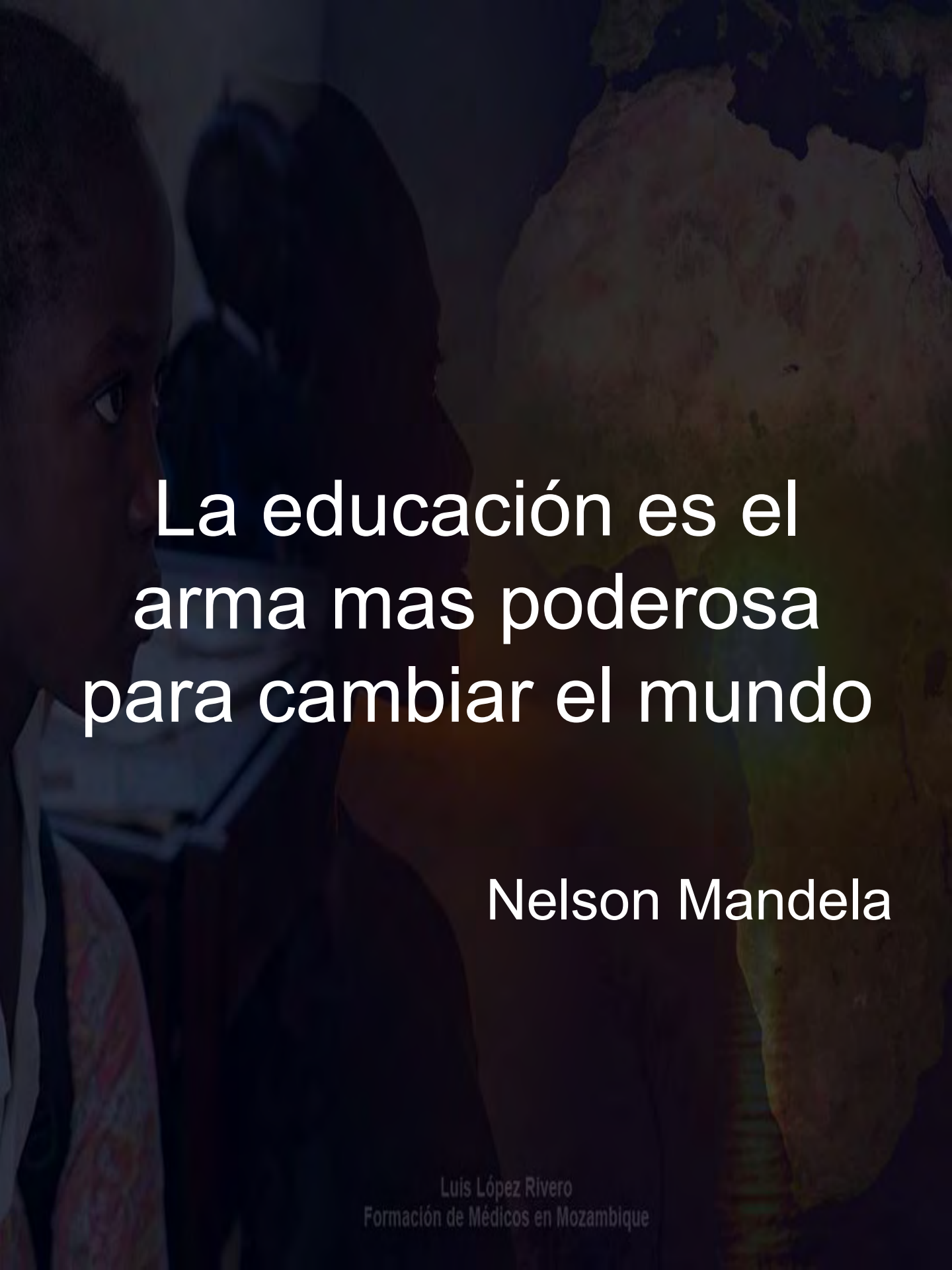


Lecciones aprendidas

Formación adaptada a la realidad sanitaria, social y económica del país

No siempre las autoridades académicas y sanitarias locales son los interlocutores adecuados

Si los alumnos de sexto curso, los médicos y las organizaciones médicas colegiales y científicas



La educación es el
arma mas poderosa
para cambiar el mundo

Nelson Mandela

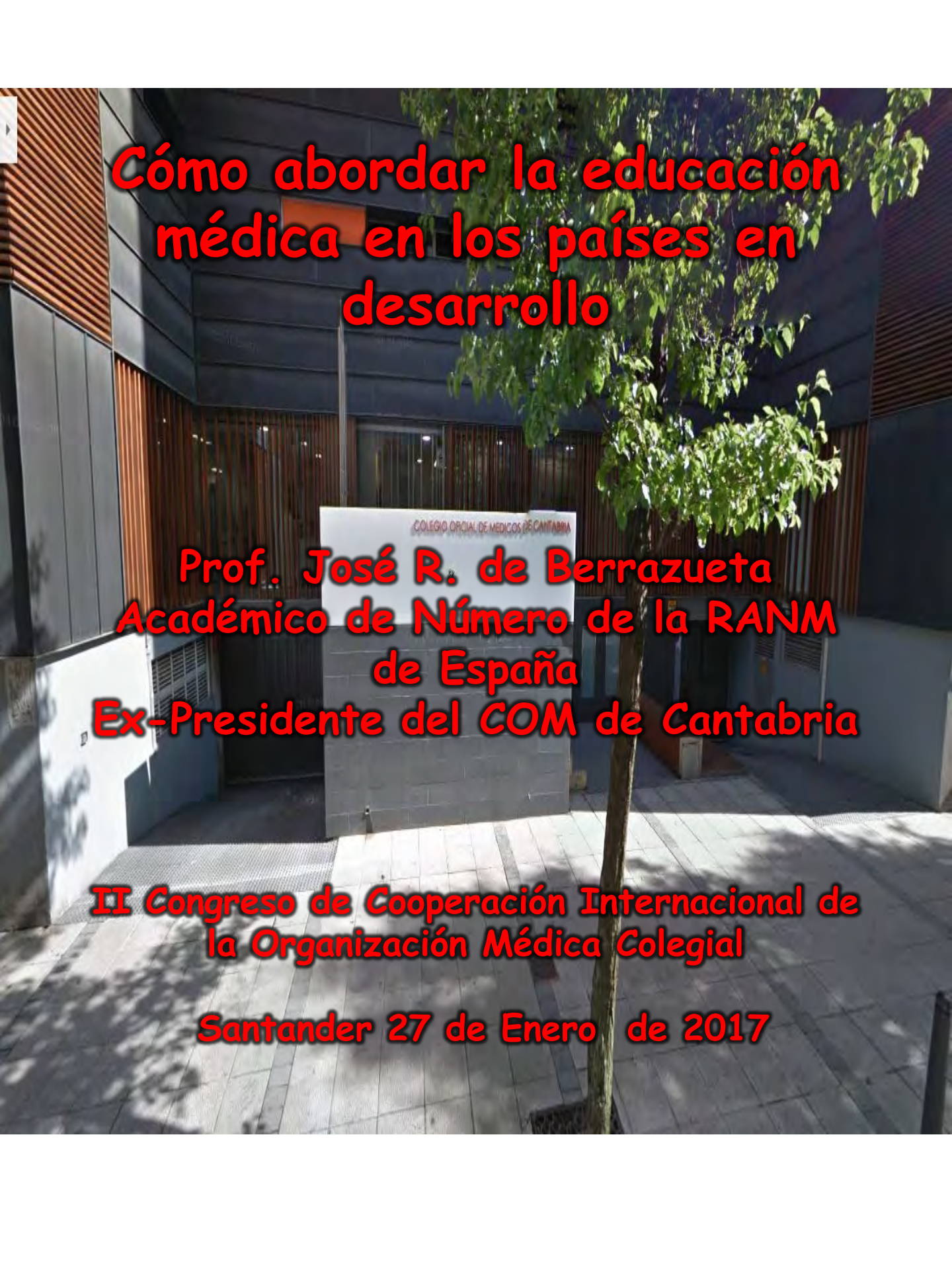
OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



Cómo abordar la educación médica en los países en desarrollo

**Prof. José R. de Berrazueta
Académico de Número de la RANM
de España**

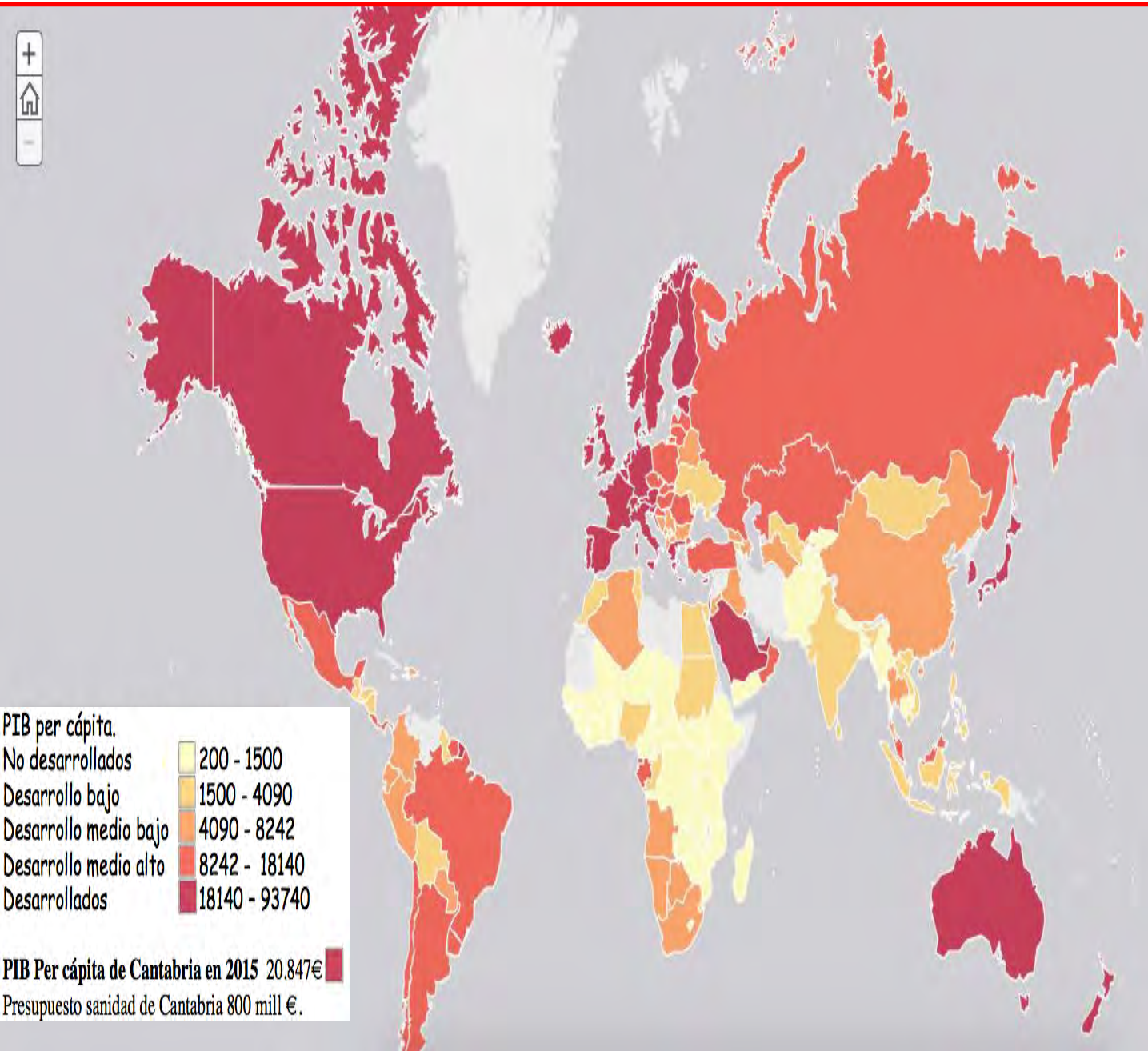
Ex-Presidente del COM de Cantabria

**II Congreso de Cooperación Internacional de
la Organización Médica Colegial**

Santander 27 de Enero de 2017

Gross national income per capita 2015

Ingreso nacional bruto per cápita 2015 - (Renta per capita)



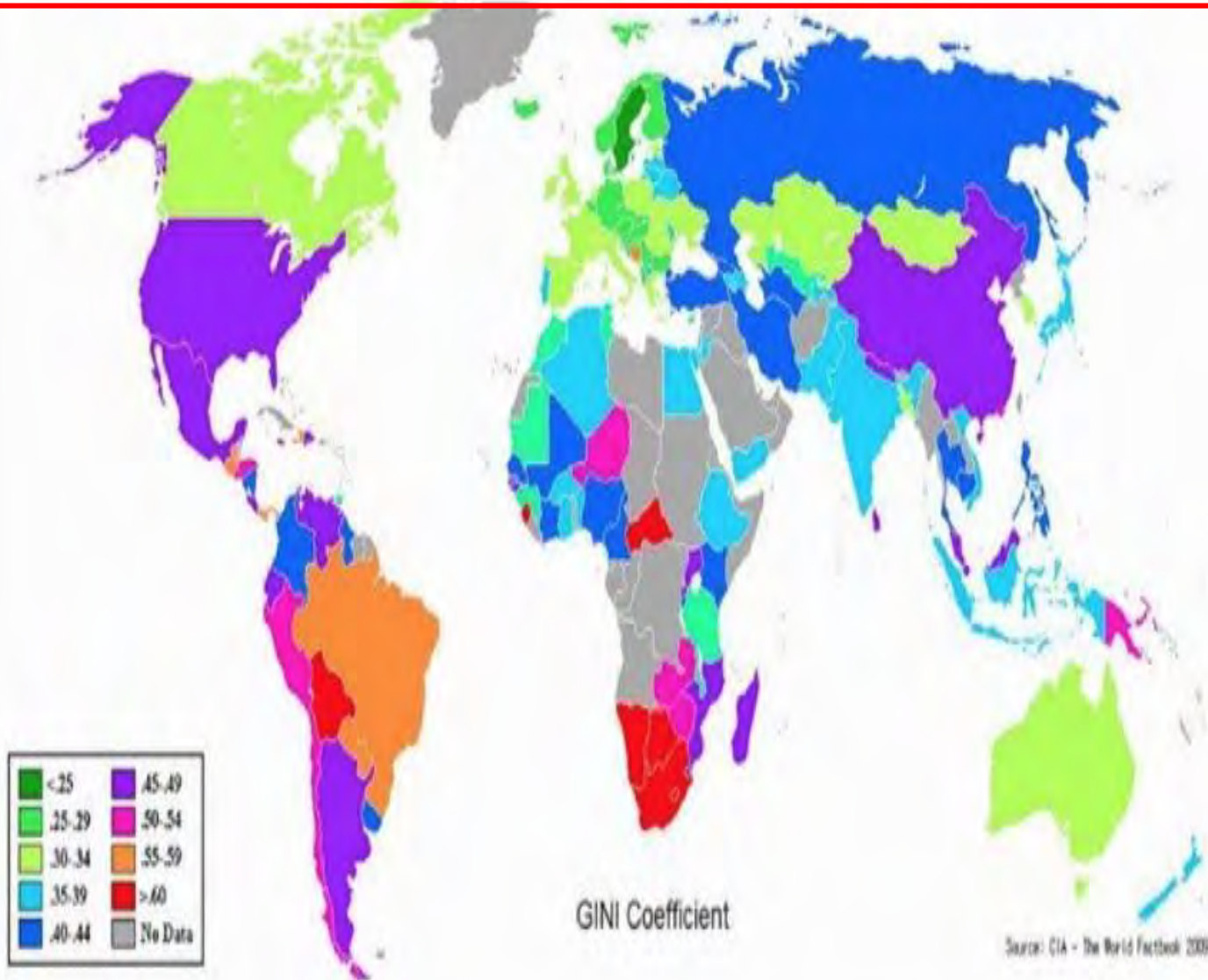
Renta per capita

al día en \$.

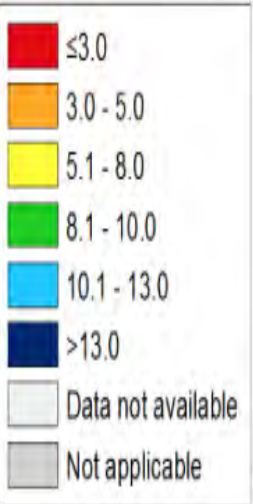
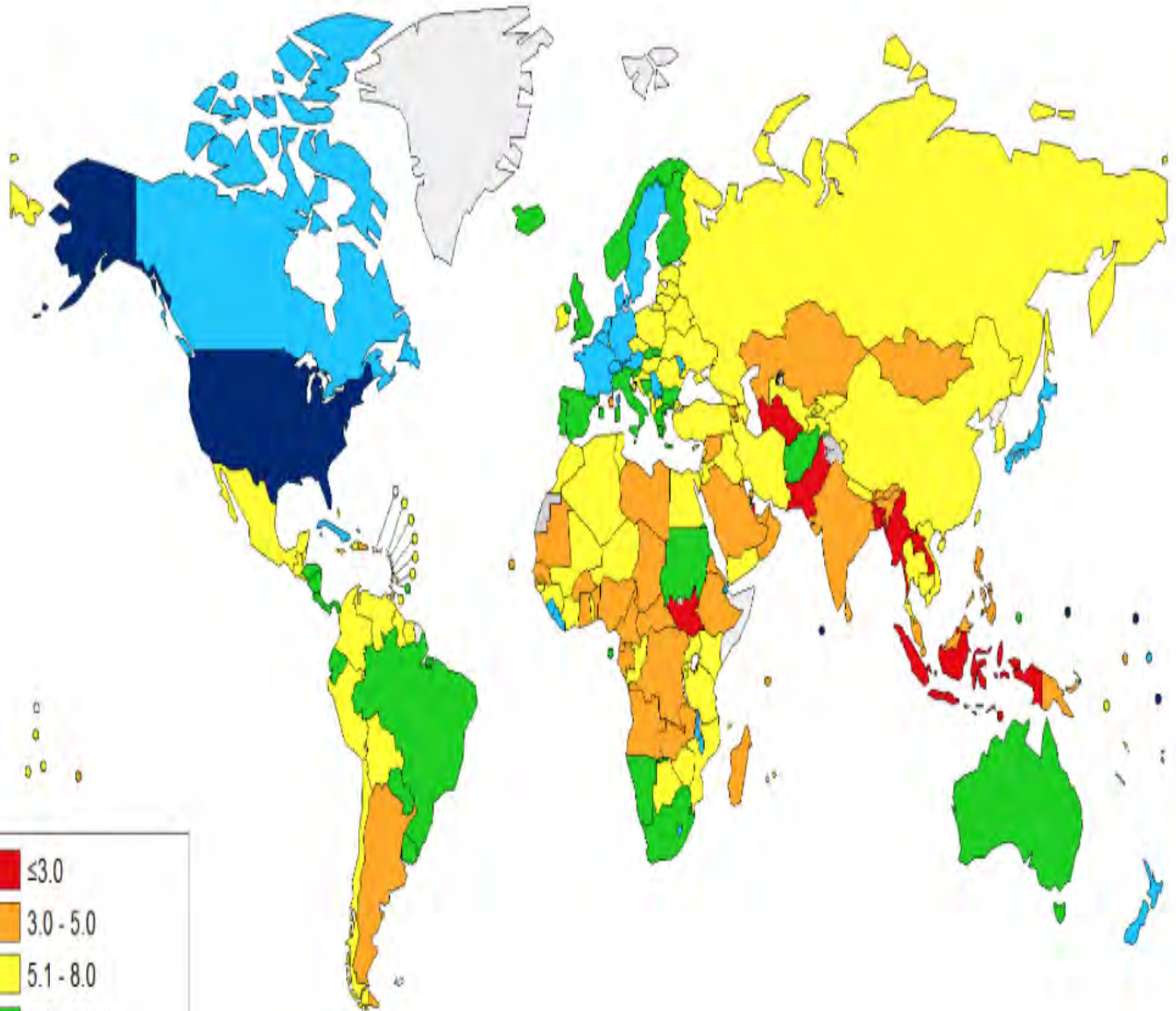
No Desarrollados	0,7 ---
4	
Desarrollo bajo.	4 -----
12	
Desarrollo medio bajo	12 -----
20	
Desarrollo medio alto	20 -----

Indice de desigualdad en el mundo - año 2009

Coeficiente Gini en el mundo - año 2009



Gasto total en salud, en porcentaje del producto interior bruto - año 2014



* Based on data updated on 20 June 2016.

The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: Global Health Observatory, WHO
Map Production: Information Evidence and Research (IER)
World Health Organization

Variables para clasificar el desarrollo de los países

Por sus ingresos económicos

Por su desigualdad

Por su desarrollo educativo

Por sus sistemas de salud

Por su desarrollo o progreso social

Por su desarrollo humano

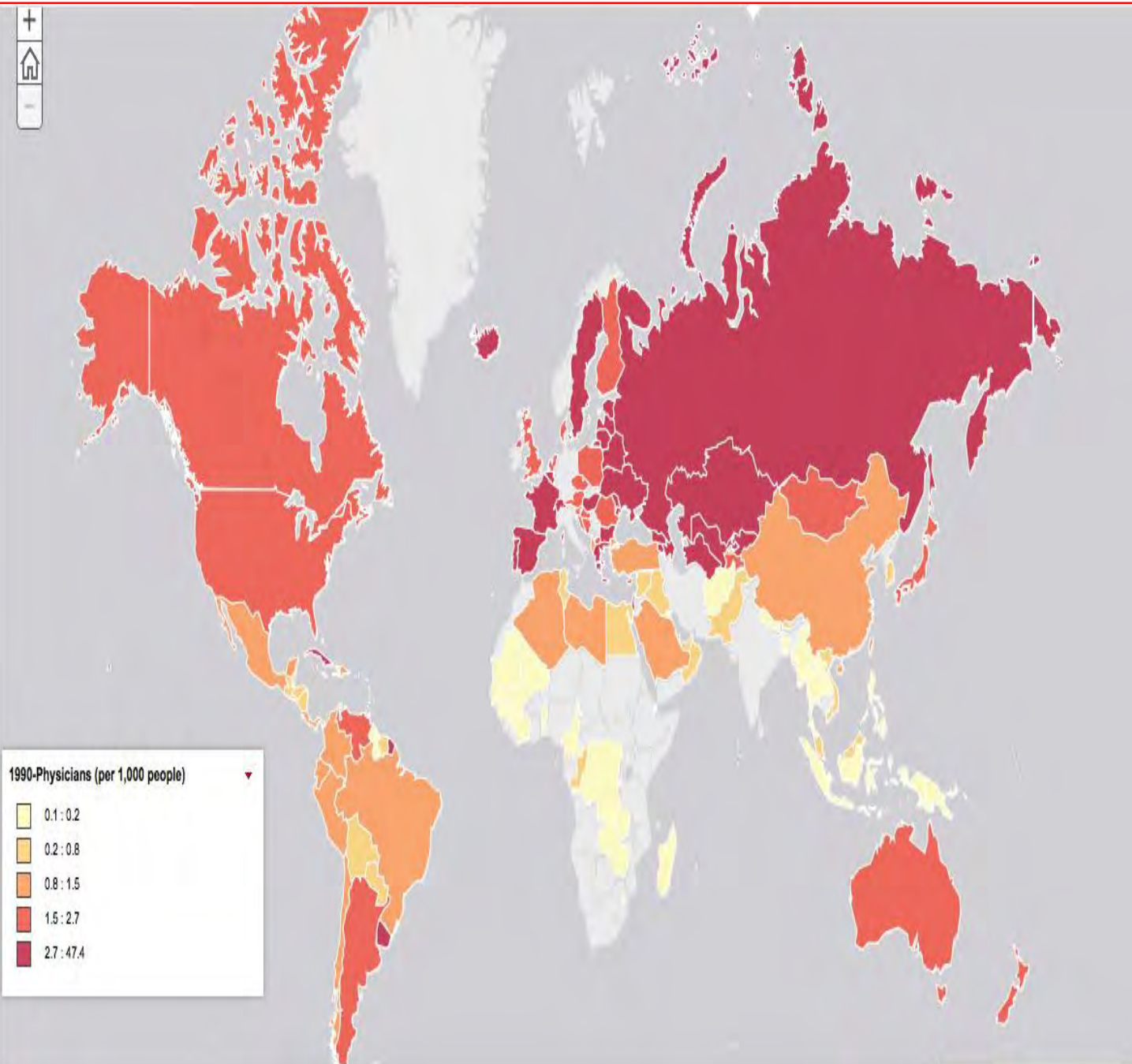
Por su protección Medio
Ambiental...

THE 8 MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS

- 1.- Erradicar la **pobreza extrema** y el **hambre**
- 2.- Lograr la **educación primaria universal**
- 3.- Promover la **igualdad de género** y el **empoderamiento de la mujer**
- 4.- **Reducir la mortalidad infantil**
- 5.- **Mejorar la salud materna**
6. - **Combatir el VIH / SIDA, el paludismo y otras enfermedades**
7. - **Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente**
- 8.- **Desarrollar una asociación mundial para el desarrollo**

Algunas estadísticas de salud

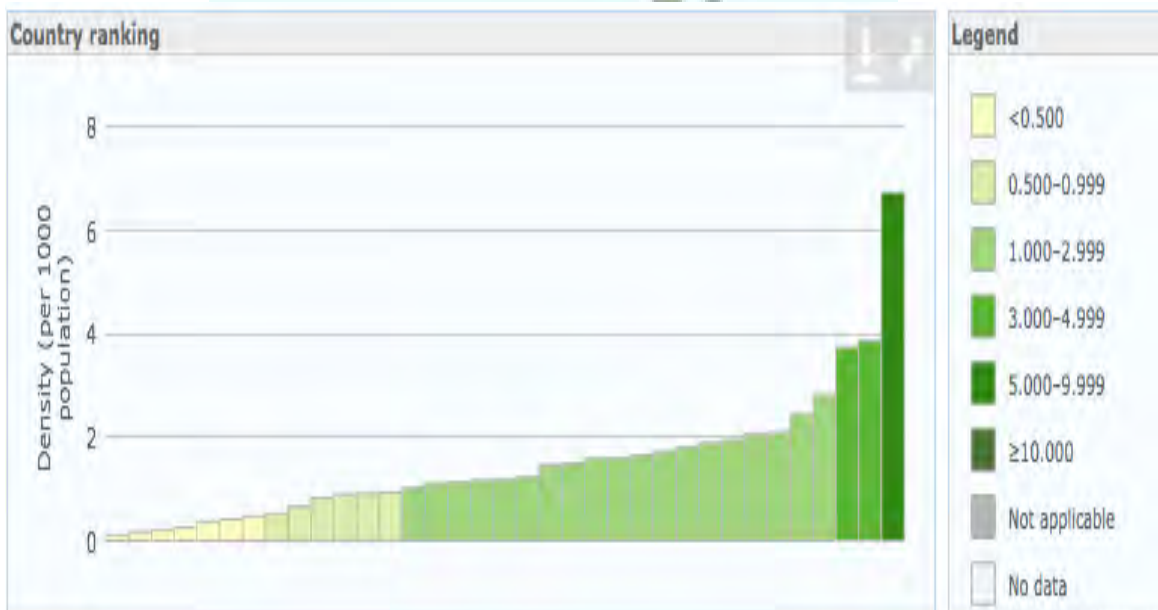
Número de médicos por / 1000 habitantes



Algunas estadísticas de salud Número de médicos por / 1000 habitantes

El 44% de los estados miembros de la OMS comunican que tienen menos de un médico por 1000 habitantes.

En América, salvo en Bolivia, está entre 1 y 10 / 1000
h



El número de médicos en Africa está entre 3 (Argelia) y menos de 0,5 / 1000 h



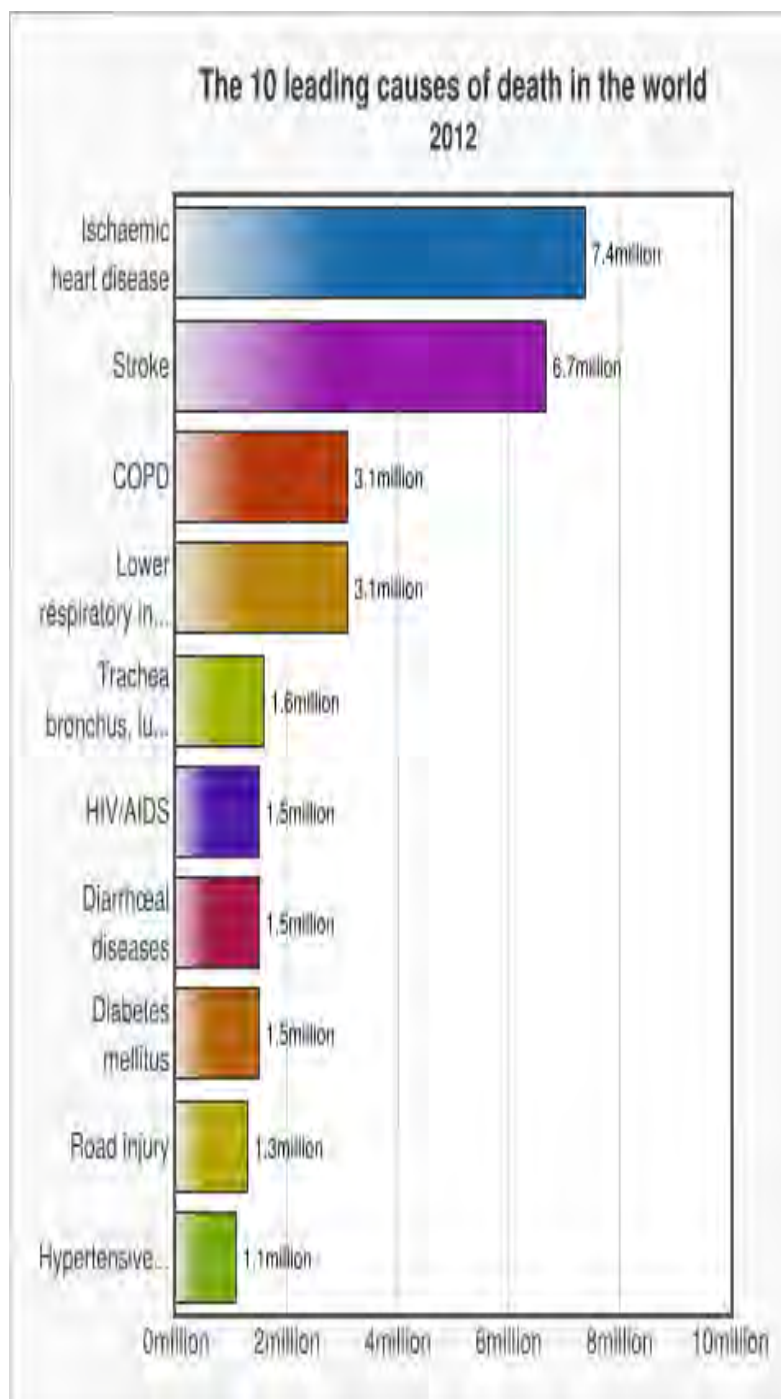
Working together for health

The World Health Report 2006

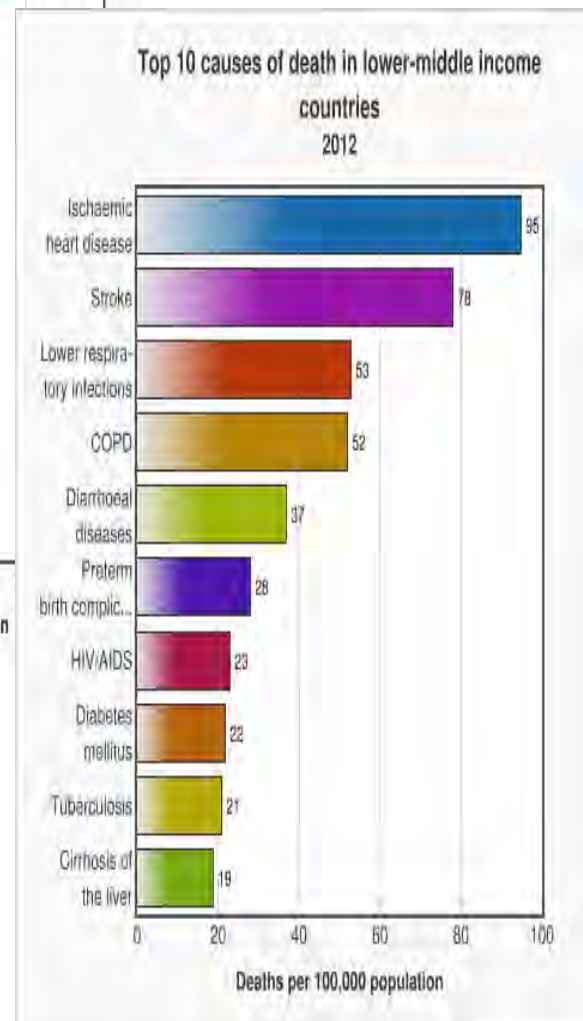
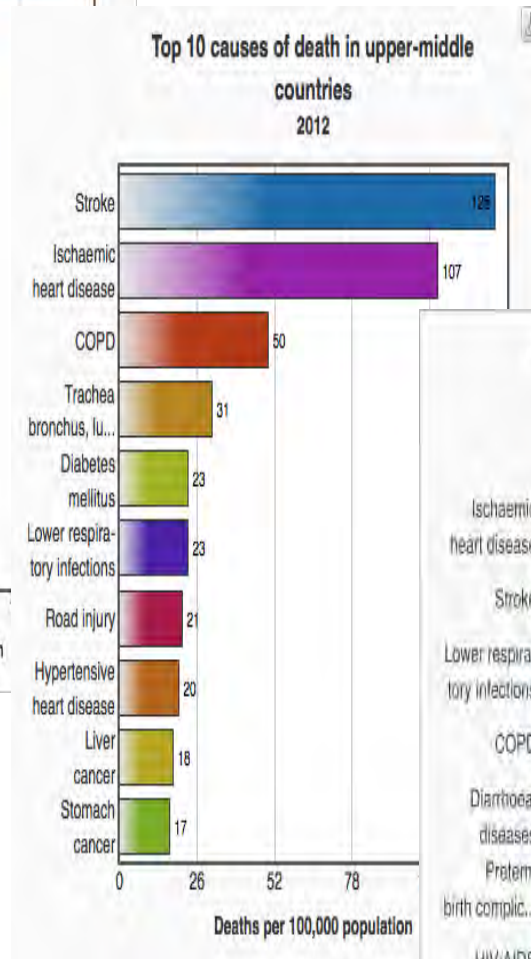
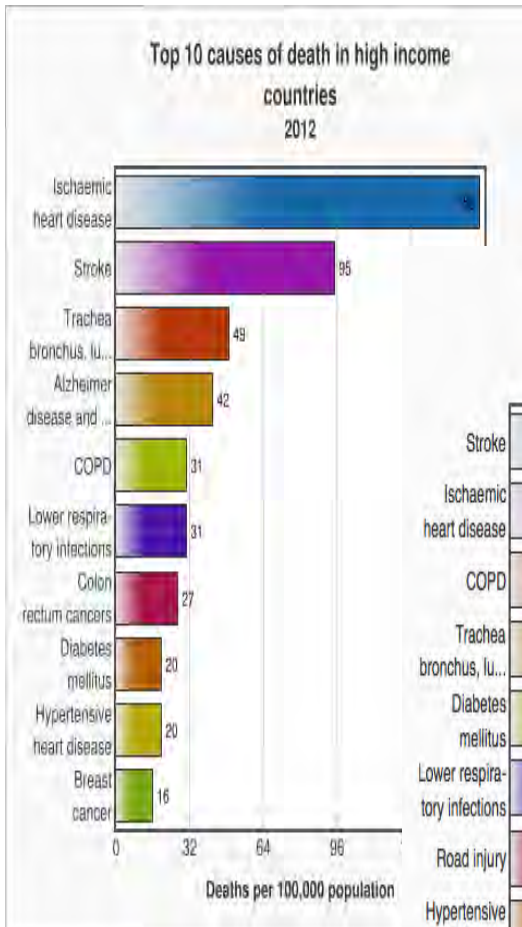


Existe una fuerte evidencia de que el **número y la calidad de los trabajadores sanitarios** están positivamente asociados con la cobertura de la **inmunización**, la cobertura de la **atención primaria** y la **supervivencia de los lactantes, los niños y las madres.**

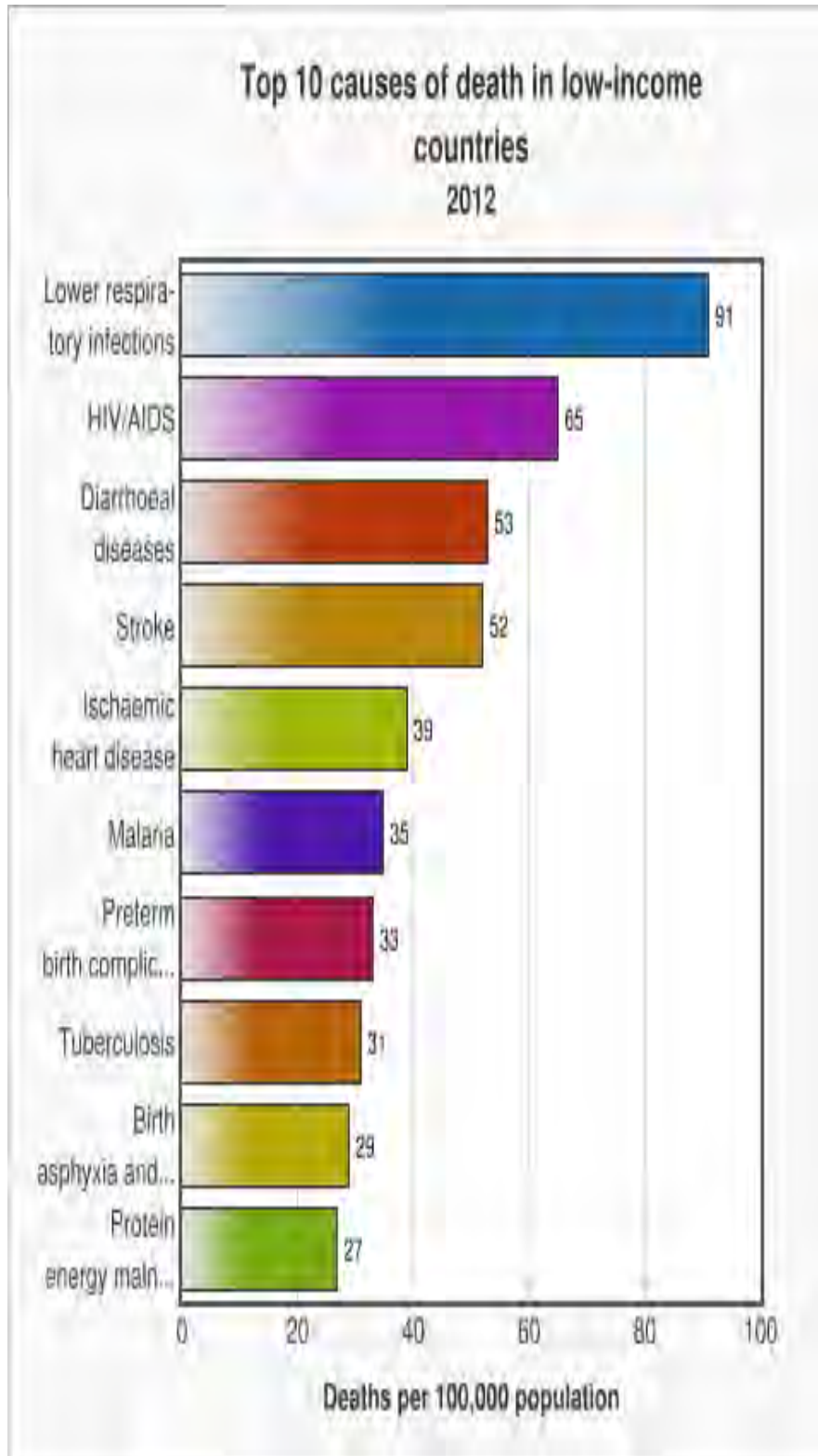
Las 10 causas principales de muerte en el mundo. 2012



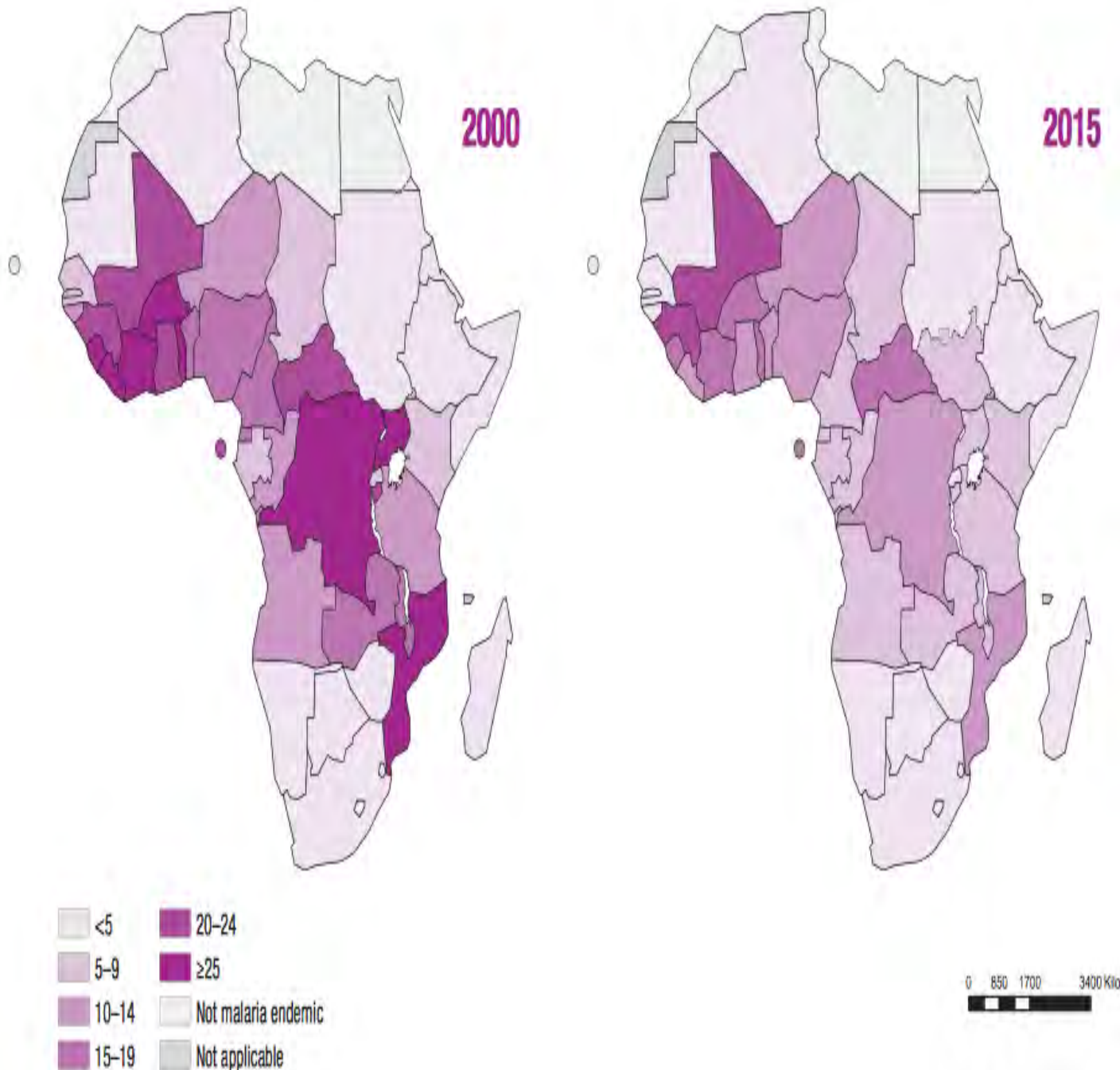
Las 10 causas principales de muerte en países desarrollados, desarrollo medio alto y desarrollo medio bajo. 2012



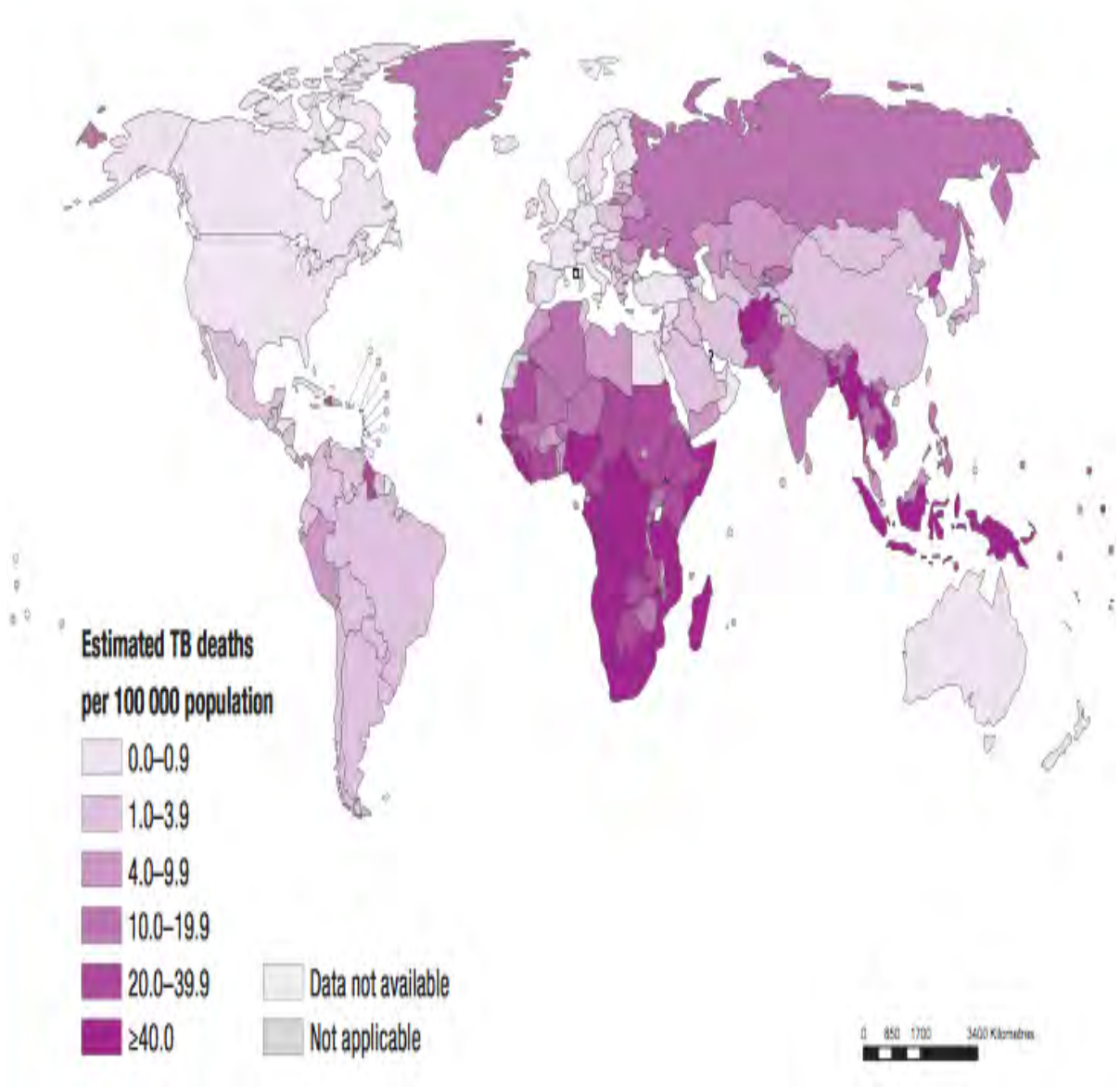
Las 10 causas principales de muerte en países con bajo o no desarrollados. 2012



Mortalidad por MALARIA en niños < 5 a. Africa Sub Sahariana. 2000 - 2015



Mortalidad por TBc excluidos los VIH. 2014



AFR, African Region; AMR, Region of the Americas; SEAR, South-East Asia Region; EUR, European Region; EMR, Eastern Mediterranean Region; WPR, Western Pacific Region.

Prevalencia de VIH en adultos entre 15 y 48 a en regiones WHO. 2014



Prevalence (%) by WHO region

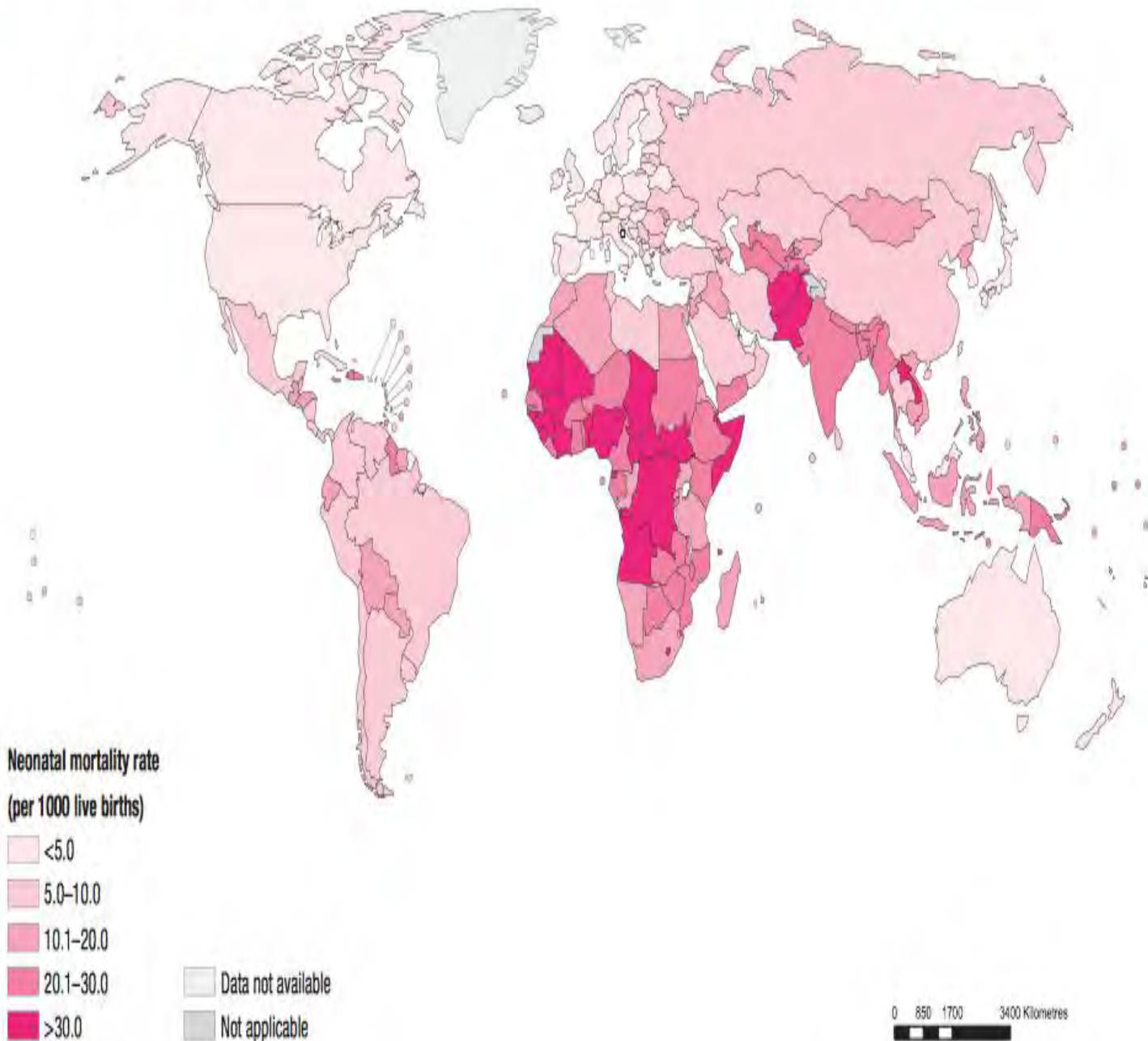
Western Pacific: 0.1	Europe: 0.4
Eastern Mediterranean: 0.1	Americas: 0.5
South-East Asia: 0.3	African: 4.5

Global prevalence: 0.8%

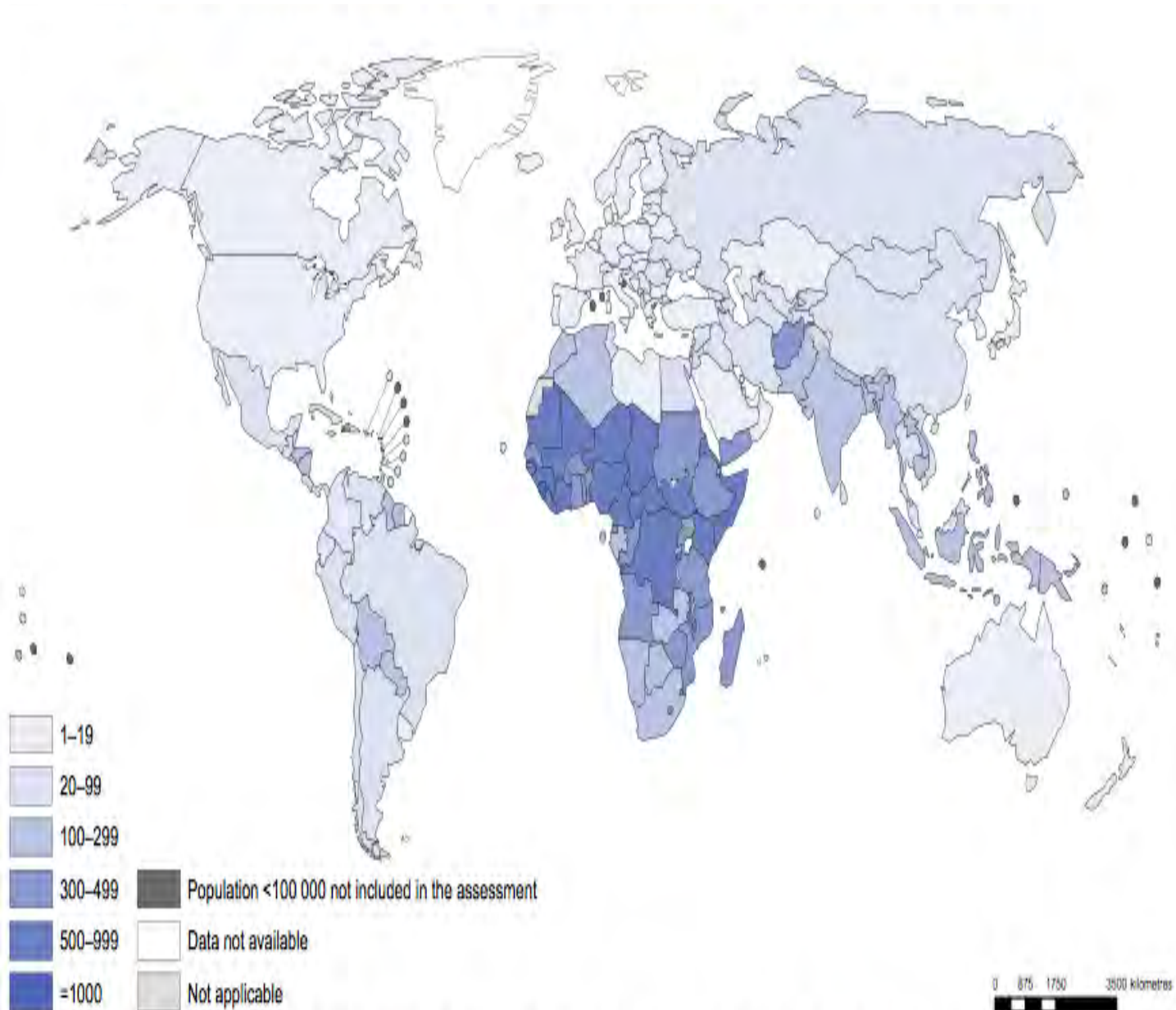
0 875 1750 3500 Kilometros

AFR, African Region; AMR, Region of the Americas; SEAR, South-East Asia Region; EUR, European Region; EMR, Eastern Mediterranean Region; WPR, Western Pacific Region.

Mortalidad Neonatal. 2015



Tasa de Mortalidad materna (TMM) por 100.000 nacidos vivos. 2015



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization
Map Production: Health Statistics and Information Systems (HSI)
World Health Organization.

Problemas Sociales en Países de Bajo Desarrollo que determinan la precaria salud permanente:

- PIB per cápita $\leq 1 \text{ €}$ con Índice **GINI** elevado.
- Exclusión social de los más vulnerables
- Discriminación por razones étnicas, culturales y de género, para acceder a la atención médica o sanitaria necesaria, aunque sea precaria
- **Recrudescimiento** generalizado de la **pobreza** y de muchos **conflictos armados**.
- Proliferación de **campos de refugiados**
- Incremento de **corrientes migratorias** forzosas, etc.,

¿Cómo abordar la educación de los futuros médicos en los países con medio bajo y bajo desarrollo ?

1°.- **Clasificar a los países según el nivel de desarrollo (PIB).** Desarrollados. Desarrollo medio alto. Desarrollo medio bajo y Bajo desarrollo

2°.- **Conocer las causas de muerte en los Países con Bajo desarrollo :** 1.- Infecciones respiratorias. 2.- HIV /SIDA. 3.- Diarreas. 4.- Ictus. 5.- Cardiopatía isquémica. 6.- Malaria. 7.- Complicaciones periparto maternas. 8.- Tuberculosis. 9.- Daño por asfixia neonatal. 10.- Desnutrición.

3°.- **Establecer a través de qué organizaciones se dará la ayuda.**

Numerosísimas organizaciones internacionales de cooperación, de ayuda humanitaria, de cada país desarrollado, Organizaciones no gubernamentales, de la Iglesia, de Cruz Roja, Unicef, etc etc ...

4°.- Principios que deben regir la asistencia sanitaria elemental o básica, para que la salud alcance a toda la población en Países de Bajo Desarrollo (Alma Ata 1973):

- Focalizar la asistencia en la **atención primaria**
- Justicia social.**
- Equidad.**
- Respeto de los **derechos humanos.**
- Promoción del **acceso universal** a la asistencia.
- Implicación **comunitaria.**
- Prioridad **a los más vulnerables.**

¿Cómo abordar la educación de los futuros médicos en los países con medio bajo y bajo desarrollo ?

5°.- Hacer llegar la **ayuda a las personas** y no a los gobiernos.

6°.- Establecer **programas de SALUD BASICA**: Saneamiento, potabilización agua, Higiene, prevención y protección contra prácticas de mutilación.

7°.- **Formación de personal sanitario** en los procesos propios del país: Infecciones, desnutrición, salud materno infantil Supervivencia de lactantes niños y madres. Cobertura de inmunización, cobertura de la atención primaria.

8°.- **Formación de personal en Educación Básica** - Maestros de Primaria.

¿Cómo abordar la educación de los futuros médicos en los países con bajo desarrollo ?

9°.- Aumentar el número de

- Maestros,
- Médicos y paramédicos,
- Enfermeras y
- Comadronas.
- Auxiliares sanitarios,
- Cuidadores familiares,
- Trabajadores sanitarios a tiempo parcial, Voluntarios sanitarios.

Superar la cifra de 23 sanitarios por /10.000 habitantes para tener un mínimo desarrollo de salud .

**Convenio de la Fundación de los Colegios
Médicos para la Cooperación
Internacional (FCOMCI) y el Consejo
Estatutal de Estudiantes de Medicina
(CEEM)**

Convenio para la **formación en
cooperación para el desarrollo de
estudiantes de Medicina españoles:**

- **Salud en emergencia.**
- **Ayuda humanitaria.**
- Desarrollo y/o participación en **cursos, seminarios, jornadas, encuentros** según necesidades detectadas.
- **Contactar con la realidad** de la **población** de los países en desarrollo y estrechar los lazos entre el ámbito académico y las entidades sociales.
- Promover **eventos** organizados por ambas partes y que se consideren **de interés común.**

800 AÑOS DE UNIVERSIDADES 1218 - 2018

Universidad de **Salamanca**, fundada en **1218** por Alfonso IX de León



La Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, **Bolivia**, fundada el 27 de marzo de **1624**



University of **Botswana** **1964**



University of **Zimbabwe** College of **Health Sciences** **1955**

21 teaching departments, one School and an Institute of Continuing Health Education

Faculty of Medicine



¿Cómo abordar la educación de los futuros médicos de los países de bajo desarrollo en países desarrollados?

- **En sus países:** Formación de Médicos en su patología prevalente y con los medios que podrán manejar de acuerdo a sus recursos.
- **En España:** Tras establecer **acuerdos de cooperación gubernamentales:** Formación de Médicos idéntica que cualquier médico español, con los mismo medios y exigencias de nuestro sistema de universitario y de salud.
- Tras **acuerdos de cooperación gubernamental,** **especialización** accediendo **vía MIR** con las mismas facilidades o dificultades que los médicos españoles.
- Posible para **países de desarrollo medio,** con el compromiso, al menos ético, de que volverán a sus países.

¿Cómo abordar la educación de los futuros médicos de los países de bajo desarrollo en países desarrollados?

- No tiene sentido para los países que necesitan recursos de salud más elementales.
- Fomentar la formación en su medio de personal sanitario en general. Formar agentes sanitarios mediante la educación, las prácticas y el intercambio de experiencia.
- **Fomentar la ayuda y cooperación institucional del sistema sanitario y universitario de los países desarrollados con y en los países no desarrollados a través de organizaciones establecidas.** Procurar no hacer nuevas organizaciones que aumenten la burocracia en los países desarrollados.

¿Cómo abordar la educación de los futuros médicos en los países en desarrollo medio bajo ?

Compromiso de los Médicos Nativos que se formen fuera de su país en volver a desarrollar su labor en el mismo. A más formación mas **"fuga de cerebros"**.

Para ello esos países deberían:

-**Mejorar el PIB** del propio país y per cápita - imposible, salvo cambios en estructuras político administrativas que mejoren las condiciones económicas de todos los individuos.

Políticas favorables al desarrollo del país y de los individuos.

Reducción de las políticas que lo impiden. (Ejemplo de Bostwana).

Modificación de las causas que Expulsan al personal sanitario (Factores profesionales, económicos, Factores Socio Políticos).

Médicos formados en África Subsahariana que trabajan en Países de la OCDE (OMS 2006)

Nº	PAÍS DE ORIGEN	Número total de médicos en el país de origen	Médicos que emigran	
			Número	% del país de origen
1	Angola	881	168	19
2	Camerún	3.124	109	3
3	Etiopía	1.936	335	17
4	Ghana	3.240	926	29
5	Mozambique	514	22	4
6	Nigeria	34.923	4.261	12
7	Tanzania	822	46	6
8	Sudáfrica	32.973	12.136	37
9	Uganda	1.918	316	16
10	Zimbabue	2.086	237	11
	TOTAL	82.417	18.556	23% (media)

* Países receptores de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico): Alemania, Australia, Canadá, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Portugal y Reino Unido

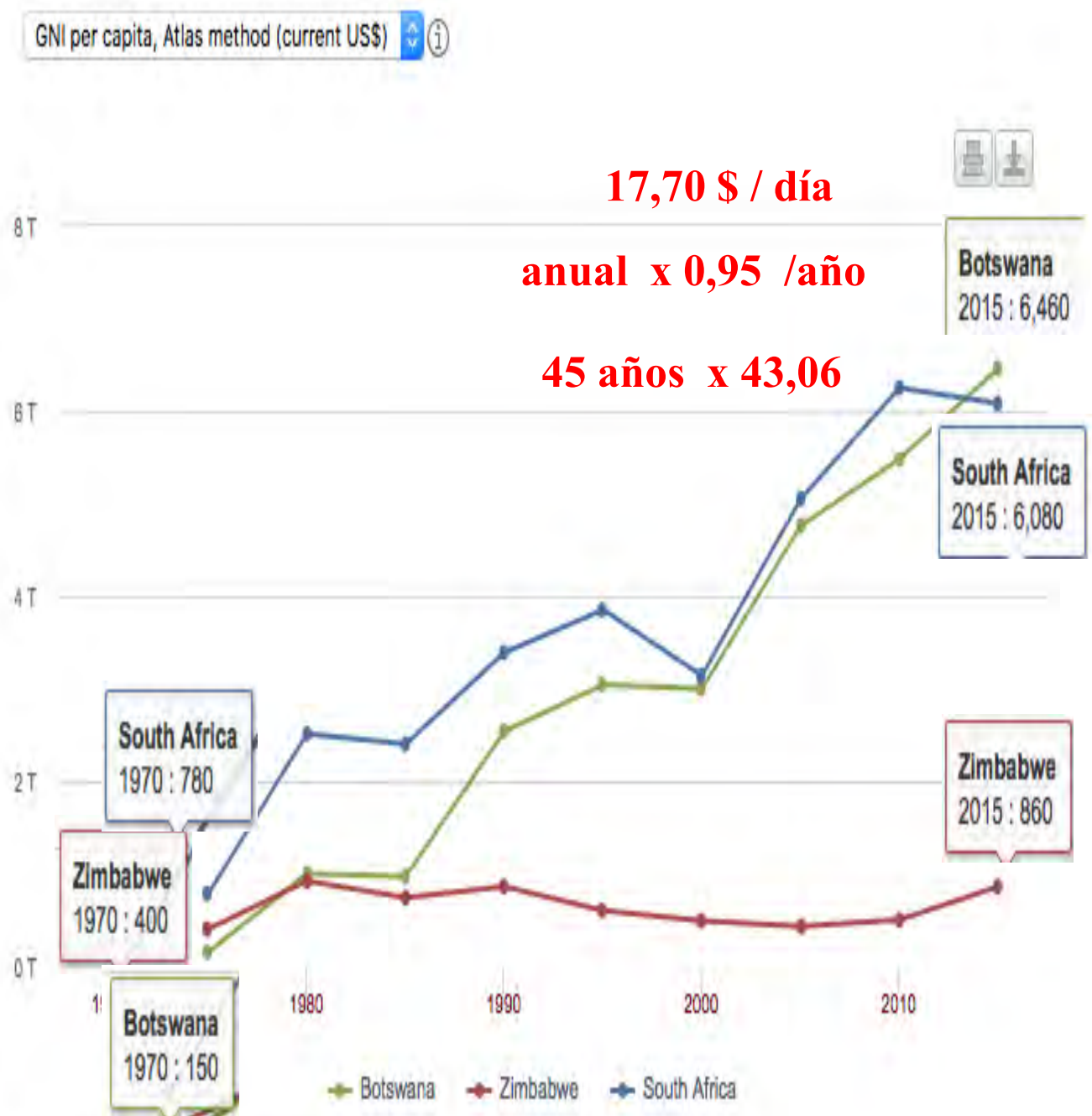
GNI per capita, Atlas method (current US\$)

World Bank national accounts data, and OECD National Accounts data files.

License: [Open](#)



Crecimiento del PIB per cápita en BOTSWANA, ZIMBABWE Y SOUTH AFRICA 1970-2015



Source: World Development Indicators

Muchas Gracias

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

FACULTAD
DE MEDICINA





Facultad de Medicina

FACULTAD DE MEDICINA



INAUGURACIÓN : 1975



Facultad de Medicina

ALUMNOS

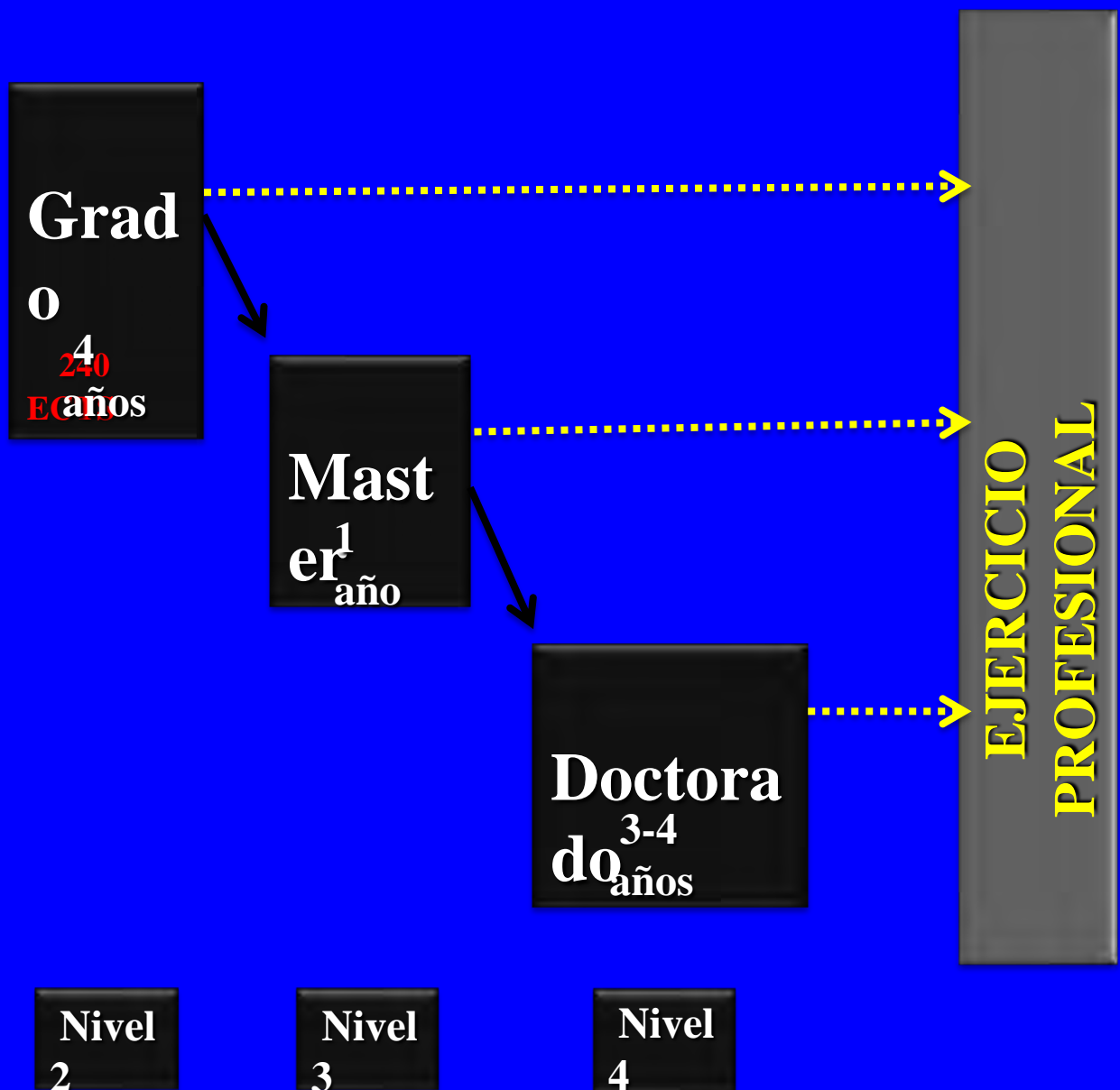


➤ **Nº TOTAL DE ALUMNOS : 727**

- **SOLICITUDES : 2.849** (Julio 2016)
- **ADMISIÓN : 120 alumnos**
(*numerus clausus*)
- **NOTA DE CORTE : 12,298**
(Septiembre 2016)

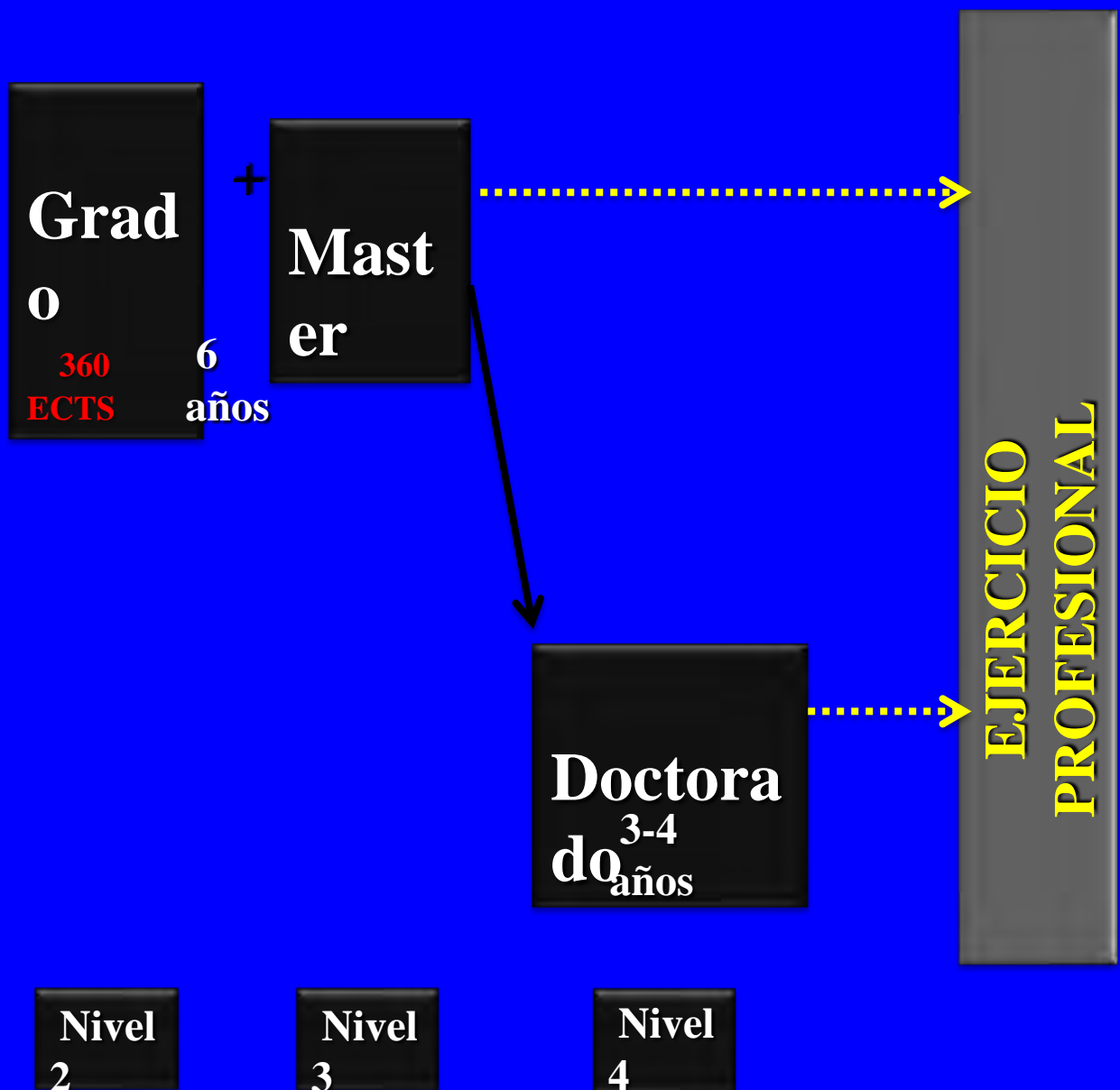
MECES

(Marco Español de
Cualificaciones para la
Educación Superior)



MECES

(Marco Español de
Cualificaciones para la
Educación Superior)



Créditos y Cursos

- **360 créditos ECTS**
- **6 cursos de 60 créditos**

MÓDULOS

I. Morfología, estructura y función del cuerpo humano

II. Medicina Social, habilidades de comunicación e iniciación a la investigación

III. Formación clínica humana

IV. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos

V. Prácticas tuteladas y Trabajo fin de grado

- **Todas son de 6 créditos (UC)**

- **Cursos 1º a 5º : 10 asignaturas (5 por cuatrimestre)**

- **Curso 6º :**
 - **Rotatorio práctico (5 asignaturas)**
= 1080 h.
 - **ECOIE (Examen Clínico Objetivo Estructurado)**
 - **Trabajo Fin de Grado (6 créditos)**



Rotatorio: Prácticas clínicas

- **Hospital Universitario Marqués de Valdecilla**
- **Centros de Salud:**
 - ❖ **Cazoña**
 - ❖ **La Marina**
 - ❖ **Numancia**
 - ❖ **Camargo**



ECO E

(Examen Clínico Objetivo
Estructurado)



➤ **MAPA DE COMPETENCIAS**

- Anamnesis
..... 20 %
- Exploración física
..... 15 %
- Habilidades
técnicas/procedimentales..... 10 %
- Habilidades de comunicación
..... 15 %
- Juicio clínico, plan de manejo
diagnóstico y terapéutico
..... 20 %
- Prevención y promoción de la salud
..... 10 %
- Relaciones interprofesionales
..... 5 %

ECOPE

(Examen Clínico Objetivo Estructurado)



Trabajo Fin de Grado (TFG)

- **Todas las asignaturas del Grado superadas**
- **Requisito lingüístico de la UC : Inglés nivel B2**
- **Tener superado el ECOE**

Trabajo Fin de Grado



CURSO 2017/18

➤ ERASMUS (36 estudiantes)

- Coimbra (2), Oporto (2), Covilhà (2), Pavia (2), Bari (4),
Lieja (2), Gante (3), Grenoble (3), Katowice (3), Ljubljana (2),
Yuzuncu Yil (2), Dresde (4), Gottingen (1), Kiel (2) y Colonia (2)

➤ SICUE / SÉNECA (19 estudiantes)

➤ AMÉRICA LATINA (12 estudiantes)

- Méjico (Guadalajara -2- y San Luis de Potosí -4-)
- Puerto Rico (San Juan Bautista -4-)
- Argentina (Mendoza -2-)

- Aulas docentes y Salas de prácticas
- Laboratorios de Investigación
- Aula virtual
- Biblioteca
- Biblioteca electrónica
- Taller de habilidades
- Cirugía experimental
- Reprografía
- Servicios clínicos (a través del concierto Universidad – Servicio Cántabro de Salud)
- AJIEMCA

UC

UNIVERSIDAD
DE CANTABRIA

Facultad de Medicina

Aulas docentes



UC

UNIVERSIDAD
DE CANTABRIA

Facultad de Medicina

Sala de Disección



UC

UNIVERSIDAD
DE CANTABRIA

Facultad de Medicina

Sala de Disección



UC

UNIVERSIDAD
DE CANTABRIA

Facultad de Medicina

Sala de Disección



Sala de Microscopía





Facultad de Medicina

Aula de Informática



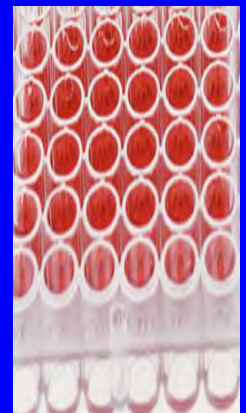
Laboratorios de Investigación



Laboratorios de investigación



**Departament
o de Biología
Molecular**



- **Instalaciones de la Facultad**
- **Instalaciones del IBBTEC**
- **Instalaciones del IDIVAL**

UC

UNIVERSIDAD
DE CANTABRIA

Facultad de Medicina

Biblioteca



UC

UNIVERSIDAD
DE CANTABRIA

Facultad de Medicina

Biblioteca



Taller de Habilidades



- **Especialidades médicas (sistema MIR)**
- **Docencia e investigación básicas**
- **Gestión sanitaria**
- **Medicina forense**
- **Medicina deportiva**
- **Sanidad militar**

- **Formación de especialistas**
 - ❖ **Convocatoria anual**
 - ❖ **4-5 años de contrato (según especialidades)**
 - ❖ **Formación hospitalaria**
 - ❖ **En el año 2016:**
 - **6.328 plazas**
 - **Examen en Enero-Febrero**
 - **Incorporación en Junio**

CURSO 2016-17

(MIR en el 2107)

- 13.439 aspirantes
- 6.098 plazas.



- 82 alumnos presentados
- Primer alumno en el puesto 2107
- -20 alumnos entre los 1000 primeros puestos.
- -20 alumnos entre los 2000 primeros puestos.

- **Especialidades médicas (sistema MIR)**
- **Docencia e investigación básicas**
- **Gestión sanitaria**
- **Medicina forense**
- **Medicina deportiva**
- **Sanidad militar**
- **Medicina privada (Mutuas y empresas de prevención, Residencias ancianos, Guardias en hospitales y clínicas, Centros de reconocimiento, etc.**



Facultad de Medicina



MUCHAS GRACIAS !!!

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

COMO ABORDAR LA EDUCACIÓN DE LOS FUTUROS MÉDICOS EN LOS PAÍSES EN DESAROLLO ?



Cenários de expansão das Escolas Médicas

Impactos sobre a qualidade do ensino, provimento de médicos, interiorização do ensino e da assistência e garantia do direito a saúde.

Preocupações

Expansão do número de Escolas Médicas

Irresponsabilidade histórica das avaliações oficiais

Suas repercussões sobre

Qualidade da formação do médico

Qualidade da assistência ao paciente

Expansão do numero de Escolas Médicas

Governo federal cria novos cursos de Medicina em cidades sem estrutura

Expansão de Cursos e vagas
Sério risco à formação do médico brasileiro

Atuais 22.410 vagas

Meta 2017 = 11.447



Natal - RN



Brasília - DF



Camaçari - BA



Bom Jesus - Pb



H. Salgado Filho - RJ



Macapá- Ap

Lei nº 13, de 25/06/2014

Elevar a qualidade da educação superior e ampliar a proporção de mestres e doutores do corpo docente em efetivo exercício no conjunto do sistema de educação superior para 75% sendo, do total, no mínimo 35% de doutores.



2014

Ministério da Educação



2016

Ministério da Educação



IFES + CPs
1º e 2º edital

Ministério da Educação

2017 = 13
Ceará 2010 = 7
2002 = 2

Situação das Escolas Médicas

Cronograma de aberturas

Período		n EM criadas	Privadas	Fed/Est
1808 - 1994		82	35	47
1995 - 2002	Governo FHC	44	29	15
2003 - 2010	Governo Lula	52	41	11
2011 -2016*	Governo Dilma	93	57	36
		271	162	109

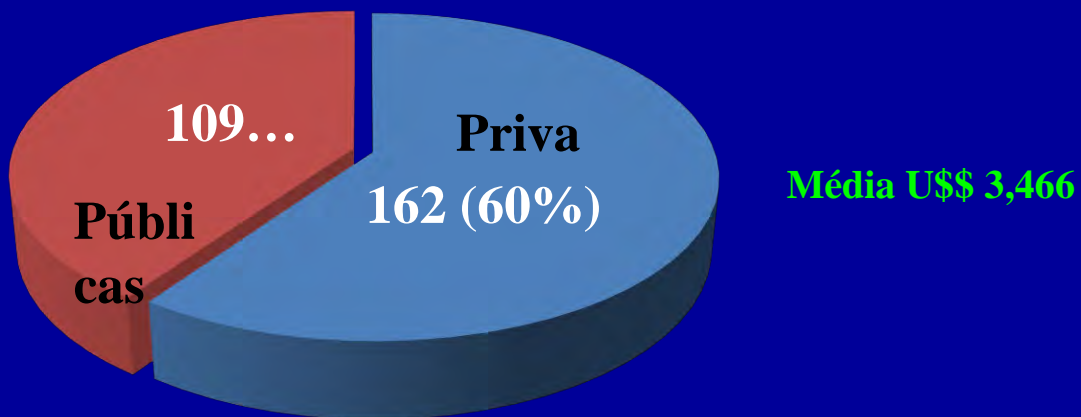
* Informações setembro de 2016

Situação das Escolas Médicas do Brasil

Total de Escolas Médicas	271
Número de vagas	24.495
Total de escolas privadas	162
Total de escolas Federais e Estaduais	109
Média do valor das mensalidades	U\$\$ 1,600
Mensalidade mais alta	U\$\$ 3,466
Mensalidade mais baixa	U\$\$ 880

Situação das Escolas Médicas

60% privadas / mensalidades até R\$ 11.870,00



CFM / setembro 2016

Escolas médicas no mundo

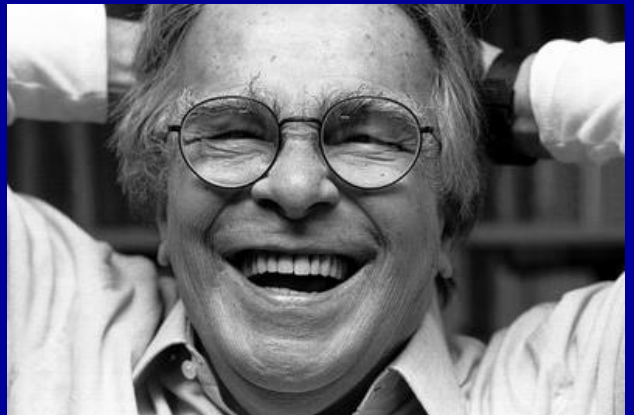
País	N. de escolas
Índia	381
Brasil	271
China	150
EEUU	141
México	84
Japão	80
Rússia	62
Irã	48
França	47
Filipinas	41
Coreia do Sul	41
Alemanha	36
Turquia	36
Bolívia	36
Paquistão	33
Indonésia	32
Reino Unido	32
Itália	32
Colômbia	32
Espanha	31

País	N.De escolas
Cuba	28
Argentina	25
Peru	23
Austrália	21
Nigéria	19
Chile	18
Canadá	17
Egito	16
Ucrânia	14
Sudão	14
Polónia	13
Venezuela	12
Argélia	11
Romênia	11
Equador	11
Vietnã	10
Iugoslávia	10
Bélgica	9
R.	9
Dominicana	
África do Sul	8

País	N. escolas
A. Saudita	8
Taiwan	8
Nederlan	8
Grécia	7
Portugal	7
El Salvador	6
Costa Rica	6
Suíça	5
Israel	5
Finlândia	5
Tanzânia	4
Paraguai	4
Etiópia	3
Guatemala	3
Nicarágua	3
Hong Kong	2
Uruguai	2
Moçambique	1
Malawi	1
Serra Leoa	1

Escolas médicas do Brasil 2014

O Brasil é o único país do mundo que permite ao sujeito criar uma escola para ganhar dinheiro, assim como se cria uma padaria ou uma loja.



(Prof. Darcy Ribeiro)

Inconsequência histórica das avaliações

154 Escolas Médicas

59% (92) nota ≤ 3

22% (34) tiveram nota 4

Zero (0%) obteve nota máxima (5)

28 cursos de graduação em medicina com conceito "insuficiente" em avaliação realizada pelo Ministério da Educação.

Fonte: MEC 2013

Pontos de Preocupação

Qualidade da formação do médico brasileiro
Qualidade da assistência do paciente brasileiro

Há necessidade de avaliar o ensino médico no Brasil
Avaliação pontual no final do Curso – inadequada
Avaliação Seriada no 2º, 4º, e 6º ano



Avaliação formativa, devolutiva e consequente

Saúde: problema crônico brasileiro

Governo FHC

49% dos brasileiros (Ibope 1998)

51% dos brasileiros (CNI-Ibope, 2002)

Governo Lula

45% dos brasileiros (Ibope 2007)

49% dos brasileiros (Ibope 2009)

Governo Dilma

52% dos brasileiros (CNI – Ibope 2011)

> 60% dos brasileiros (Ibope 2012 / 2013)

PRINCIPAL PROBLEMA DO PAÍS

Desde 2008 saúde se destaca como maior preocupação do brasileiro



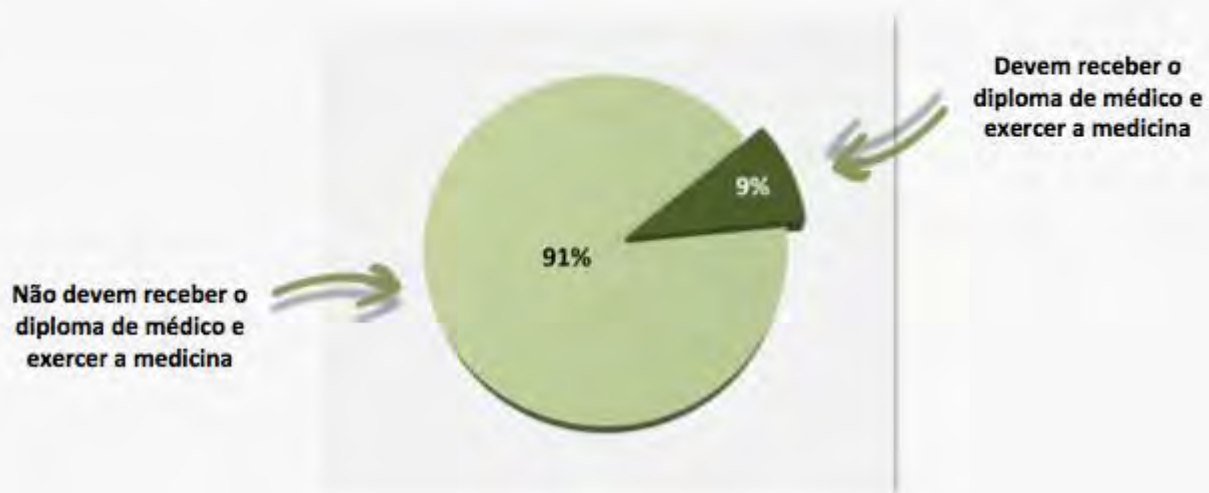
A construção de uma estratégia

Qualificação profissional (SAEME e ANASEM)

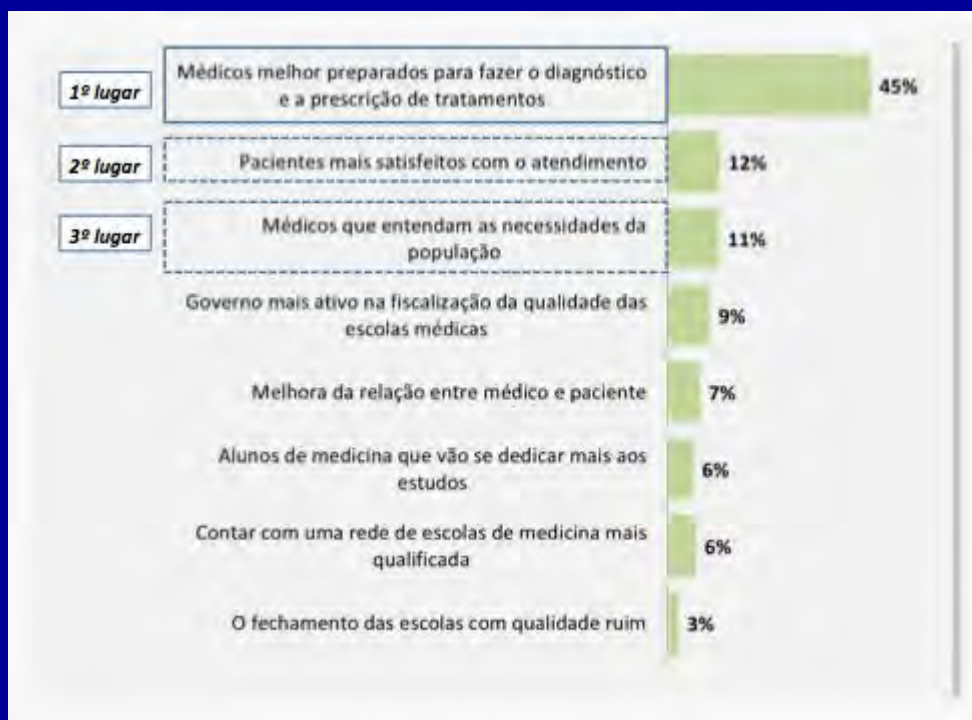
Investimento no setor saúde

Carreira de Estado para o SUS

91% dos entrevistados entendem que alunos com desempenho insuficiente nas provas aplicadas no 6º ano de medicina não devem receber diploma.



Benefícios da avaliação dos estudantes de medicina





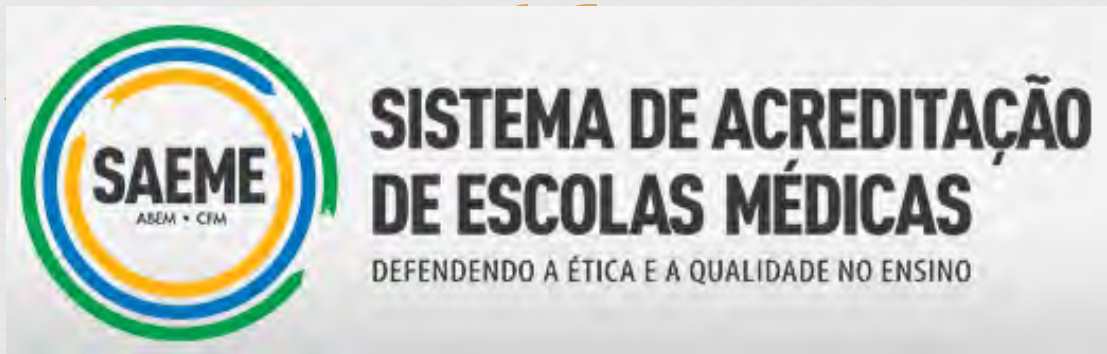
Ótica da assistência em detrimento da ótica da formação.

“Em lugar da preocupação com a qualidade do ensino-aprendizado da Medicina; a preocupação com a formação de simples mão de obra para o sistema de assistência à saúde”.

Carlos Vital Tavares Corrêa Lima

SISTEMA NACIONAL DE ACREDITAÇÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS (SAEME)

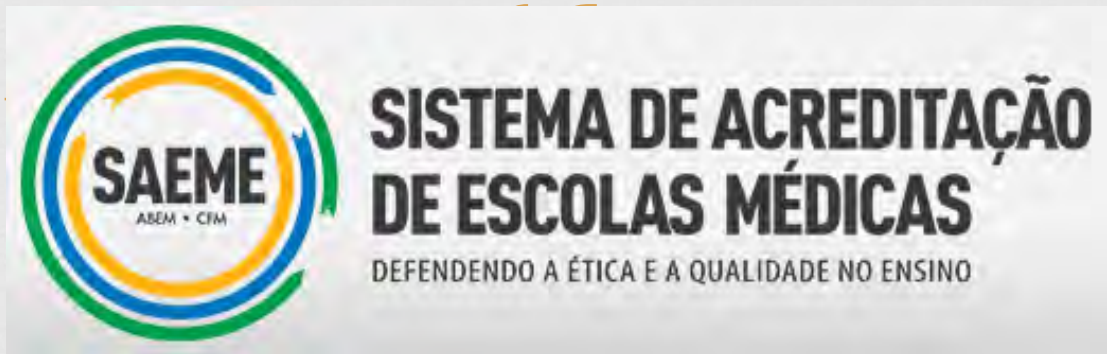
**Organizado pelo Conselho Federal de Medicina
(CFM) e pela Associação Brasileiro do Ensino
Médico (Abem)**



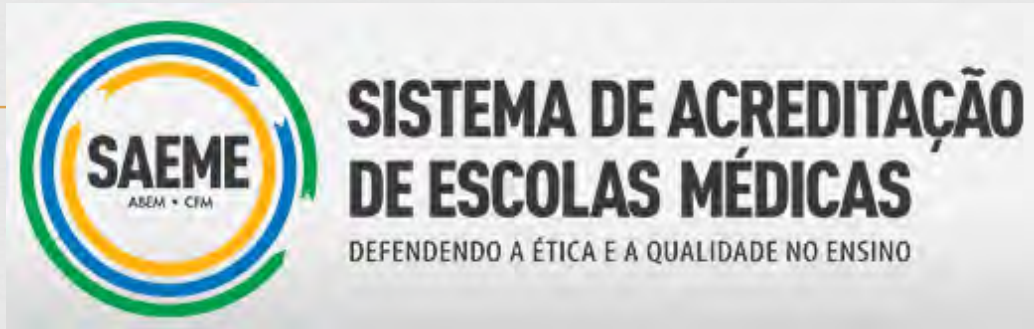
- ☞ A coordenação é feita por uma comissão de representantes da ABEM e do CFM;
- ☞ O Saeme é independente dos Governos Federal, Estadual e Municipal.
- ☞ A participação dos cursos de Medicina é voluntária.
- ☞ Com o tempo, será conquistada credibilidade entre os cursos de Medicina e na sociedade, passando a ser fundamental, para um curso de Medicina ser socialmente reconhecido, ter a acreditação CFM-ABEM

SISTEMA NACIONAL DE ACREDITAÇÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS (SAEME)

**Organizado pelo Conselho Federal de Medicina
(CFM) e pela Associação Brasileiro do Ensino
Médico (Abem)**



- ☞ A coordenação é feita por uma comissão de representantes da ABEM e do CFM;
- ☞ O Saeme é independente dos Governos Federal, Estadual e Municipal.
- ☞ A participação dos cursos de Medicina é voluntária.
- ☞ Com o tempo, será conquistada credibilidade entre os cursos de Medicina e na sociedade, passando a ser fundamental, para um curso de Medicina ser socialmente reconhecido, ter a acreditação CFM-ABEM



☞ Com os resultados alcançados, **será conquistada credibilidade entre os cursos de medicina e na sociedade**, passando a ser fundamental para um curso de medicina ser socialmente reconhecido e ter a acreditação oferecida pelo Saeme.



Medical Education in the United States and Canada

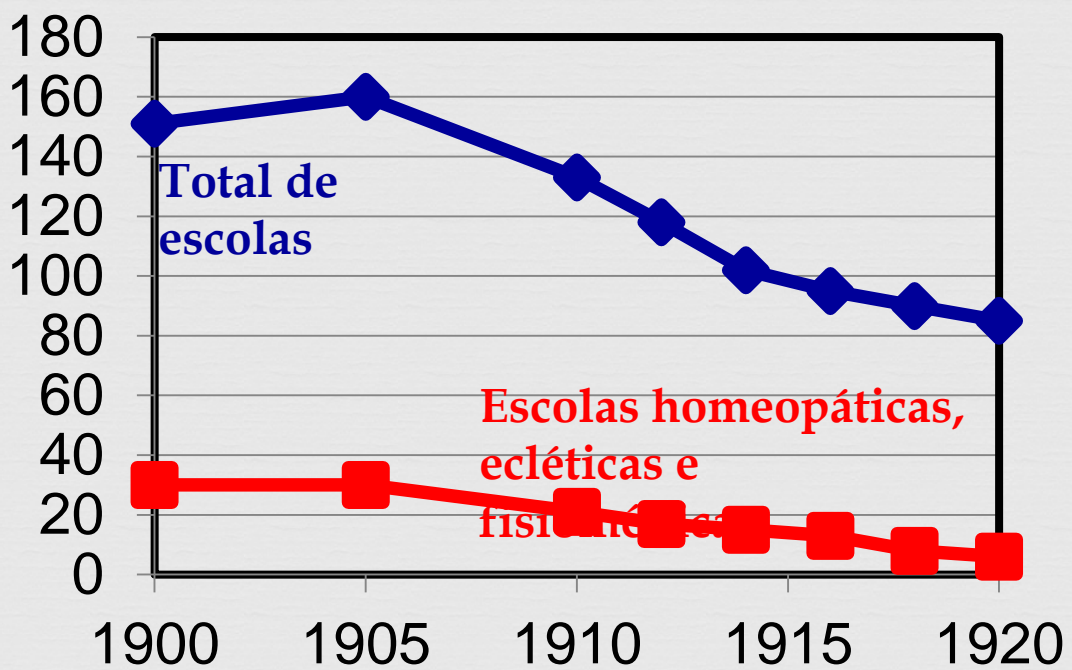
*A report to the Carnegie Foundation
for the advancement of teaching*

By Abraham Flexner

**With an introduction by
Henry S. Pritchett
President of the Foundation (1910)**



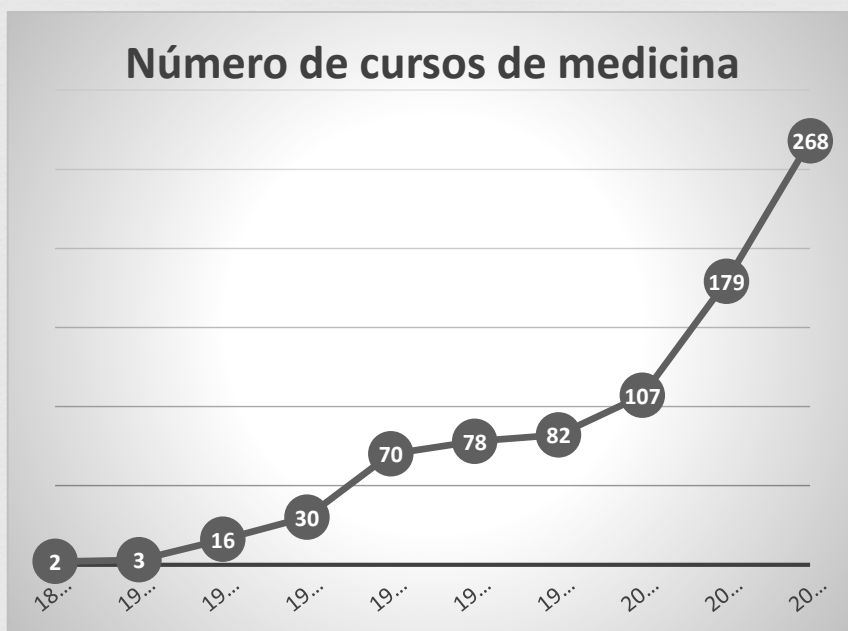
Escolas médicas nos EUA



Relatório Flexner
(Barzansky, Acad Med 2010)



Cursos de Medicina no Brasil





Projeção do número de médicos *(profissionais atuam 45 anos)*

Década	Número de médicos	Médicos/1000 habitantes
2021-2030	478.000	2,2
2031-2040	595.000	2,7
2041-2050	707.000	3,3

Problema não é mais o número de estudantes, mas qualidade da formação

- ∞ Necessidade social
- ∞ Diretrizes curriculares
- ∞ Integralidade do cuidado
- ∞ Projeto pedagógico
- ∞ Corpo docente
- ∞ Infraestrutura
- ∞ Rede de saúde qualificada e suficiente para a prática
- ∞ Hospital (ou hospitais) de ensino
- ∞ Programas de residência médica



Princípios da formação das profissões da saúde

- ∞ Diretrizes curriculares;
- ∞ Formação para o SUS e para atender às necessidades da sociedade;
- ∞ Integração ensino-serviço e formação na rede de serviços;
- ∞ Integralidade do cuidado às pessoas e às comunidades.





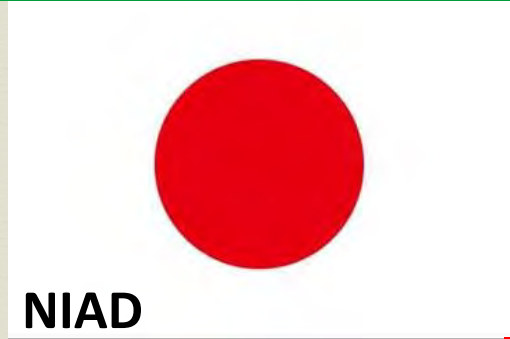
SINAES



LCME



**MERCOSUL
ARCU-SUL**



NIAD



AMC



GMC



NVAO



LCME



Bologna Process



Análise do Sinaes e outros sistemas

- Foram avaliados o Sinaes, o Liaison Committee on Medical Education (Estados Unidos e Canadá), o General Medical Council (Reino Unido), o Australian Medical Council (Austrália), a Accreditation Organization of the Netherlands (Holanda) e a National Institution for Academic Degree and University Evaluation (Japão).





Orientação da OMS e da Federação Mundial de Escolas Médicas

O comitê central de avaliação deve:

- ter constituição heterogênea,
- ser composto por um terço de professores de escolas médicas, um terço de profissionais indicados pelas associações médicas e um terço de representantes de órgãos governamentais, estudantes e sociedade.



Por que faltam médicos?

- P_1 – Condições de trabalho
 - Infraestrutura
 - Acolhimento
 - Falta de segurança
 - Superlotação das unidades
 - Falta de leitos em unidades terciárias
 - ↓ resolutividade das unidades assistenciais
- P_2 – Precarização dos vínculos trabalhistas
 - Contratos
 - Irregularidade no cumprimento dos contratos
 - Remuneração insuficiente
 - Exercício ilegal da medicina



REVALIDADA, SIM!

OFERTA
ESPECIAL











Jeancarlo Cavalcante



jeancarlocavalcante@gmail.com



@jeancarlofc



+55 84 9 9962 1694

+55 84 9 8178 2570

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



Dr. Jeancarlo Fernandes Cavalcante. Presidente de CONFEMEL



Dr. Luis Mateo López Rivero. Facultad de Medicina de las Palmas de Gran Canaria



Dr. Luis Ansorena Pool. Tesorero Medicosmundi



Dr. José Ramón Berrazueta. Presidente de la Real Academia de Medicina de Cantabria



Dr. Juan Carlos Villegas Sordo. Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cantabria

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

OMC 

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

El papel del médico en la cooperación internacional para el desarrollo y la intervención humanitaria





II Congreso de **Cooperación Internacional** de la OMC

27/01/2017

EL PAPEL DEL MÉDICO EN LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO Y LA INTERVENCIÓN HUMANITARIA

Miguel Ángel
Sánchez Chillón



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS DE MADRID

II Congreso de Cooperación de la OMC

El papel del médico en la cooperación internacional.

“Desde el punto de vista técnico, el médico puede tener desde un papel testimonial hasta un papel principal en los programas de desarrollo o de intervención humanitaria pero siempre tendrá un papel fundamental a la hora de denunciar las situaciones de injusticia social o sanitaria”.



II Congreso de Cooperación de la OMC

El papel del médico en la cooperación internacional

Acción humanitaria: Conjunto diverso de acciones de ayuda a las víctimas de desastres (desencadenados por catástrofes naturales o por conflictos armados), orientadas a aliviar su sufrimiento, garantizar su subsistencia, proteger sus derechos fundamentales y defender su dignidad, así como, a veces, a frenar el proceso de desestructuración socioeconómica de la comunidad y prepararlas ante desastres naturales.

Joana

Abrisketa y Karlos Pérez de Armiño



II Congreso de Cooperación de la OMC

El papel del médico en la cooperación internacional

La **cooperación al desarrollo** o **cooperación para el desarrollo** comprende el conjunto de actuaciones, realizadas por actores públicos y privados, con el propósito de promover el progreso económico y social global, que sea sostenible y equitativo.



II Congreso de Cooperación de la OMC

El papel del médico en la cooperación internacional

Acción Humanitaria (Informe de Salud de MDM)

- **2015:** Alrededor de 125 millones de personas se vieron afectadas por crisis humanitarias.
- El **desplazamiento forzado** debido a situaciones de conflicto y a desastres naturales alcanzó la cifra de **65,3 millones** de personas, una cifra **nunca alcanzada desde el final de la segunda Guerra Mundial**.
- **40,8** millones son personas desplazadas dentro de sus propios países.



II Congreso de Cooperación de la OMC

El papel del médico en la cooperación internacional

Acción Humanitaria (Informe de Salud de MDM)

- 2015 agravamiento sin precedentes en la vulnerabilidad de las comunidades, especialmente en África y Oriente Medio.
- **2/3** del volumen de fondos dedicado a la acción humanitaria se destinó a **Yemen, Irak, Siria y países fronterizos, Sudán, Sudán del Sur, Somalia, República Centroafricana** y desplazadas internas en **Nigeria** y refugiadas en países terceros como **Chad y Camerún.**



II Congreso de Cooperación de la OMC

El papel del médico en la cooperación internacional

Acción Humanitaria (Informe de Salud de MDM)

Siria:

- Fallecidas: 250.000 personas.
- Heridas: más de un millón.
- 6,5 millones desplazadas internas.
- 13,5 millones necesitan ayuda humanitaria dentro de Siria.
- Han abandonado el país: 4,6 millones.



II Congreso de Cooperación de la OMC

El papel del médico en la cooperación internacional

Acción Humanitaria (Informe de Salud de MDM)

Irak:

- 3,2 millones de personas desplazadas.
- 10 millones de personas que necesitaban ayuda humanitaria.



II Congreso de Cooperación de la OMC

El papel del médico en la cooperación internacional

Acción Humanitaria (Informe de Salud de MDM)

En **Yemen** el conflicto provocó 2,5 millones de personas desplazadas internas y en **Sudán del Sur** llevó a un tercio de la población, unos **3,9 millones** de personas, a una situación de inseguridad alimentaria severa.

Nepal, terremoto que afectó a 5,4 millones de personas.

▪



II Congreso de Cooperación de la OMC

El papel del médico en la cooperación internacional

Acción Humanitaria (Informe de Salud de MDM)

- En **2015** hubo un total de **346** desastres de diferentes magnitudes.
- **98,6** millones de personas afectadas.
- Pérdidas económicas estimadas en **66.500** millones de dólares.
- Causa de muerte de **22.773** personas.
(Centro de Investigación sobre la Epidemiología de las Catástrofes, EM-DAT)

▪



II Congreso de Cooperación de la OMC

El papel del médico en la cooperación internacional

Acción Humanitaria (Informe de Salud de MDM)

- 2015 Sequías en **Somalia, Etiopía, Centroamérica y la región de África del sur**. Afectados: 10 millones de personas.
- **Sudeste asiático**: es la región más vulnerable a desastres de origen natural, concentrando **el 71,8% de la mortalidad por fenómenos naturales**.

▪

▪



II Congreso de Cooperación de la OMC

El papel del médico en la cooperación internacional

Acción Humanitaria (Informe de Salud de MDM)

Europa:

- Llegada de más de un millón de personas refugiadas y migrantes a Europa.
- A 23 de diciembre de 2016 se superaban las 5.000 personas fallecidas intentando cruzar el Mediterráneo.
- 14 muertos diarios de media que se mantiene en 2017

▪

▪



II Congreso de Cooperación de la OMC

El papel del médico en la cooperación internacional

Acción Humanitaria (Informe de Salud de MDM)

Consejo de Seguridad de Naciones Unidas: aprobación por unanimidad de una resolución en la que exige a todos los combatientes que respeten las normas internacionales que protegen a los servicios sanitarios en las guerras, y recuerda a los Gobiernos su responsabilidad para hacer que estas normas se cumplan. No obstante, como ya ha sucedido con resoluciones anteriores, ante la falta de una voluntad política clara seguirán produciéndose ataques contra servicios sanitarios y la resolución se quedará en papel mojado. Por esta razón, **seguimos denunciando** la falta de protección. (MDM/ Medicusmundi, informe de salud 2015).

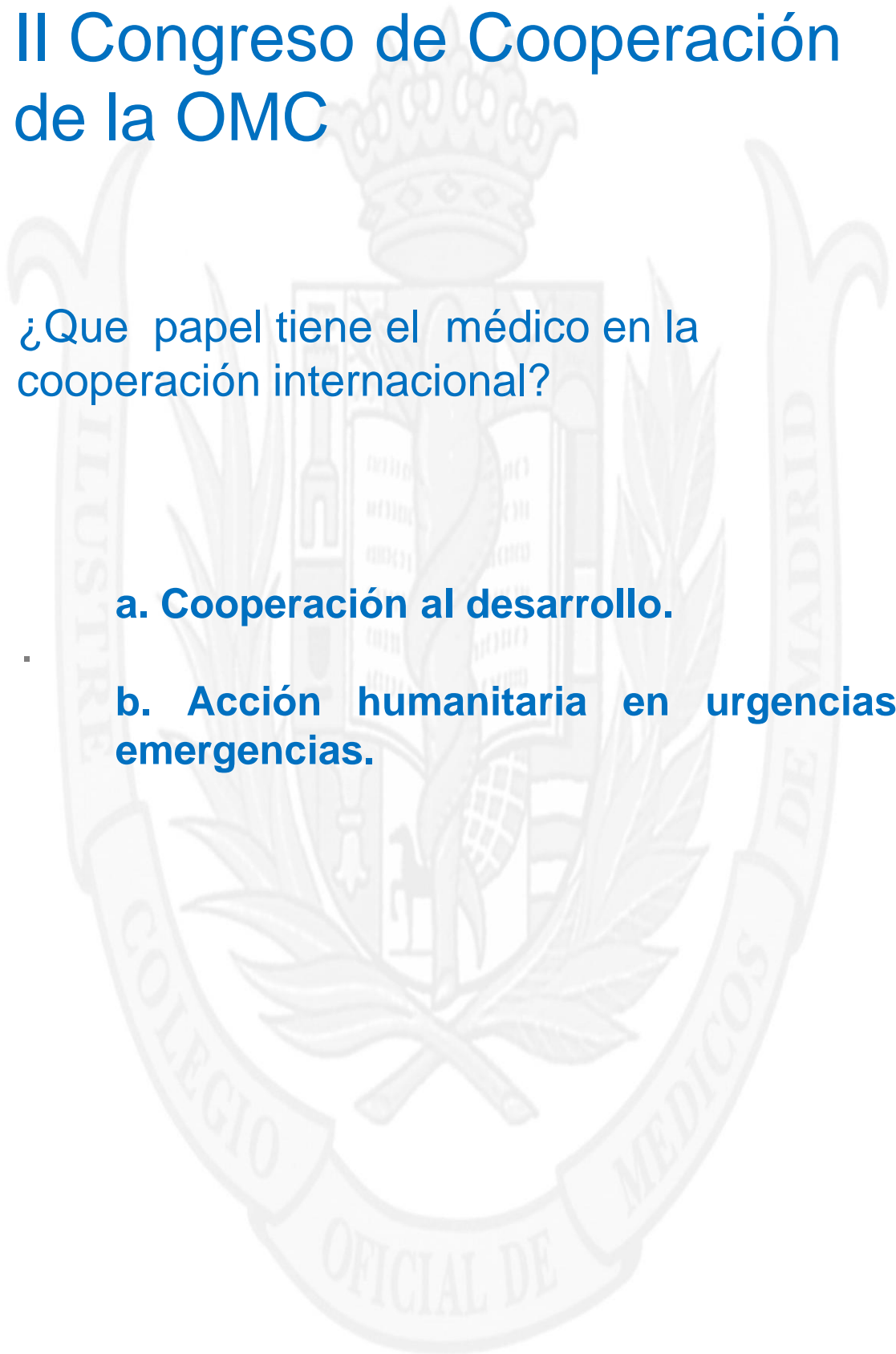


II Congreso de Cooperación de la OMC

¿Que papel tiene el médico en la cooperación internacional?

a. Cooperación al desarrollo.

b. Acción humanitaria en urgencias y emergencias.



II Congreso de Cooperación de la OMC

¿Qué papel tiene el médico en la cooperación internacional?

a. Cooperación al desarrollo. En estos programas el grado de participación puede ser mas de tutorización, proyectos, supervisión que de implementación.

- Detección de situaciones o hábitos de riesgo para la salud.

- Educación para la salud (salud materno infantil, prevención de violencia asociada al género, prevención transmisión zoonosis, acceso a agua potable, etc.).

- Enfermedades infecciosas de alto endemismo.

- etc.



II Congreso de Cooperación de la OMC

¿Qué papel tiene el médico en la cooperación internacional?

b. Acción humanitaria en urgencias y emergencias

Es aquí donde se intuye el mayor impacto directo del papel del médico

- Catástrofes naturales.
- Conflictos bélicos.
- Epidemias o endemias.

Pero también se interviene en secuelas de otras enfermedades evitables

(partos traumáticos, desnutrición infantil, malos hábitos higiénicos, sexuales, etc.).



II Congreso de Cooperación de la OMC

¿Qué papel tiene el médico en la cooperación internacional?

- ¿Qué facilidades tienen los médicos para participar en programas de cooperación?
- ¿En qué afectan a su vida laboral?
- ¿Por qué no se contemplan como una faceta más de su carrera profesional y no como una rémora en la misma?
- ¿Se cumplen las normas de seguridad en todos los programas y para todos los médicos expatriados?
- ¿Se cumplen los acuerdos internacionales en materia laboral a la hora de trabajar en el extranjero?
- ¿Se promociona o facilita la formación en temas específicos relacionados con la ayuda humanitaria?



II Congreso de Cooperación de la OMC

¿Qué papel tiene el médico en la cooperación internacional?

- ¿Se investiga el grado de eficiencia de dichos programas para su posterior análisis?
- ¿Se contemplan los resultados a la hora de ponerlos en marcha?
- ¿Se auditan objetivamente los programas financiados por organismos supranacionales?
- ¿Se compara el grado de eficiencia de las pequeñas agencias versus los grandes organismos?



II Congreso de Cooperación de la OMC

¿Qué se puede hacer desde la estructura profesional?

- Recomendar el fomento y promoción los programas formativos desde el pregrado y, posteriormente, desde la estructura colegial.
- Negociar para el reconocimiento de la participación en programas de ayuda humanitaria y desarrollo formen parte de la carrera profesional.
- Presionar para el desarrollo del estatuto del Médico Cooperante y que desde la administración se contemple y que desde las entidades privadas se facilite.
- Considerar a todos los trabajadores expatriados como voluntarios bajo el paraguas de Naciones Unidas u otros organismos supranacionales que garanticen la seguridad y el respeto a su labor cuando surjan conflictos.



II Congreso de Cooperación de la OMC

¿Qué se puede hacer desde la estructura profesional?

- Fomentar desde la OMC el registro y participación en estos programas o emergencias.
- Asumir desde la propia OMC la gestión, formación, inclusión, propuesta y colaboración de los médicos con la Agencia Española de Cooperación y Desarrollo, ONGs y demás organismos.
- Función de denuncia activa desde la propia Organización Colegial.
- Profesionalización con incorporación de los médicos a las estructuras.
- *“El principal reto es que la Medicina nunca será víctima del propio conflicto , ni víctima de violencia, sino que actuará de forma independiente siempre, teniendo como único objetivo la dignidad del ser humano”. (I Congreso de cooperación OMC).*





CORRE CON LOS MÉDICOS

25-03-2017

10 Km.
MADRID

PRUEBA SOLIDARIA CON:



COLABORAN:



www.medicosolidarios.es



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS DE MADRID

II Congreso de Cooperación de la OMC



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS DE MADRID



“Desde el punto de vista técnico, el médico puede tener desde un papel testimonial hasta un papel principal en los programas de desarrollo o de intervención humanitaria pero siempre tendrá un papel fundamental a la hora de denunciar las situaciones de injusticia social o sanitaria”. (M. Ángel Sánchez Chillón)

“El médico cooperante está tocado por el don de la ejemplaridad”

(Dr. Tomás Cobo. Presidente del Colegio de Médicos de Cantabria)



GRACIAS



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS DE MADRID

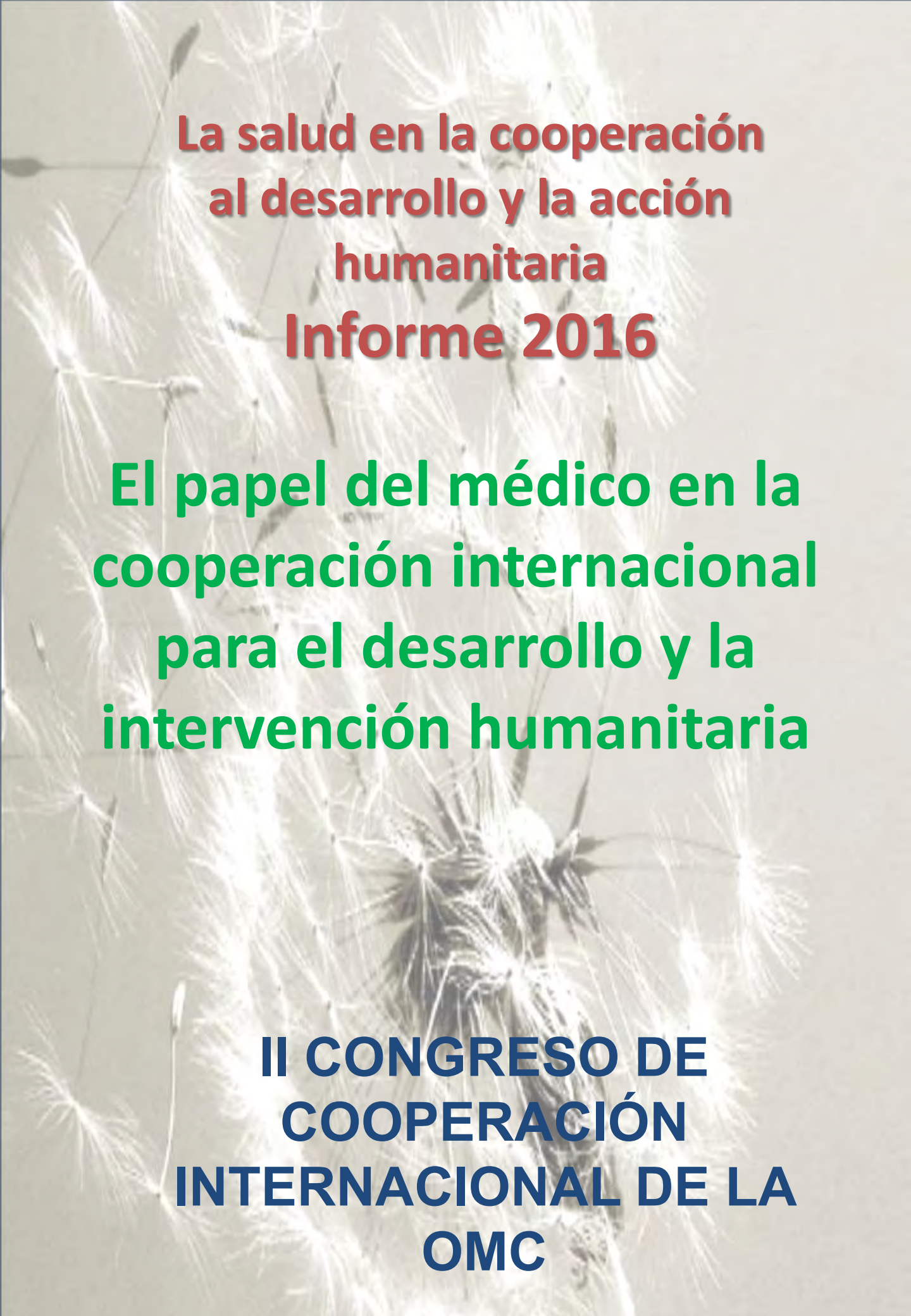
OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



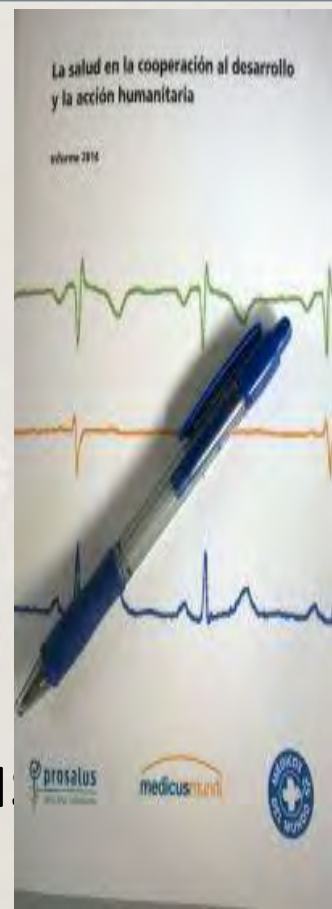
**La salud en la cooperación
al desarrollo y la acción
humanitaria
Informe 2016**

**El papel del médico en la
cooperación internacional
para el desarrollo y la
intervención humanitaria**

**II CONGRESO DE
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL DE LA
OMC**

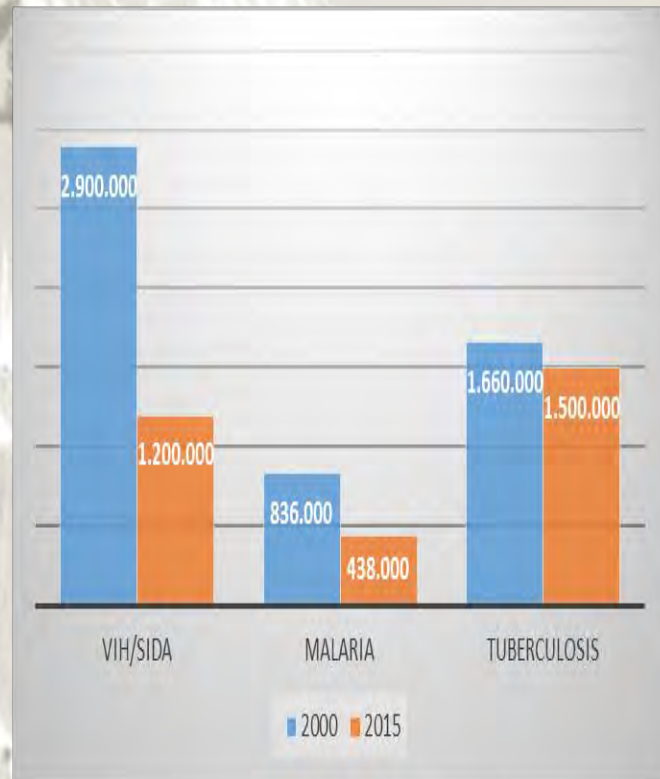
Informe sobre AOD en salud

- **Trabajo conjunto medicusmundi, Médicos del Mundo y Prosalud**
- **Desde 2002, 15 años de experiencia**
- **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



ODM: LOS AVANCES INSUFICIENTES

Tasa de mortalidad infantil



Tasa de mortalidad materna



**...EL 52% MUERTES
PREMATURAS MUNDIALES
SON POR ENFERMEDADES
NO TRANSMISIBLES**

Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio, varios informes



86% DE LAS MUERTES MATERNAS



Partos asistidos: 52%



OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

1 FIN DE LA POBREZA

2 HAMBRE CERO

3 SALUD Y BIENESTAR

4 EDUCACIÓN DE CALIDAD

5 IGUALDAD DE GÉNERO

6 AGUA LIMPIA Y SANEAMIENTO

7 ENERGÍA ASEQUIBLE Y NO CONTAMINANTE

8 TRABAJO DECENTE Y CRECIMIENTO ECONÓMICO

9 INDUSTRIA, INNOVACIÓN E INFRAESTRUCTURA

10 REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES

11 CIUDADES Y COMUNIDADES SOSTENIBLES

12 PRODUCCIÓN Y CONSUMO RESPONSABLES

13 ACCIÓN POR EL CLIMA

14 VIDA SUBMARINA

15 VIDA DE ECOSISTEMAS TERRESTRES

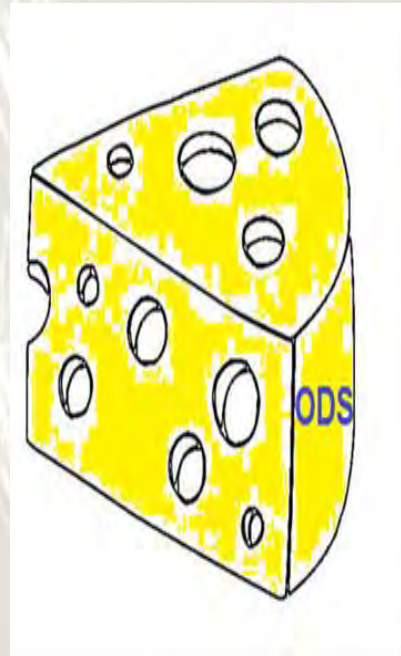
16 PAZ, JUSTICIA E INSTITUCIONES SÓLIDAS

17 ALIANZAS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS


OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

DE LOS ODM...A LOS ODS: RETOS

- Reducir la inequidad que existe en el planeta;
- Trabajar los problemas de forma multidimensional,
- Definir los procesos de trabajo
- Coherencia políticas internacionales y derechos humanos
- TODOS los países lo deben cumplir, no sólo los empobrecidos)
- ¿Participación?
- 169 metas,.... Y más de 200 indicadores



ODS 3: DE SALUD

- ODS 3 tiene muchas dimensiones diferentes: enfermedades específicas, estrategias y normas sanitarias o aspectos relacionados con la gestión del sistema sanitario
- Indicadores propuestos miden enfermedad no salud
- ¿Cómo se interrelaciona con los otros ODS?



COBERTURA UNIVERSAL: DIFERENCIAS EN EL "CÓMO"

¿CÓMO?
EVIDENCIA:
ATENCIÓN
PRIMARIA DE
SALUD Y
FORTALECIMIENTO
SISTEMAS
PÚBLICOS

**SALUD
PÚBLICA**

ASEGURAMIENTO

"Protección
contra los riesgos
financieros, el
acceso a servicios
de salud
esenciales de
calidad, y el
acceso a
medicamentos y
vacunas seguros,
eficaces,
asequibles y de
calidad para
todos"

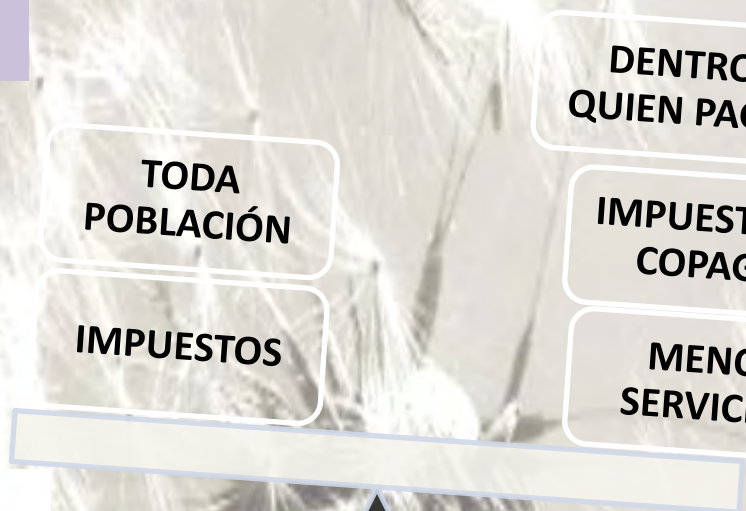
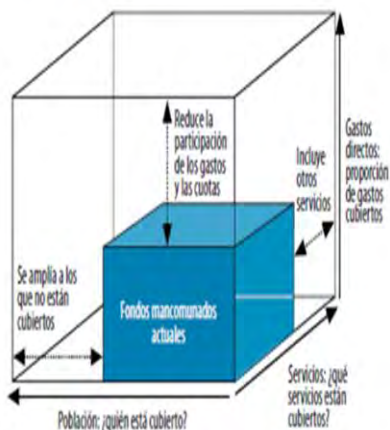


Figura 1. Tres dimensiones a tener en cuenta en el avance hacia la cobertura universal



**Rendición de cuentas: ¿NO
DEJAMOS A NADIE ATRÁS?**



**MEDIO
AMBIENTE**

**AGU
A**

EDUCACIÓN

VIVIENDA

**LA
SALUD**

POBREZA

**P
A
Z**

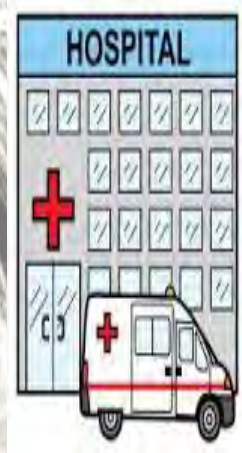
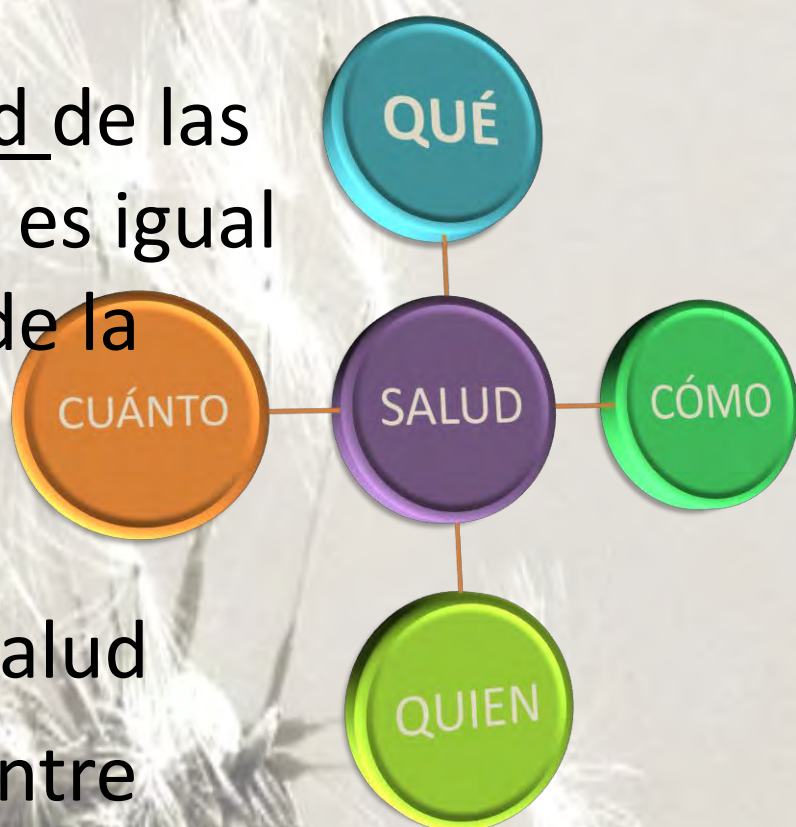
GÉNERO

NUTRICIÓN

**CONDICIONES
LABORALES**

DISCUSIONES EN ODS 3

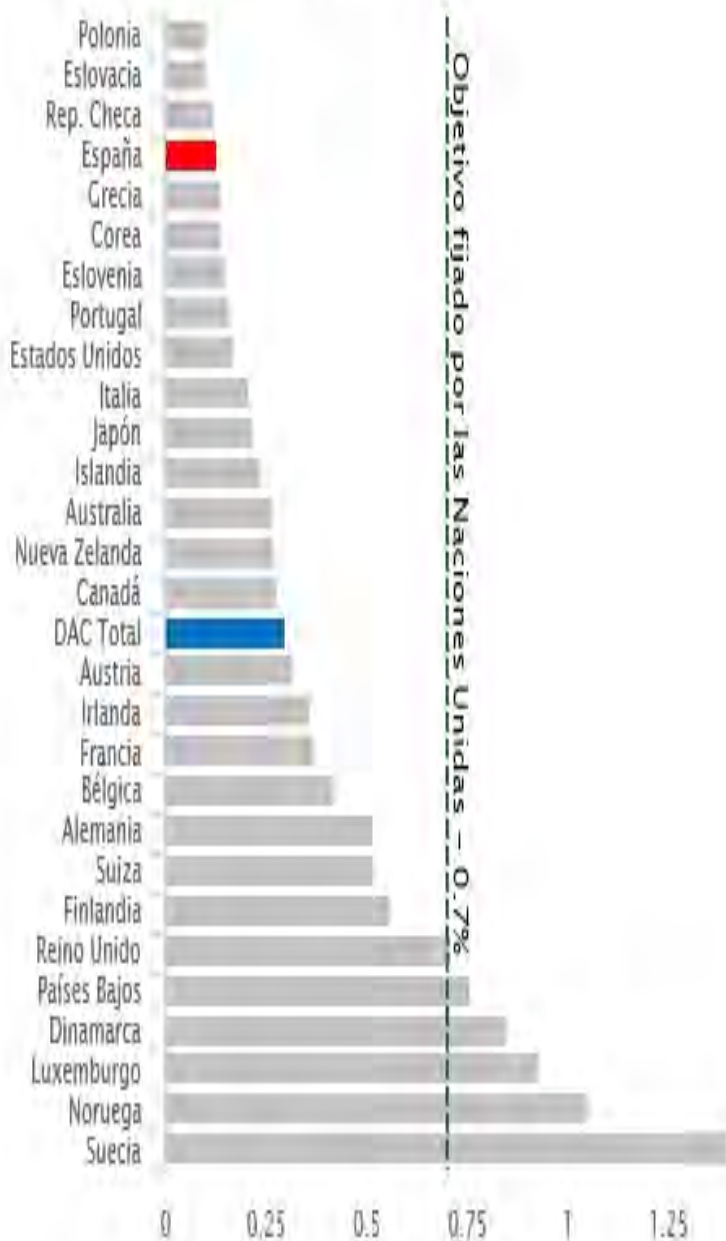
- Basarse en evidencia y en derecho acceso :
Sistemas públicos de salud, APS
- Mejora de salud de las poblaciones no es igual a disminución de la enfermedad
- Más recursos necesarios en salud
- Coordinación entre actores
- Participación
- Salud en todas las políticas



¿COHERENCIA?

- **Acceso a medicamentos:** sistema de I+D farmacéutico que no ha respondido a las necesidades mundiales de salud. ¿patentes?
- **Convenio internacional lucha contra tabaco** vs políticas agresivas empresariales de tabacaleras en África y laxitud leyes nacionales
- **TTIP y TiAS vs derecho a la salud**
- **La epidemia de Zika** vs otras enfermedades
- Se necesitan 33.000 millones más de dólares para cubrir las necesidades de salud de la mujer y la infancia en los países de renta baja y media, vs **disminución AOD salud**

AOD como porcentaje del PNB (2015)



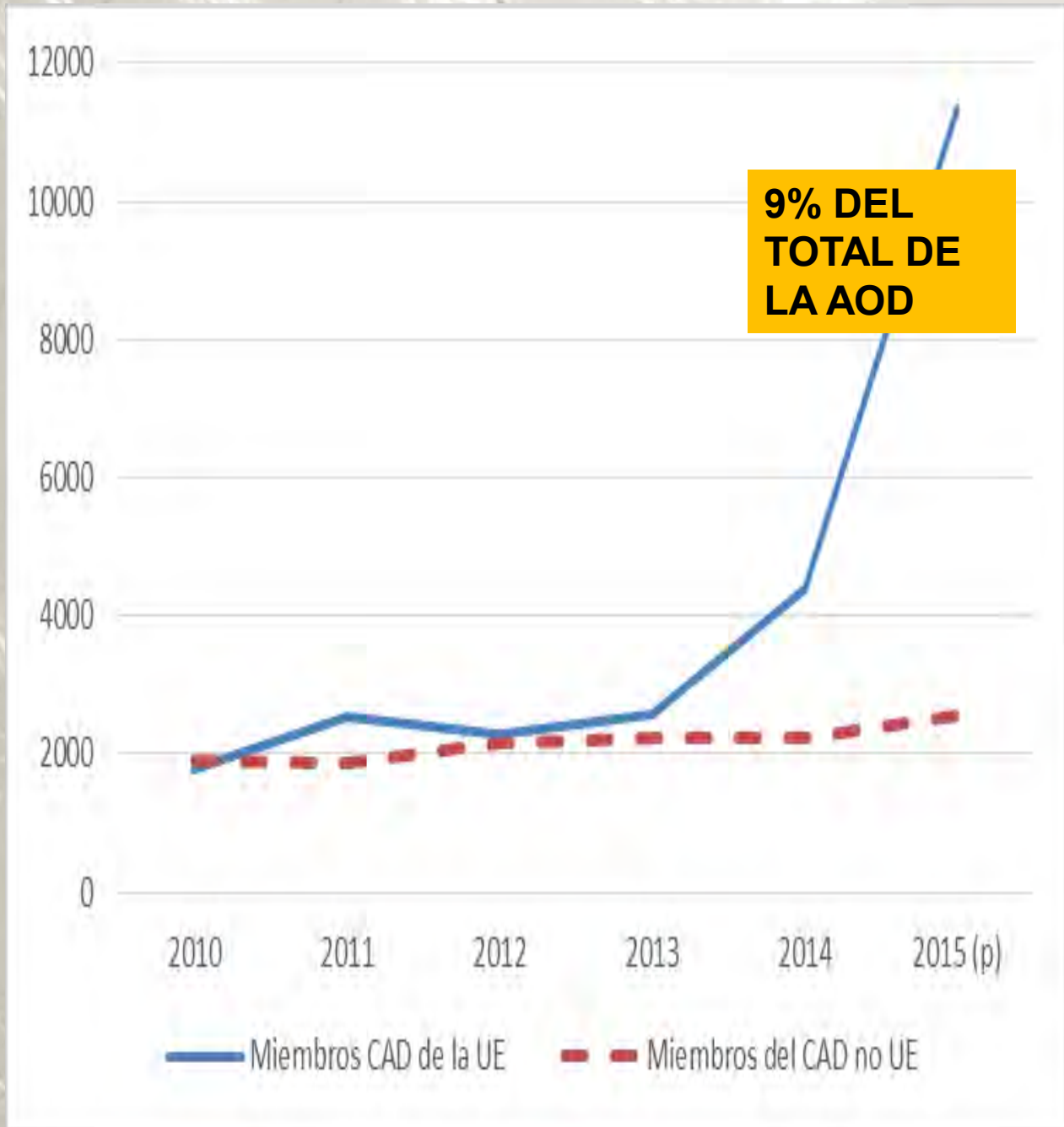
AOD neta de los países del CAD en 2015: 0,41% PIB, pero un 13% menos que en 2014, incorporando gasto de refugiados → ¿es cooperación genuina?
En 2014 se pierde la tendencia de los últimos años de crecimiento de la AOD de salud

AOD TOTAL: 131.586 millones de dólares corrientes

AOD SALUD: 21.235 millones de dólares, 12,7% de la AOD

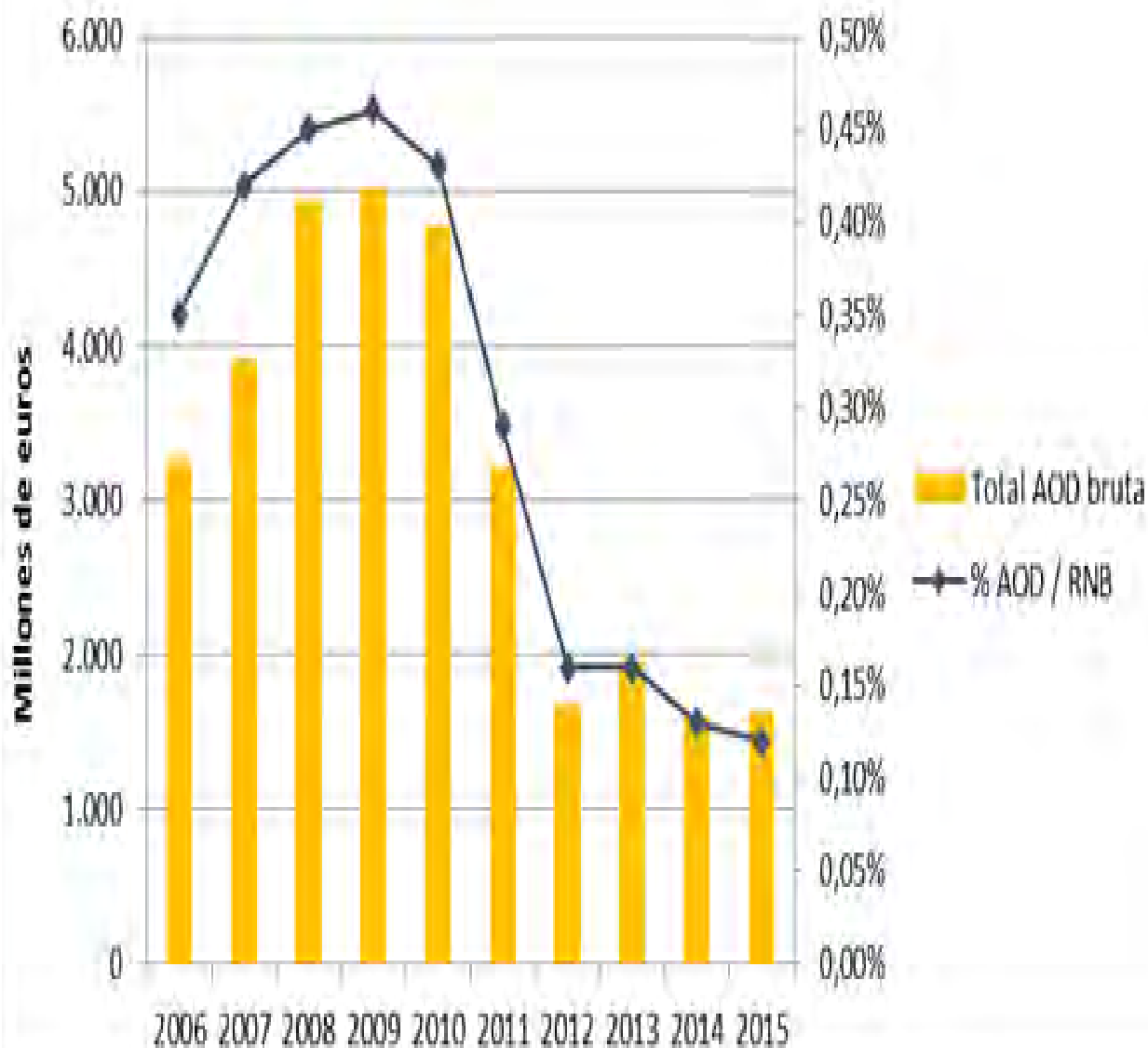
¿Cooperación y las instituciones privadas lucrativas? Solo 4 estrategias nacionales del sector privado incluyen enfoque de rendición de cuentas y el cumplimiento de los DDHH

GASTO DESTINADO A REFUGIADOS



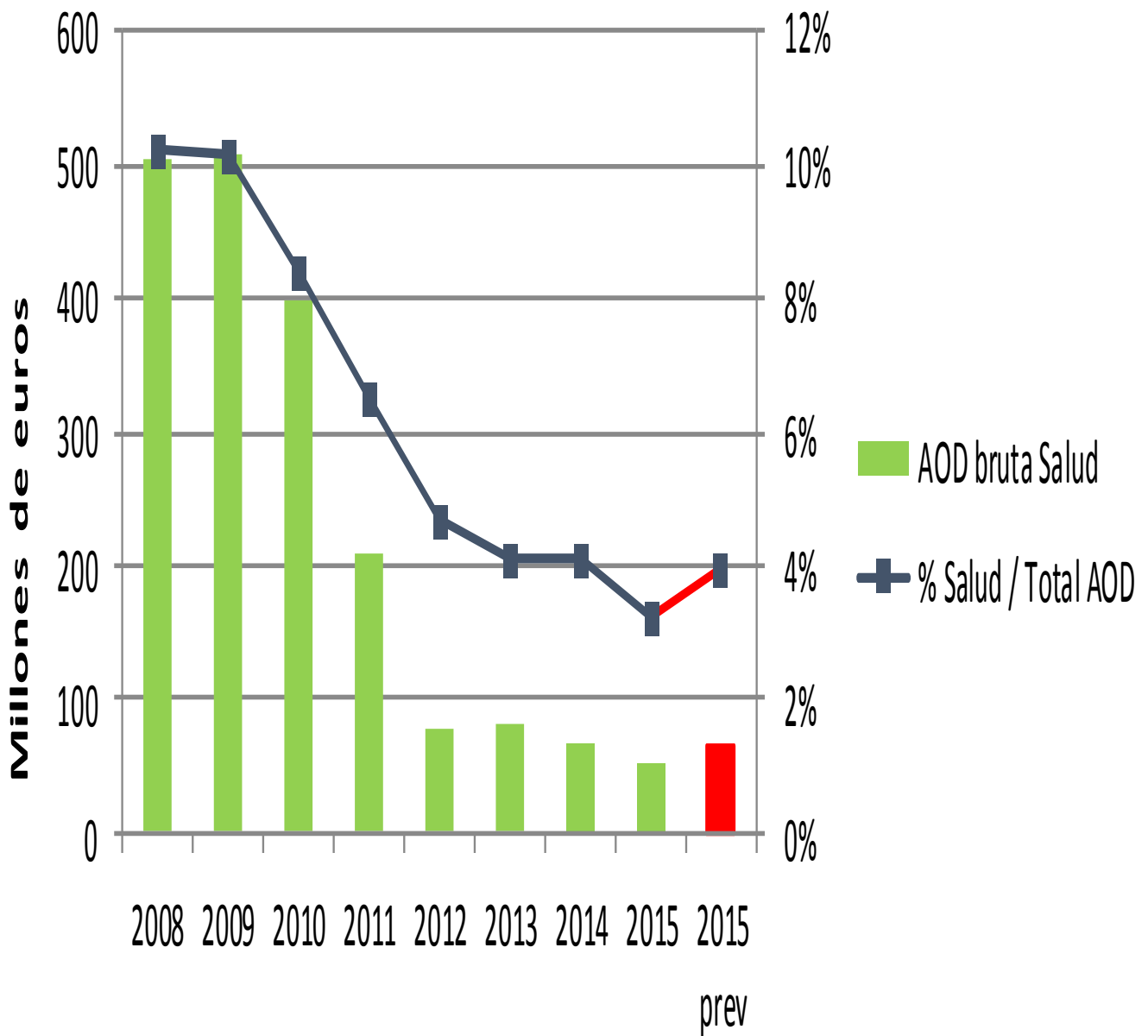
¿Crisis de refugiados en Europa? Solo acoge al 1,7% del total mundial

EVOLUCIÓN DE LA AOD TOTAL ESPAÑOLA,..desciende al 0,12%



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

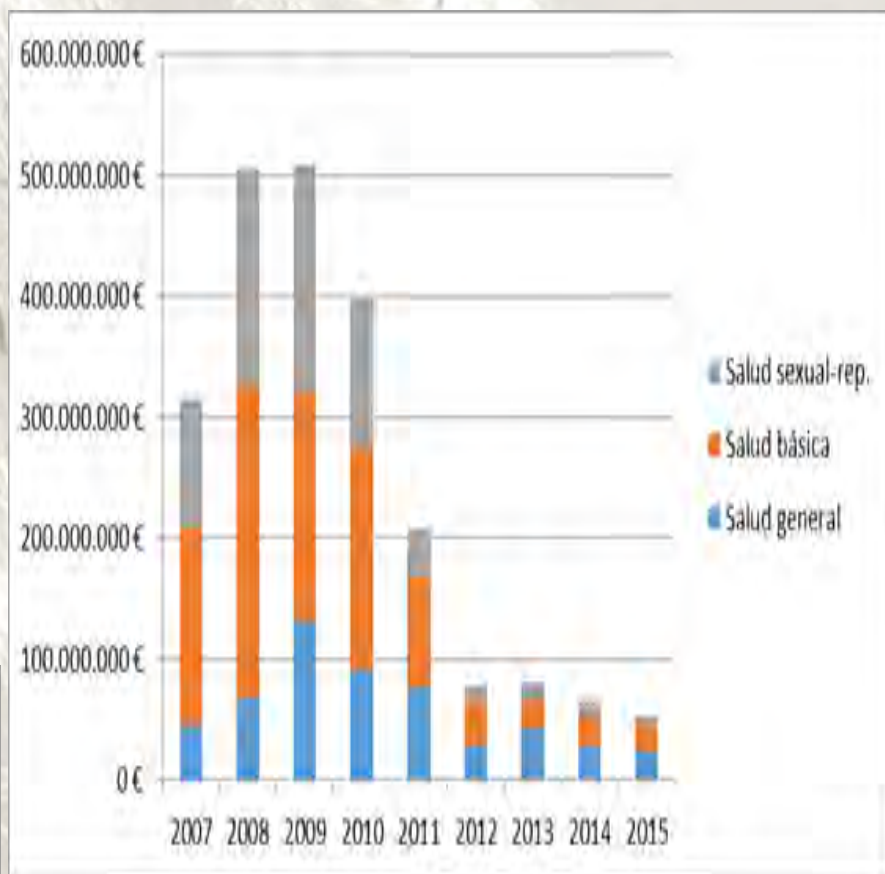
EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA EN SALUD



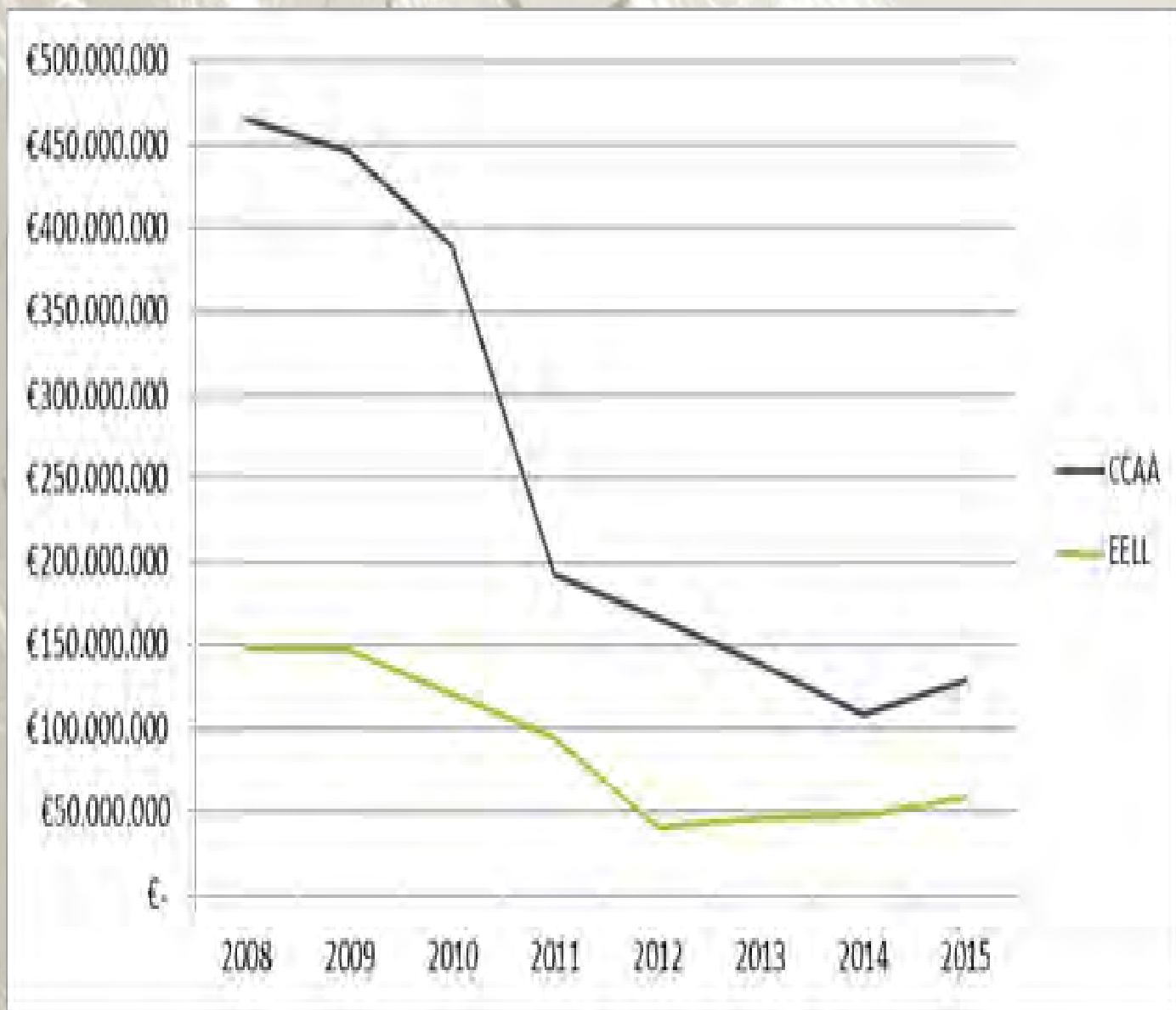
Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y de los volcados de AOD publicados por la SGCID

AOD BRUTA: 53 MILLONES DE EUROS (5%)
AOD NETA: -20 MILLONES!!!→
GANAMOS DINERO CON LA

DISTRIBUCIÓN AOD SALUD



EVOLUCIÓN AOD CCAA/EELL



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

EVOLUCIÓN AOD SALUD CCAA

CCAA	AOD salud 2013	AOD salud 2014	AOD salud 2015
Andalucía	5.771.804 €	4.290.020 €	3.912.448 €
Aragón	565.149 €	139.699 €	371.006 €
Asturias	850.787 €	804.036 €	680.263 €
Baleares	50.000 €	91.478 €	159.000 €
Cantabria			
Canarias			
Cataluña	5.903.197 €	5.811.058 €	
País Vasco	2.524.900 €	2.687.134 €	2.265.777 €
Castilla-La Mancha	2.370.164 €	45.000 €	29.633 €
Castilla y León	520.908 €	186.045 €	476.136 €
Extremadura	1.695.693 €	119.439 €	1.187.251 €
Galicia	494.734 €	525.987 €	863.180 €
La Rioja	215.000 €	55.040 €	16.382 €
Madrid			165.000 €
Murcia			
Navarra	927.169 €	1.656.814 €	1.582.383 €
C. Valenciana	275.071 €	243.806 €	250.000 €
Ceuta		12.000 €	
TOTAL	22.164.576 €	16.667.556 €	11.958.459 €

+ CATALUÑA = 17.769.000

RESULTADOS DEL INFORME

- **Incidencia política:**
 - Mesa y portavoces de la Comisión de Cooperación estatal y partidos políticos
 - Mesa de salud y responsables de salud
 - M^º de Salud
 - Ha influido en las estrategias de salud de la cooperación española
 - Comisiones de cooperación autonómicas: Andalucía, Aragón, Cataluña, País Vasco y Navarra y...
 - ¿Europa?
- **Conocimiento:**
 - Se utiliza en cursos de cooperación al desarrollo: Master de salud Carlos III, de la Complutense, Alicante,...

¡GRACIAS!



OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

El papel del personal médico en la Educación para el Desarrollo

**II CONGRESO DE COOPERACIÓN
INTERNACIONAL DE LA OMC**



OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



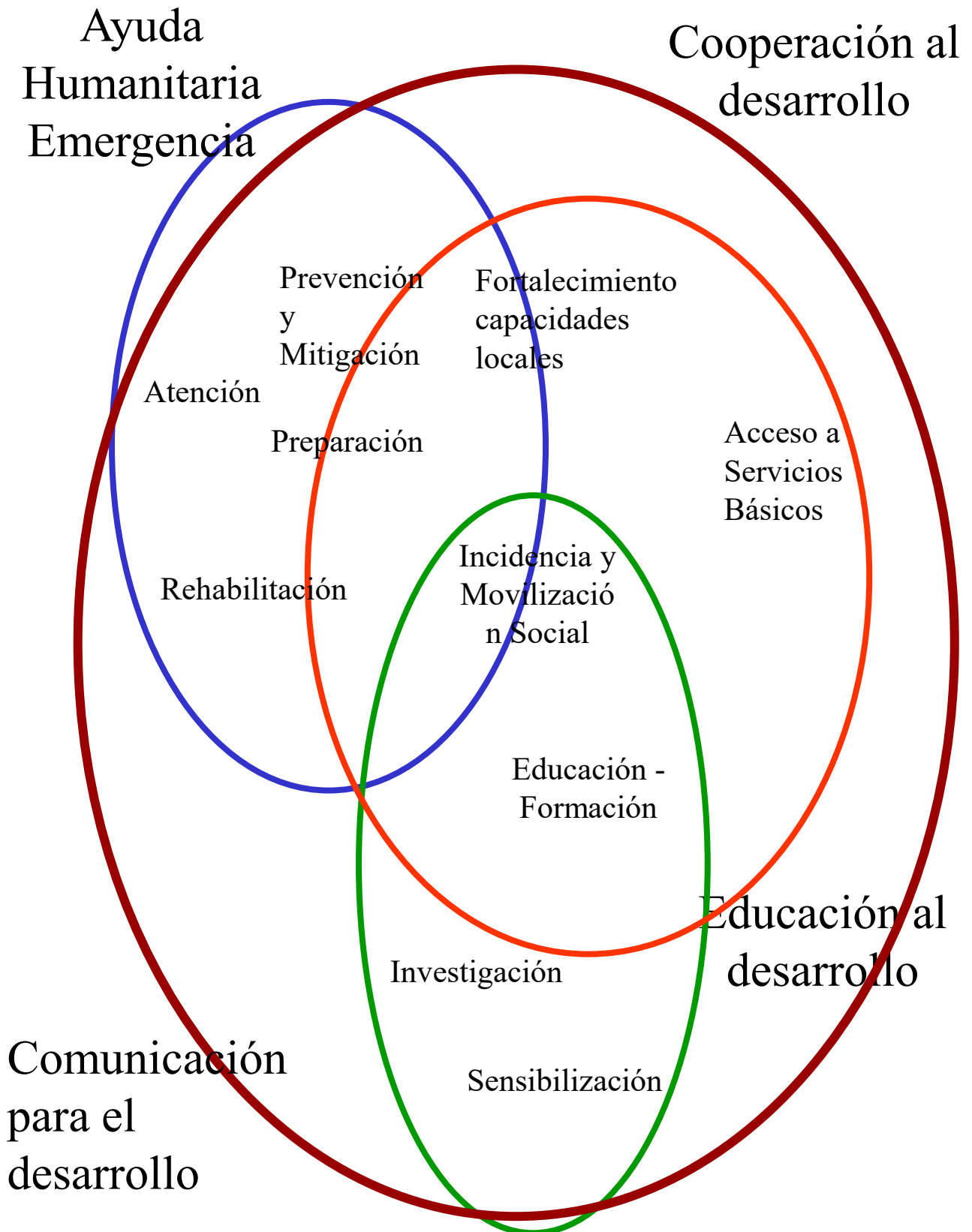
FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

Fundación SEMG Solidaria



**SOLIDARIDAD
CON..CIENCIA**

¿De qué estamos hablando?



Educación para el desarrollo

- Una ciudadanía global, una sociedad civil activa, competente, preocupada por los temas colectivos y que reclame su protagonismo en el desarrollo de los procesos sociales y políticos
- Una dimensión global en el análisis de la realidad que establezca conexiones entre lo que es local y lo que es global, que asuma los compromisos internacionales para la reducción de la pobreza como compromisos indisociables a su política nacional o local

Educación para el desarrollo

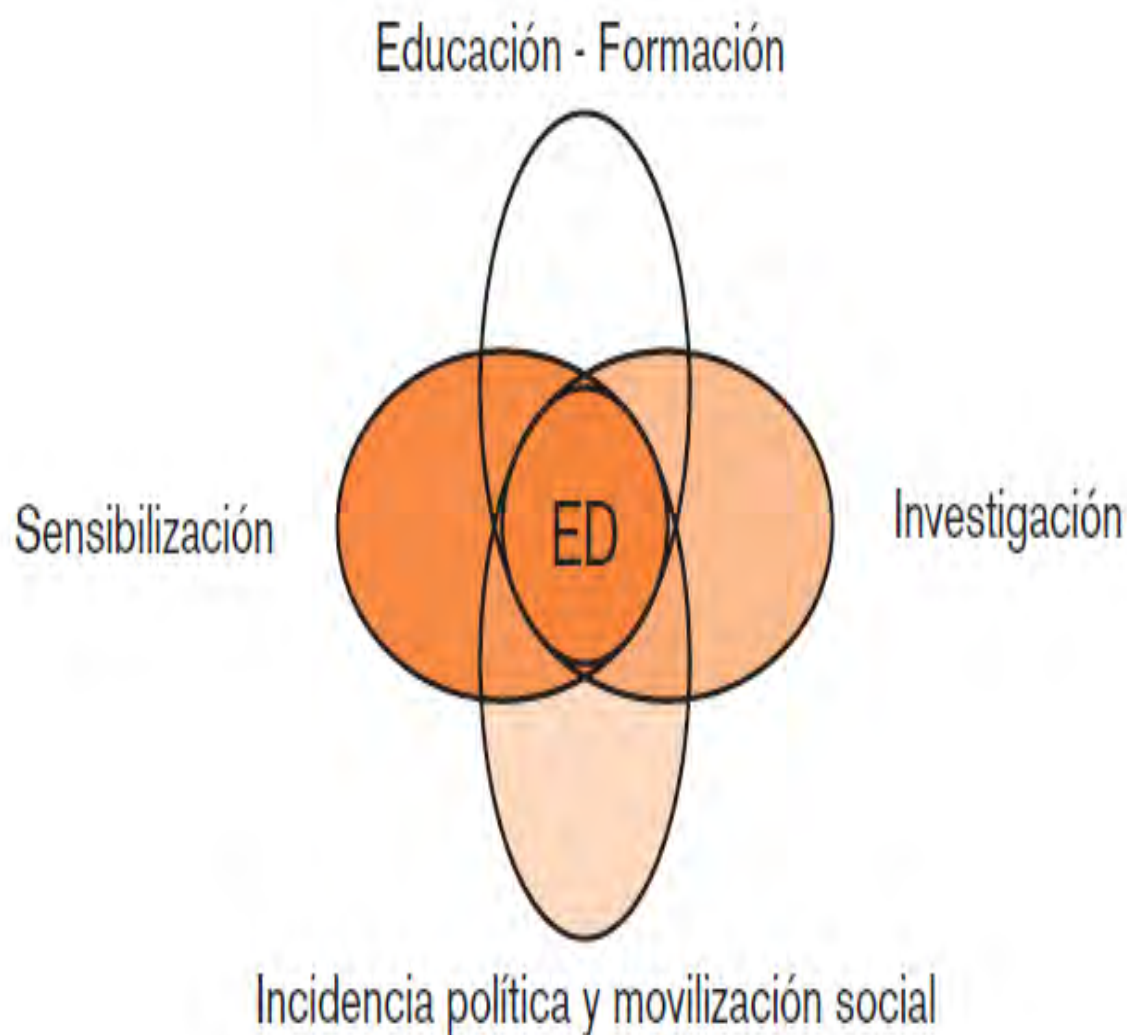
- Una perspectiva de la justicia en la que se reconozca que la educación no es neutral y que ésta puede proporcionar un posicionamiento en el momento de escoger entre mantener el mundo tal y como está o participar en el cambio, con toda la complejidad que esto comporta, a favor de la justicia para todos
- Un enfoque más basado en los derechos que en las necesidades, que reconozca los derechos básicos de la ciudadanía globalmente

Educación para el desarrollo

- Unos procesos educativos participativos, activos, no autoritarios, que huyan del adoctrinamiento, que favorezcan la autonomía y que faciliten la participación y el compromiso.

Educación para el desarrollo

Gráfico 3. Dimensiones de la ED



La ED en la Fundación SEMG Solidaria



La ED en la Fundación SEMG Solidaria

Dimensión de Sensibilización

- Programa de participación en proyectos de cooperación



La ED en la Fundación SEMG Solidaria Dimensión de Sensibilización

- Generación de espacios para compartir



La ED en la Fundación SEMIG Solidaria Dimensión de Educación - Formación

- Programa de formación



La ED en la Fundación SEMIG Solidaria Dimensión de Educación - Formación

- Programa de educación



La ED en la Fundación SEMIG Solidaria

Trabajo en red y Búsqueda de Sinergias

- Colaboración con otros agentes de la cooperación



La ED en la Fundación SEMG Solidaria

Trabajo en red y Búsqueda de Sinergias

- Generación de sinergias con otros actores de la sociedad civil.







Dr. Juan Manuel Garrote Díaz. Secretario de la
Fundación para la Cooperación Internacional





Dr. Carlos Mediano. Presidente Federación Médicos Mundi Internacional



D. Francisco Raigón Jiménez. Técnico de proyectos de la Fundación SEMG-Solidaria



Dr. Miguel Ángel Sánchez Chillón. Presidente ICOM Madrid y profesional de Médicos del Mundo

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

OMC 

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

Panel de Experiencias de pequeñas organizaciones

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

PANEL DE EXPERIENCIAS DE PEQUEÑAS ORGANIZACIONES



BOMBEROS UNIDOS SIN FRONTERAS

- Se crea en 1996 en un inicio solo conformada por Bomberos Profesionales.
- Inicialmente se crea para el desarrollo de los cuerpos de bomberos en Iberoamérica mediante la donación de medios materiales.

BOMBEROS UNIDOS TRABAJA EN:



- PROYECTOS DE COOPERACION Y DESARROLLO DE LOS CUERPOS DE BOMBEROS EN MATERIA DE DONACION DE MEDIOS MATERIALES Y FORMACION.

BOMBEROS UNIDOS TRABAJA EN:

- POTABILIZACIÓN DE AGUA EN EMERGENCIA Y MEDIANTE LA INSTALACIÓN DE SISTEMAS PERMANENTES



BOMBEROS UNIDOS TRABAJA EN:

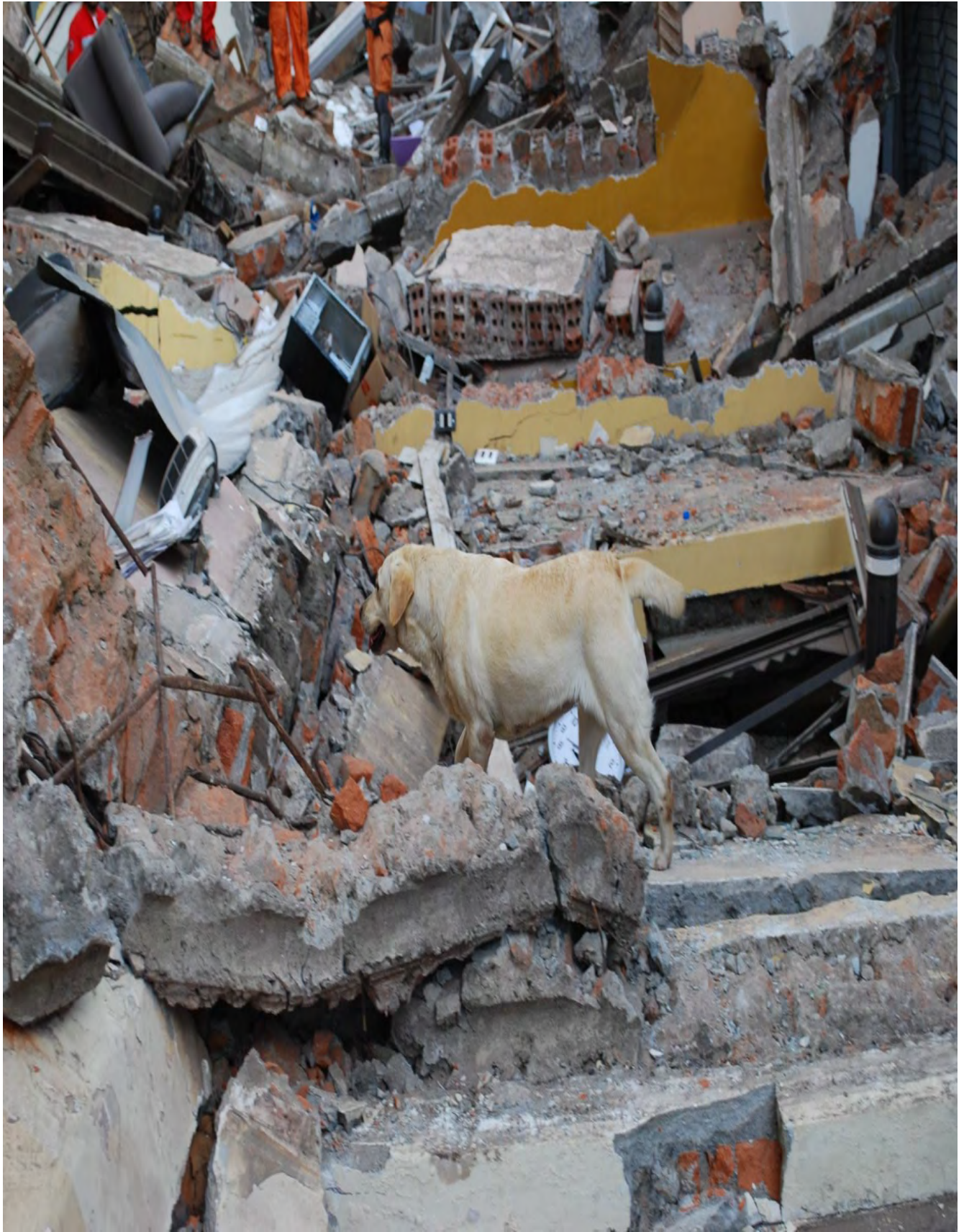
- Reconstrucción y rehabilitación de estructuras.



BOMBEROS UNIDOS TRABAJA EN:



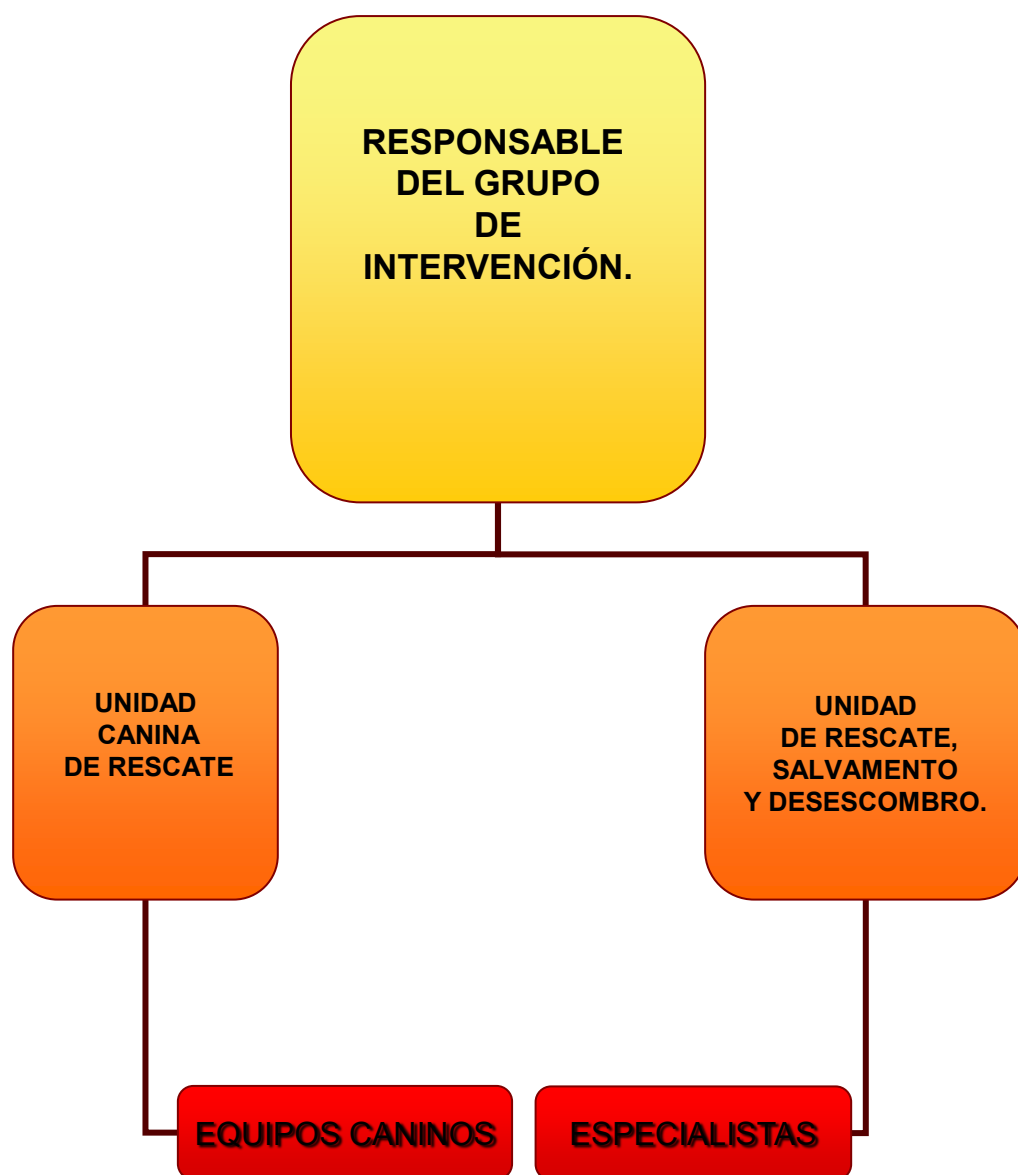
- INTERVECIÓN EN GRANDES CATASTROFES NATURALES A TRAVES DEL GRUPO DE INTERVENCION EN CATÁSTROFE (GIC).







COMPOSICION INICIAL DEL GRUPO DE INTERVENCION EN CATASTROFE.



INTERVENCION SANITARIA

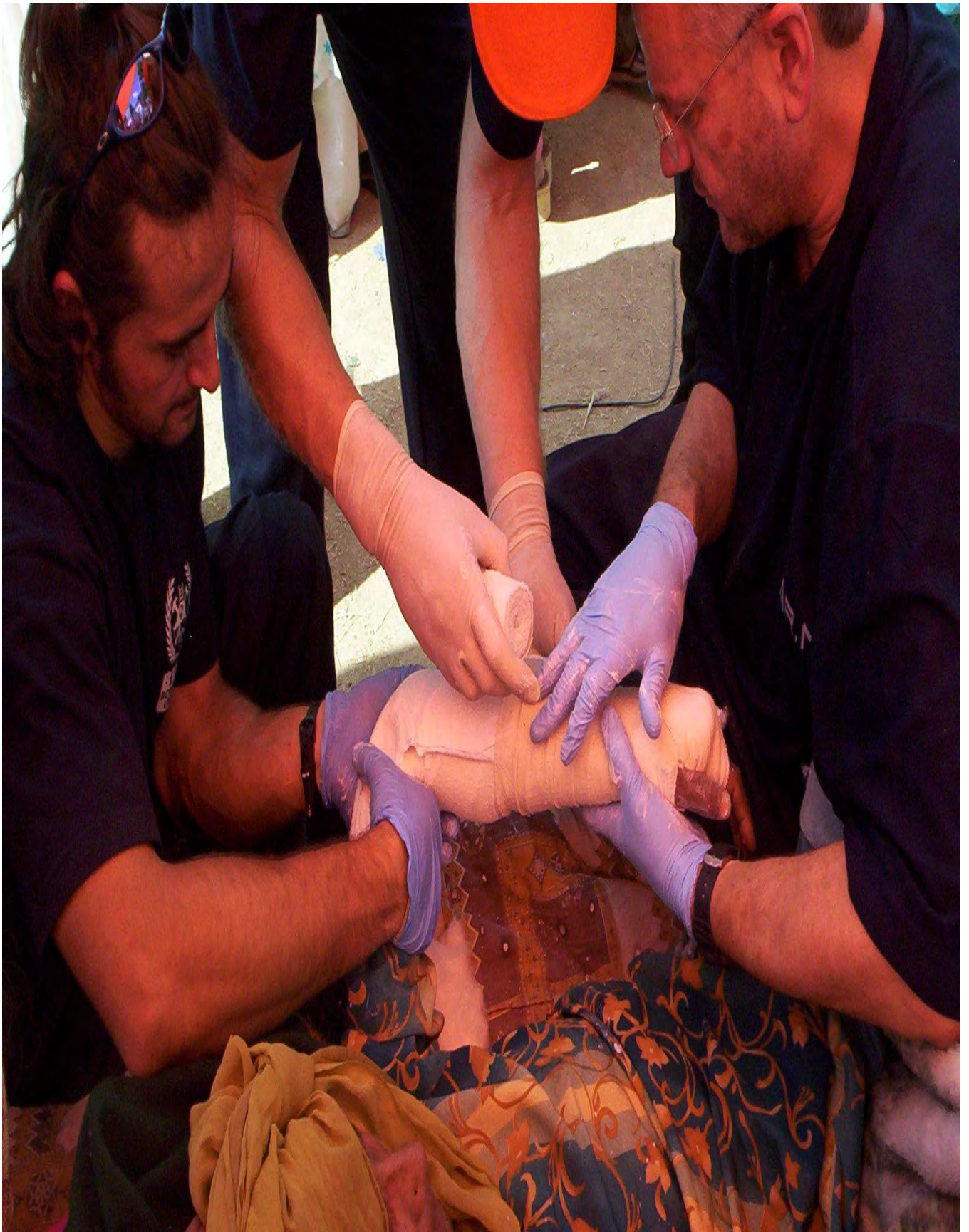
- Se realizaba mediante convenios específicos con instituciones sanitarias.
- Generaba inconvenientes tales como:
 - Falta de seguridad en la respuesta ante activaciones inmediatas.
 - Falta de control sobre perfiles profesionales y personales.
 - Deficiencias en las intervenciones.

TERREMOTO DE PAKISTAN EN 2005









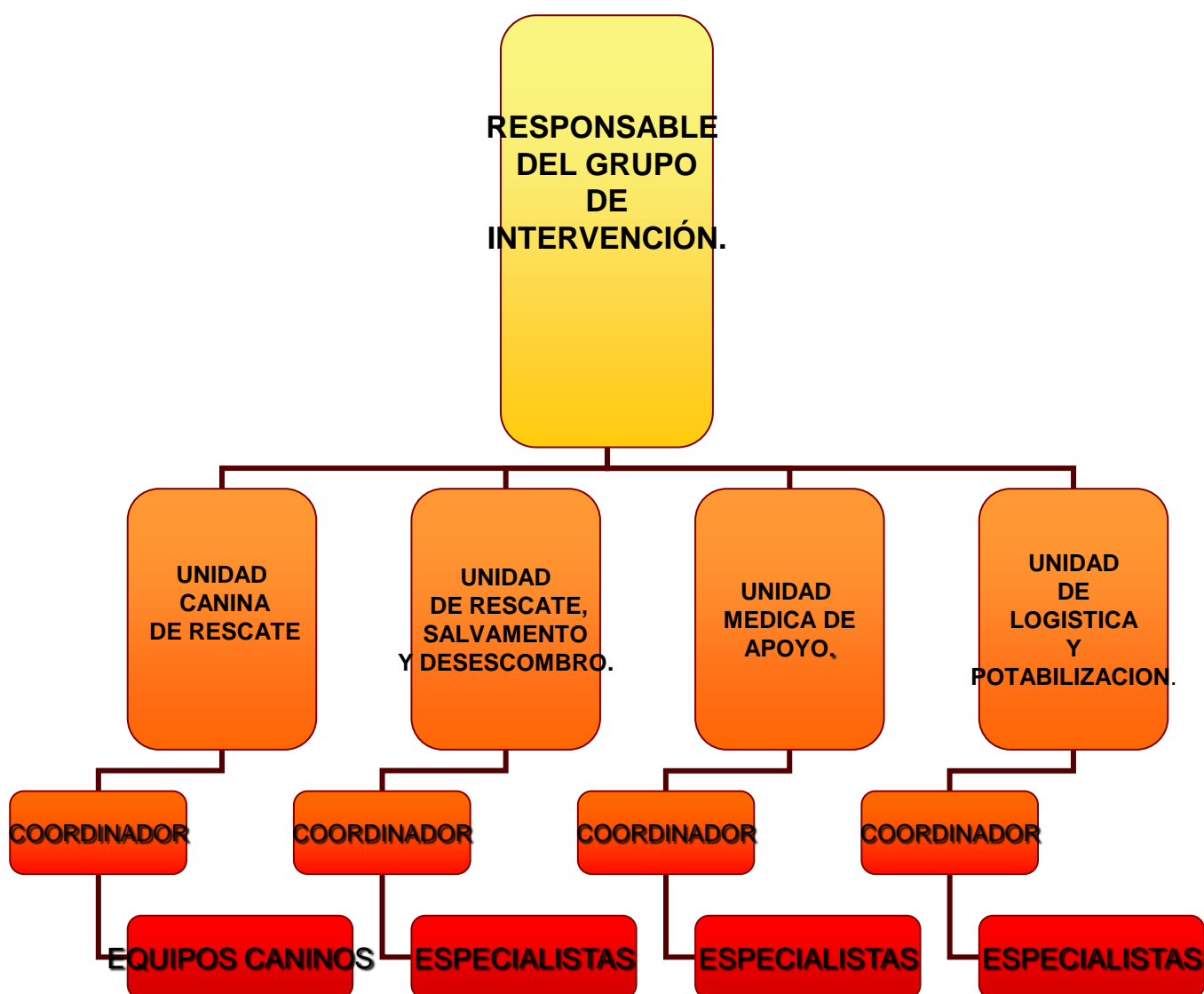








COMPOSICION ACTUAL DEL GRUPO DE INTERVENCION EN CATASTROFE.



UNIDAD MEDICA DE APOYO (UMA).

- **COMPOSICIÓN:**
 - Médicos.
 - Enfermeros.
 - Técnicos
Emergencias
Sanitarias y
Logistas.
- **OBJETIVOS:**
 - Seguridad para el equipo de primera respuesta.
 - Atención sanitaria para las víctimas rescatadas.
 - Evaluación de daños y análisis de necesidades sanitarias.

INCORPORACION UMA A EQUIPOS DE PRIMERA RESPUESTA

- Integración efectiva en los equipos de rescate.
- Polivalencia en las actuaciones.
- Estandarización de los procedimientos.

FORMACION OBLIGATORIA PARA MIEMBROS DEL GIC.

- 6 Cursos obligatorios.
- 2 Simulacros anuales.
- Conocimiento de los materiales.
- Conocimiento de los procedimientos.
- Permite que los voluntarios se conozcan.
- Nos permite conocer a los voluntarios.

FORMACION OBLIGATORIA

- RESCATE EN ALTURA Y LUGARES DE DIFICIL ACCESO.



FORMACION OBLIGATORIA

- APEOS Y APUNTALAMIENTOS EN EMERGENCIA



FORMACION OBLIGATORIA

- Desescombros y salvamento en estructuras colapsadas.



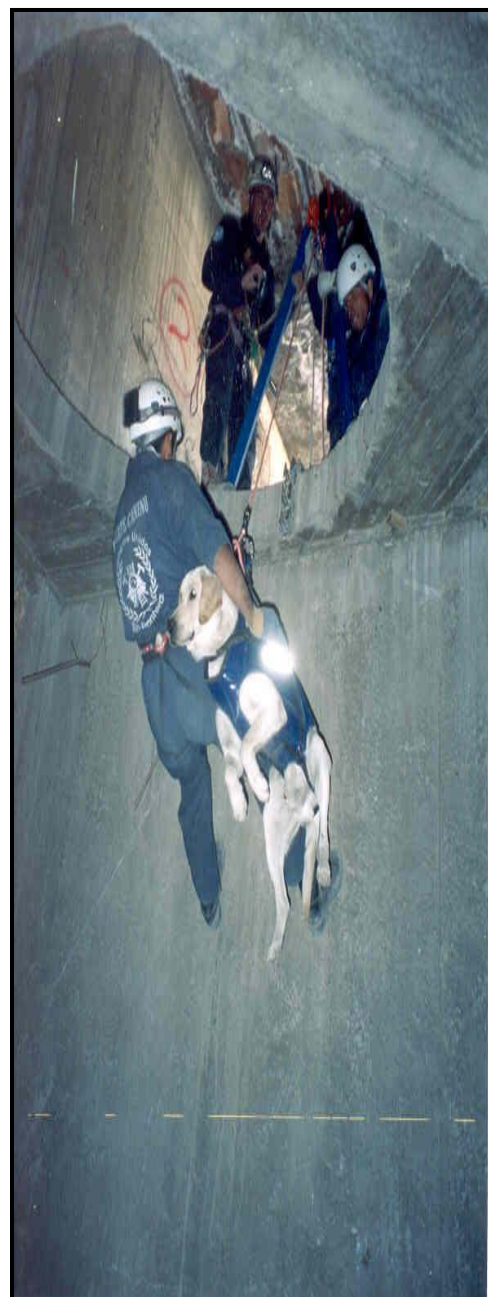
FORMACION OBLIGATORIA

- Patología y lesiones en estructuras colapsadas.



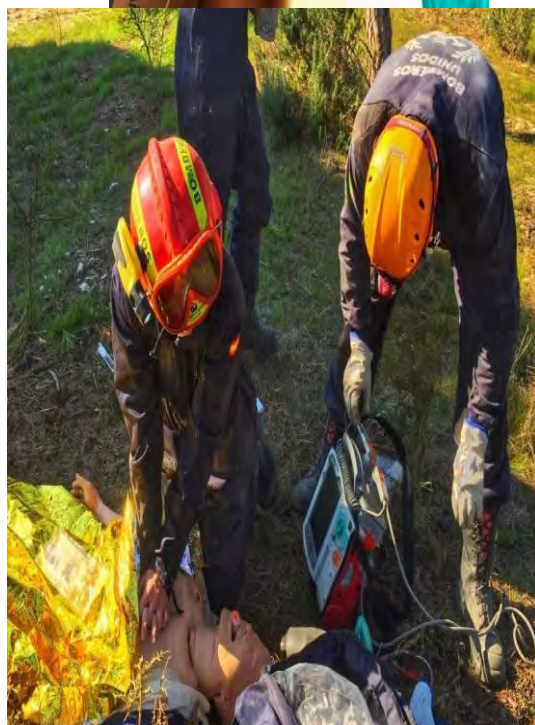
FORMACION OBLIGATORIA

- Rescate Canino.



FORMACION OBLIGATORIA

- Atención sanitaria en catástrofe.



FORMACION OBLIGATORIA

- SIMULACROS ANUALES



**RED
IBEROAMERICANA
BUSF**

**BUSF ESPAÑA
SEDE CENTRAL**

BUSF GUATEMALA

BUSF REP. DOMINICANA



BUSF NICARAGUA

BUSF BOLIVIA



BUSF PERU. IQUITOS



BUSF PERU. AREQUIPA

PROYECTOS EN EJECUCION:

- Proyecto formativo de Rescate canino y Desescombros en Ecuador.
- Proyecto de reconstrucción de viviendas en Ecuador.
- Proyecto de rehabilitación de orfanatos en Nepal y Haití.
- Proyectos de potabilización de agua en el Amazonas peruano.
- Proyecto de donación de medios materiales y formación con los Cascos Blancos de Siria.
- Proyecto formativo de rescate y atención sanitaria en accidentes de tráfico en RD.

CONCLUSIONES

- La intervención de las pequeñas organizaciones en materia de Cooperación y ayuda humanitaria es necesaria puesto que llega donde organizaciones mayores no llegan.
- Seguimos apostando por la formación de equipos polivalentes.
- Debemos seguir trabajando por reducir los tiempos de respuesta.
- Para nuestras organizaciones el motor es el voluntariado.

GRACIAS.



OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



“PROYECTO DE CAPACITACIÓN EN
AUTOCUIDADO A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN
PARA LA SALUD EN LAS COMUNIDADES DE
ANSE-A-PITRES, REPÚBLICA DE HAITÍ.”



II Congreso de Cooperación
Internacional de la OMC.
27 Enero 2017.
Palacio de la Magdalena.
Santander.

María García Llano.

Índice.

Haití



AYMY

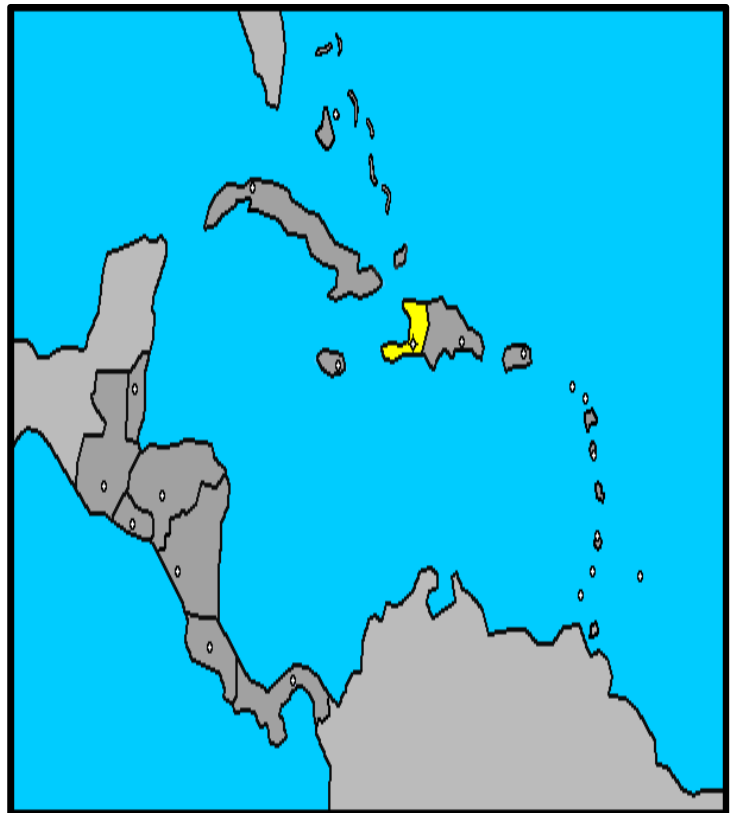


Nuestro
Proyecto

República de Haití.



- ✓ Isla la Española.
27750Km².
- ✓ 10,3 millones de habitantes.
- ✓ 80% ascendencia africana.
- ✓ Capital: Port-au-Prince.
- ✓ Idiomas: creol y francés.







Ocupación
española

Ocupación
francesa

Primer país libre de
América Latina

Ocupación
Estados
Unidos

Limpieza de la
frontera
ordenada por
Trujillo

Dictadura Duvalier. Papa Doc
y Baby Doc.
Deuda 750m\$.
En bancos Suizos 900m\$

Golpe de
Estado -
Elecciones

Misión de la
ONU.
MINUSTHA

Prescripción
delitos BABY
Doc

Elecciones
aplazadas

Noviembre 2016-
Jovenel Moise



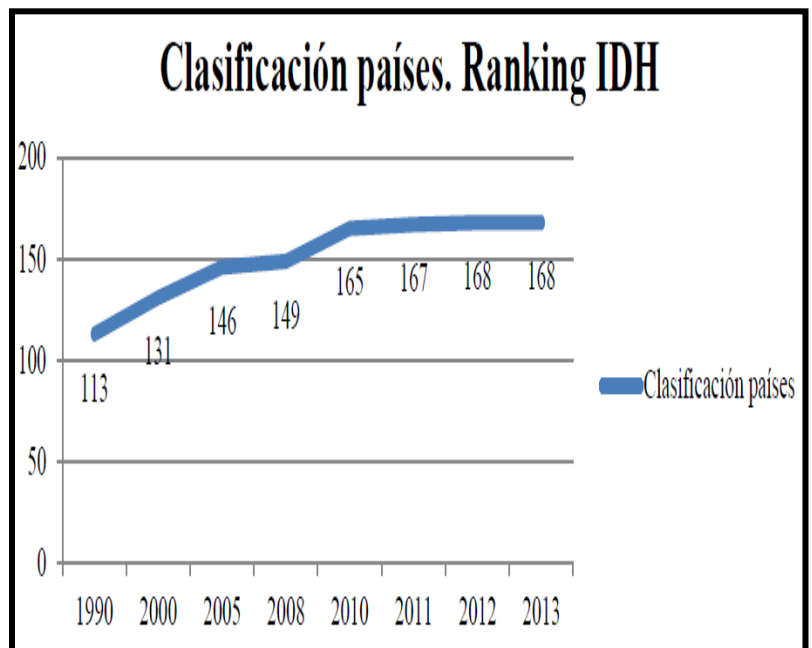
Índice de Desarrollo Humano. IDH

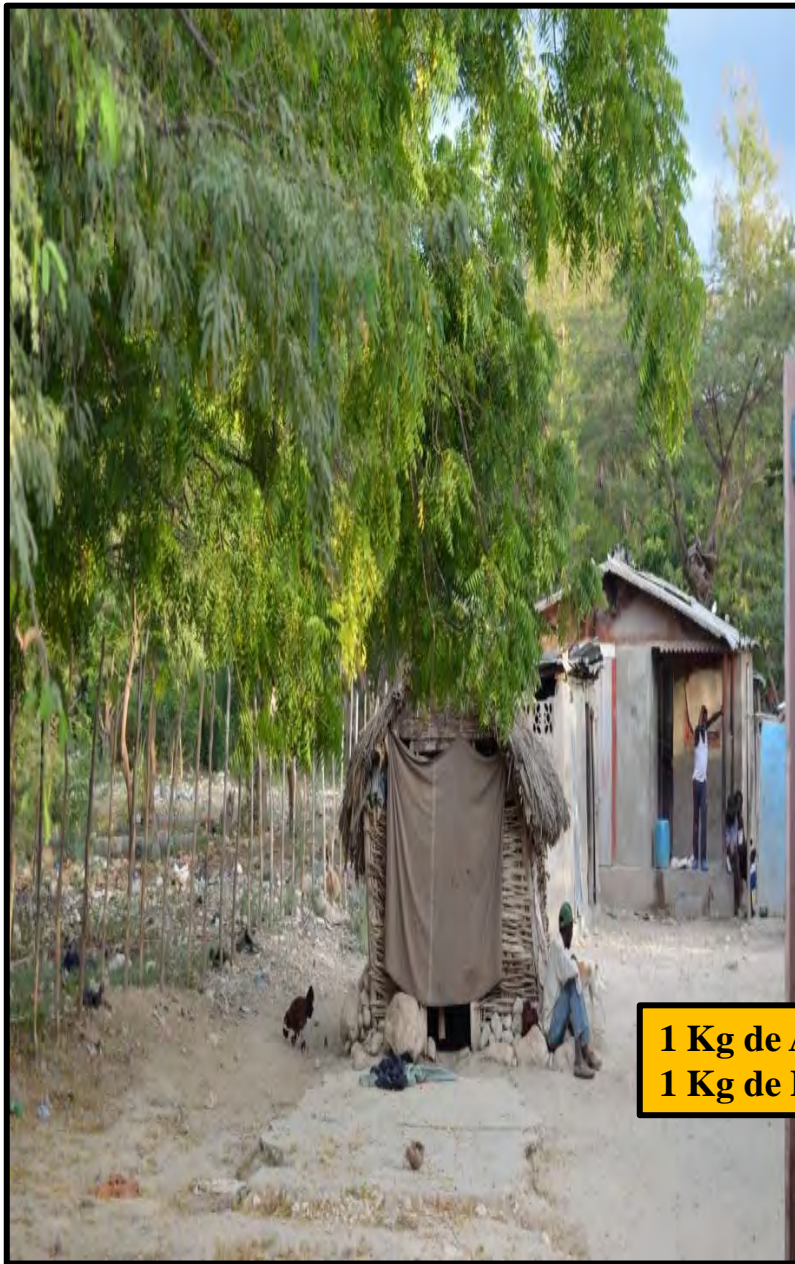
✓ Bajo desarrollo humano. IDH
0,47.

✓ Puesto 163 de 188 países (2015).

✓ Menor del Caribe.

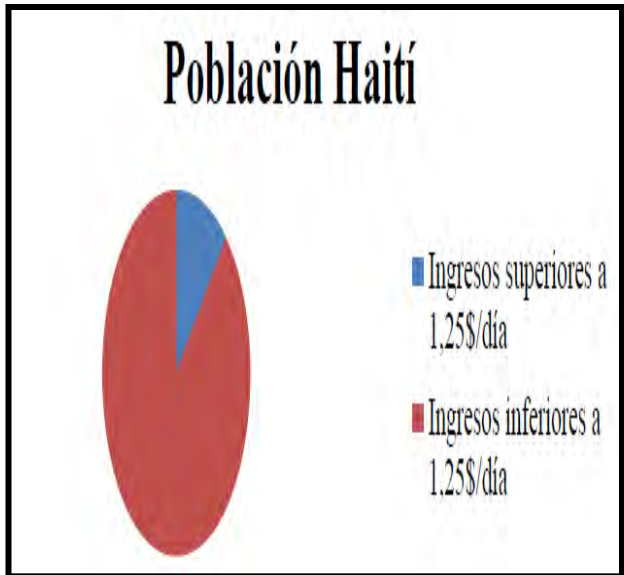
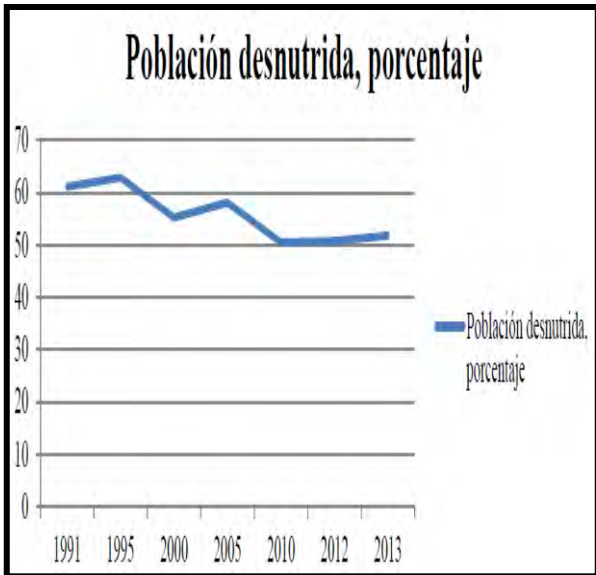
✓ Tras Afganistán, el IDH más bajo fuera de África.





La mitad de la población de Haití es extremadamente pobre.

1 Kg de ARROZ: 0,8 Euros.
1 Kg de HABICHUELAS: 1,6 Euros



Agua potable y saneamiento.



- ✓ 62% población haitiana tiene acceso a agua potable.
- ✓ 24% acceso a saneamiento.

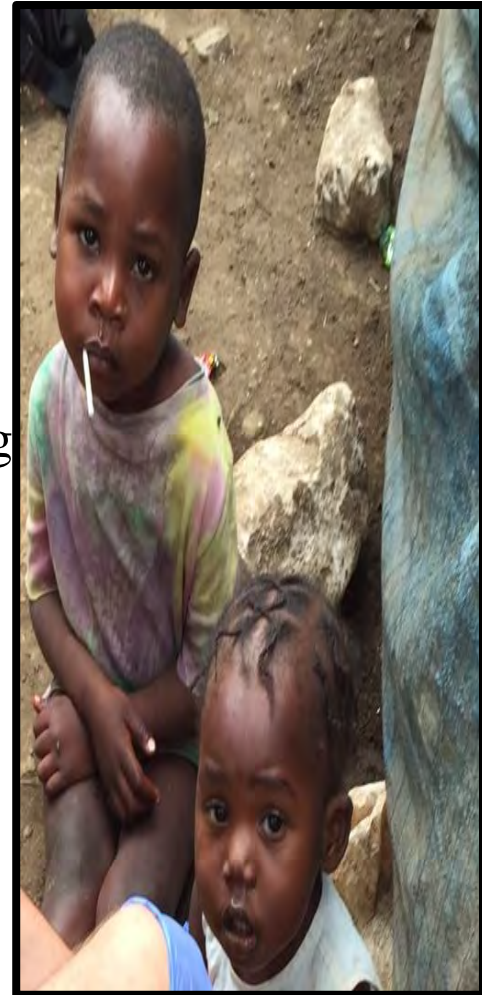
Desastres naturales.



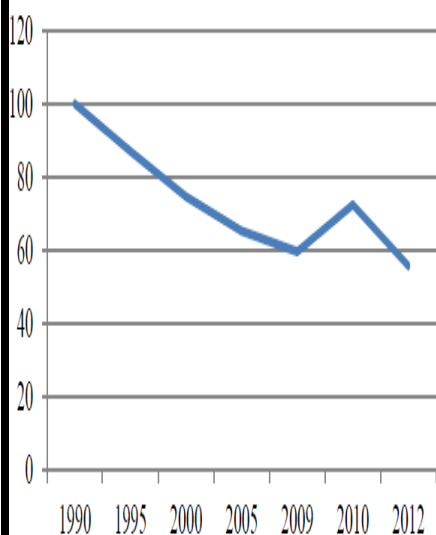
- ✓ Deforestación. Carbón vegetal.
- ✓ Tan sólo el 3,7% de su superficie está cubierta de bosque.
- ✓ 12 Enero 2010 gran terremoto.
- ✓ 2012 Huracán Sandy e Isaac.
- ✓ Octubre 2016 huracán Matthew.

A nivel sanitario...

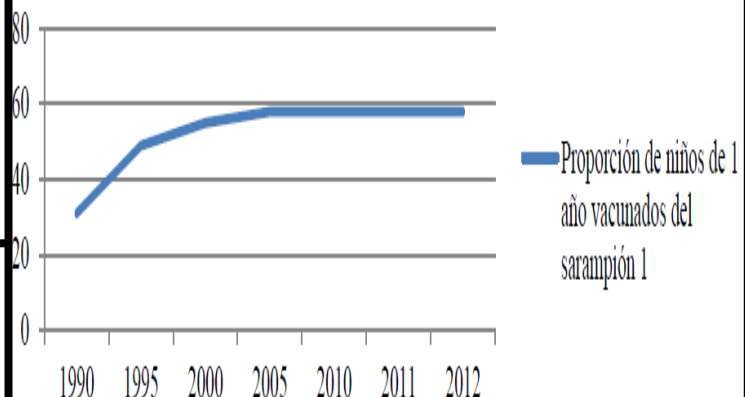
- ✓ Mortalidad infantil y materna más alta de América Latina.
- ✓ Tasa natalidad media: 5 hijos/mujer.
- ✓ Partos asistidos 37%.
- ✓ Prevalencia VIH: puesto 26 de ranking de 116 países.
- ✓ 26% de los hombres dice tener conocimientos amplios sobre la enfermedad.



Tasa de mortalidad infantil 0 - 1 año



Proporción de niños de 1 año vacunados del sarampión



Cólera

¿Por
qué?

Epidemia 2010-2013

650.000 afectados, 10.000 fallecidos.

Brote último trimestre 2015

Enero-Febrero 2016

8.599 sospecha nuevos casos.

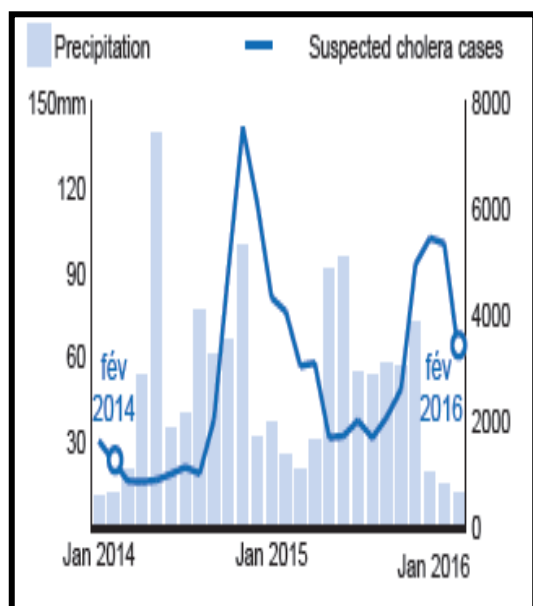
Informe OCHA n° 32, 17

Enero 2017:

500 casos semana previa huracán.

1.500 casos dos primeras semanas tras huracán.

13.799 vacunaciones.



Débil infraestructura de agua y saneamiento.



Falta de acceso a atención médica de calidad.



Deficiente sistema de alerta y coordinación.



Deficiencias en la cloración de la red de abastecimiento de agua.



Desplazamientos humanos.



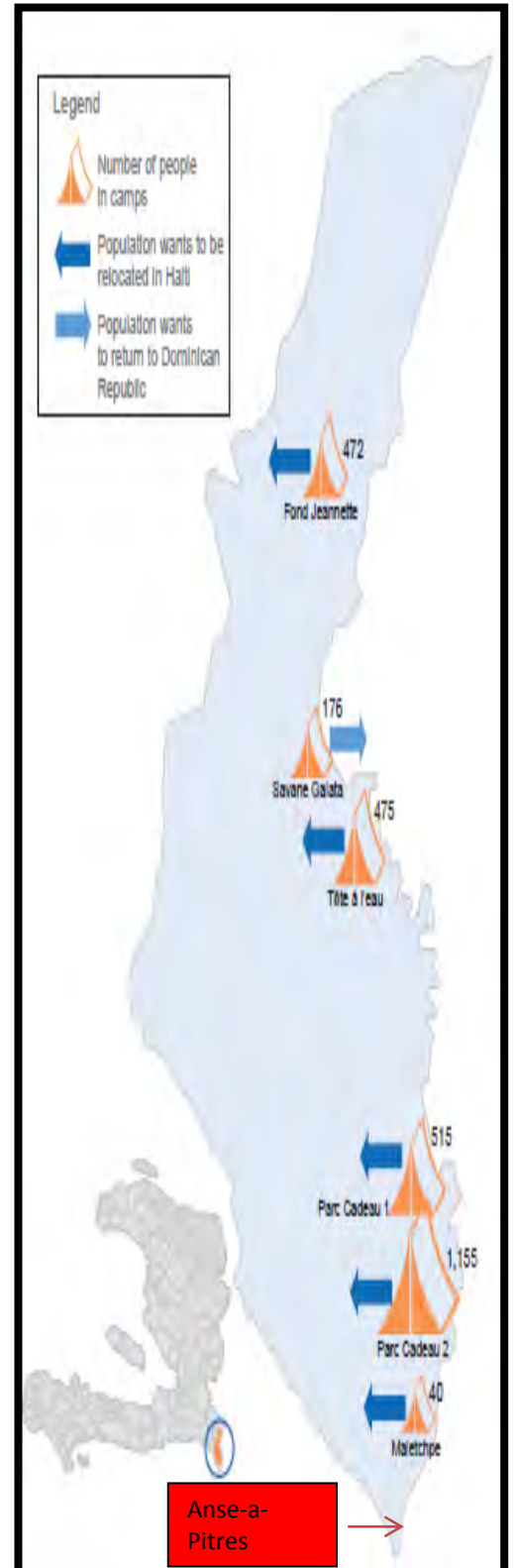
Falta de comprensión de factores socioculturales



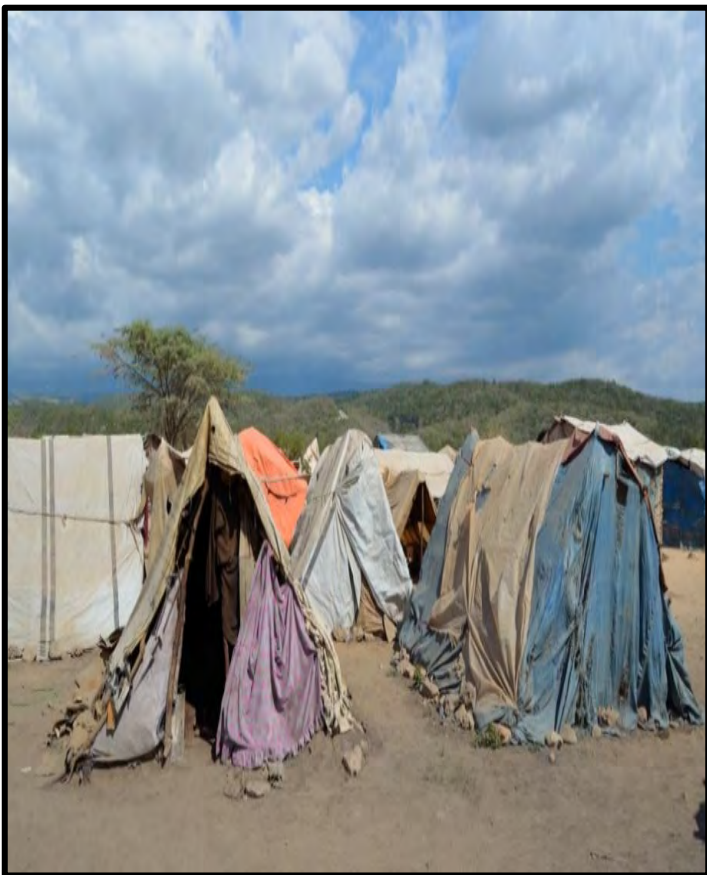
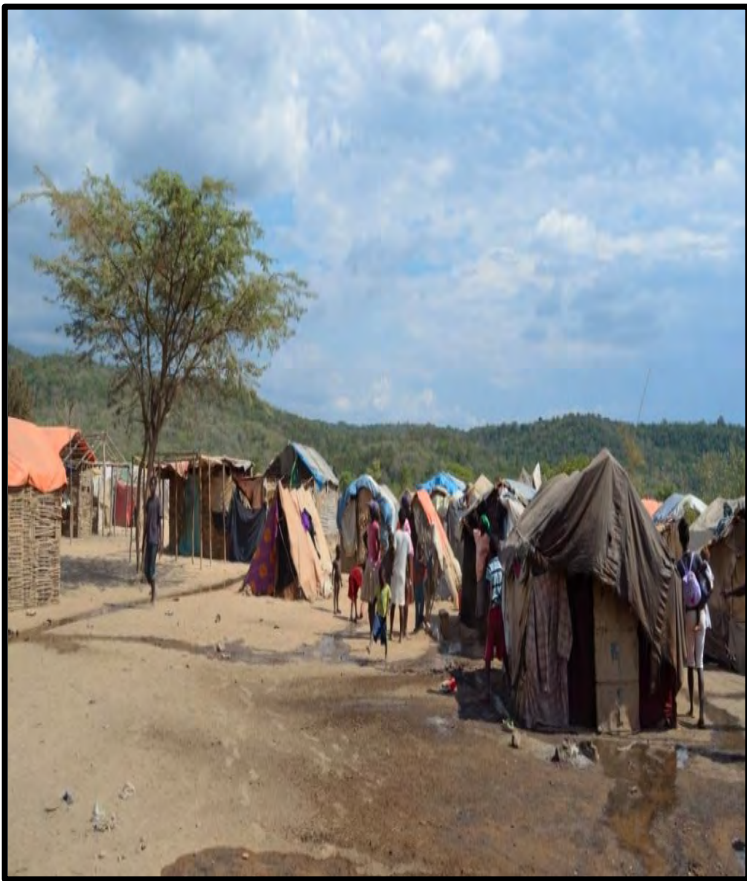
Subfinanciación del Plan Nacional.

Campos de desplazados.

- Tras el terremoto, 105 campos en la zona de Puerto Príncipe.
- En Septiembre de 2015 24.000 personas retornaron desde República Dominicana.
- 582 familias, 2.853 personas viven en 6 campos de desplazados.
- Sin acceso a agua potable y sin saneamiento.
- Actualmente en proceso de realojo.







Ayitimoun Yo. AYMY

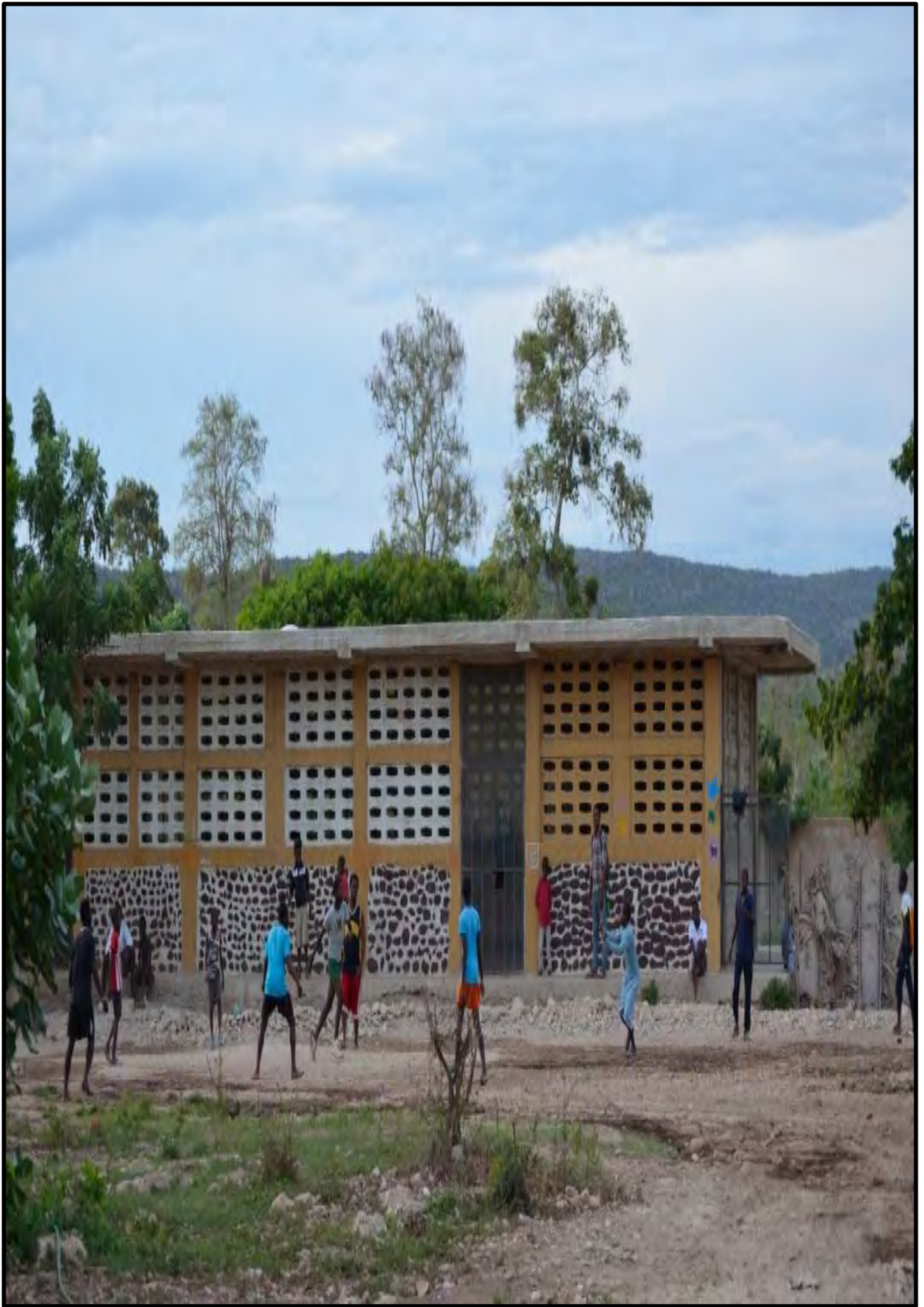
Fundada por Lucía Lantero y Alexis Derache en el año 2010.

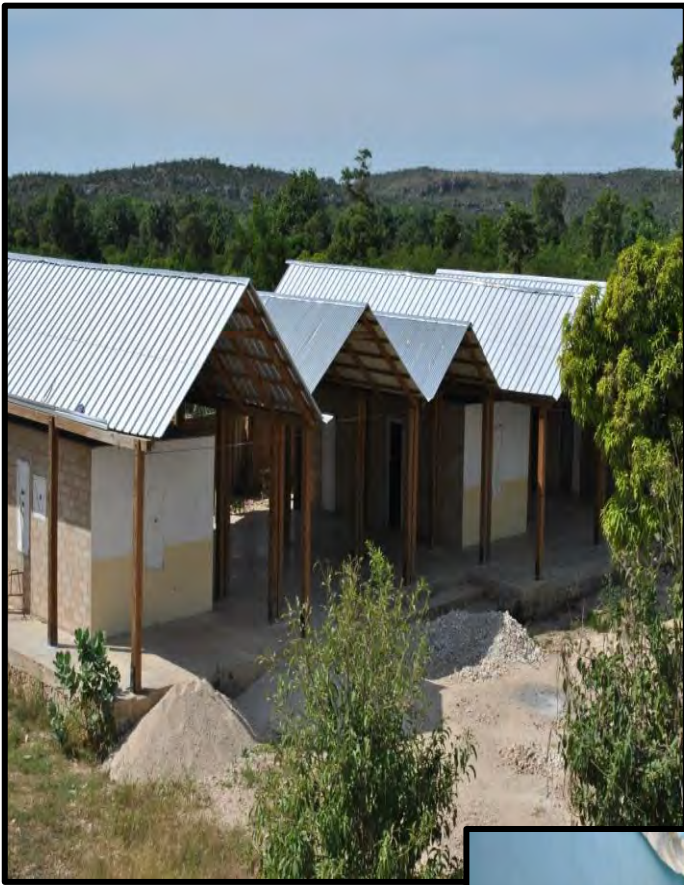
Objetivo: velar por los derechos de los niños de la calle.

¿Cómo?

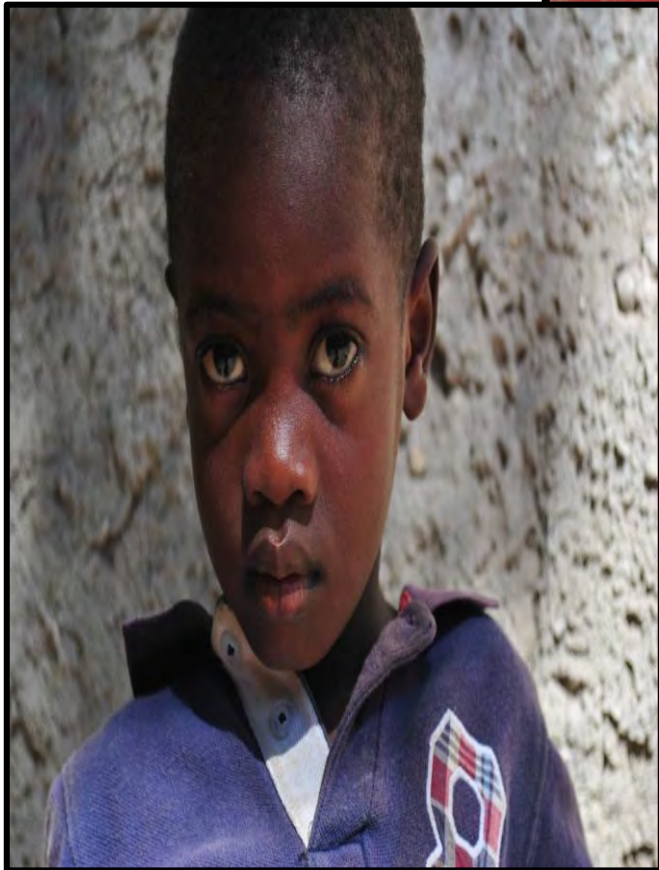
- ✓ Hogar con 48 niños.
- ✓ Educación gratuita en su escuela a 100 niños.





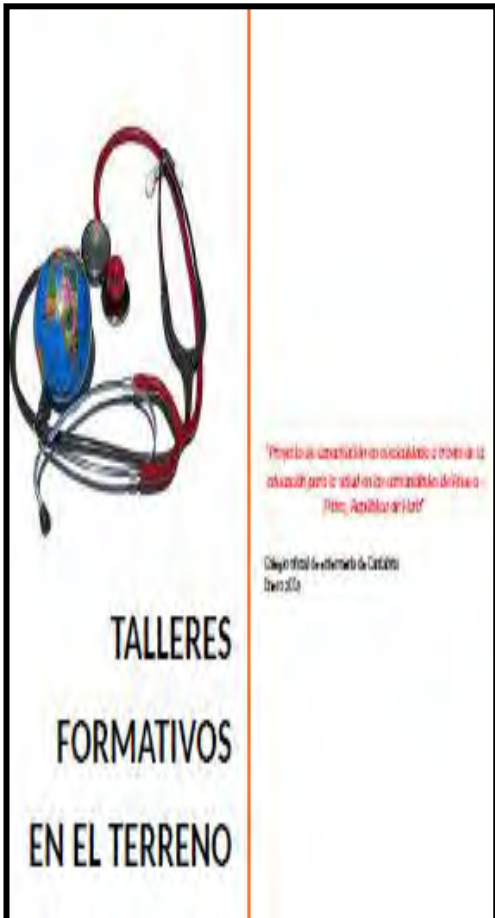






Proyecto.

- Otoño 2014 presentación de la ONG AYMAY e inicio de la colaboración con el Colegio de Enfermería de Cantabria.
- De las necesidades en salud expresadas por la organización surge el **grupo de trabajo “Ayitimoun Yo”** y se elabora el Proyecto **“Capacitación en autocuidado a través de la Educación para la Salud en la comunidad de Anse-a-Pitres, Haití”**.
- Noviembre 2015 arranca la 1º fase de ejecución.



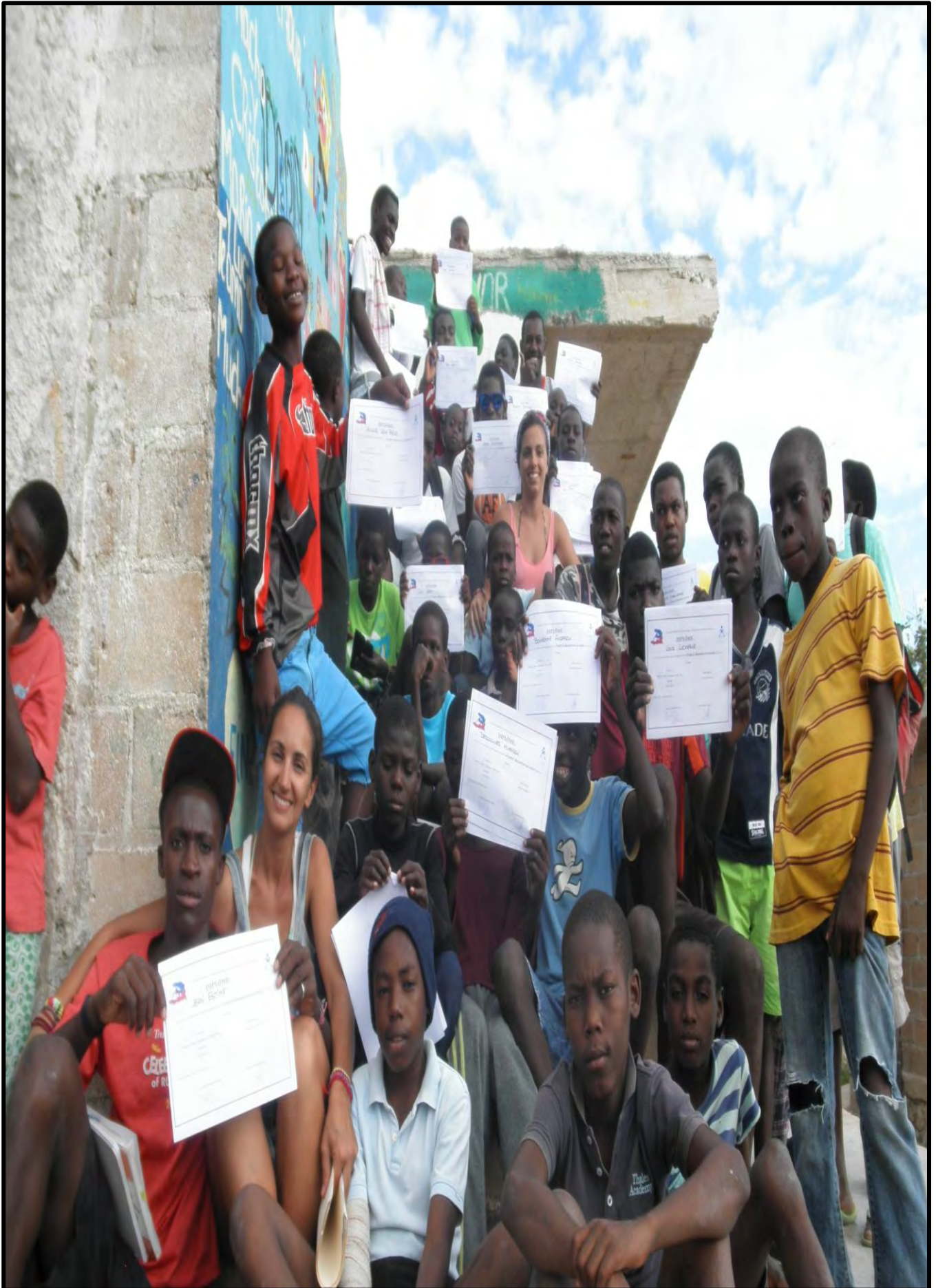
Talleres formativos sobre el terreno II

“Proyecto de capacitación en autocuidado a través de la educación para la salud en las comunidades de Anse-a-Pitres, República de Haití”









“Protegiéndonos del Cólera a través de la Educación para la Salud en la comunidad de Anse-a-Pitres, República de Haití.”



Colégio Endemaria Cochrán

AECM











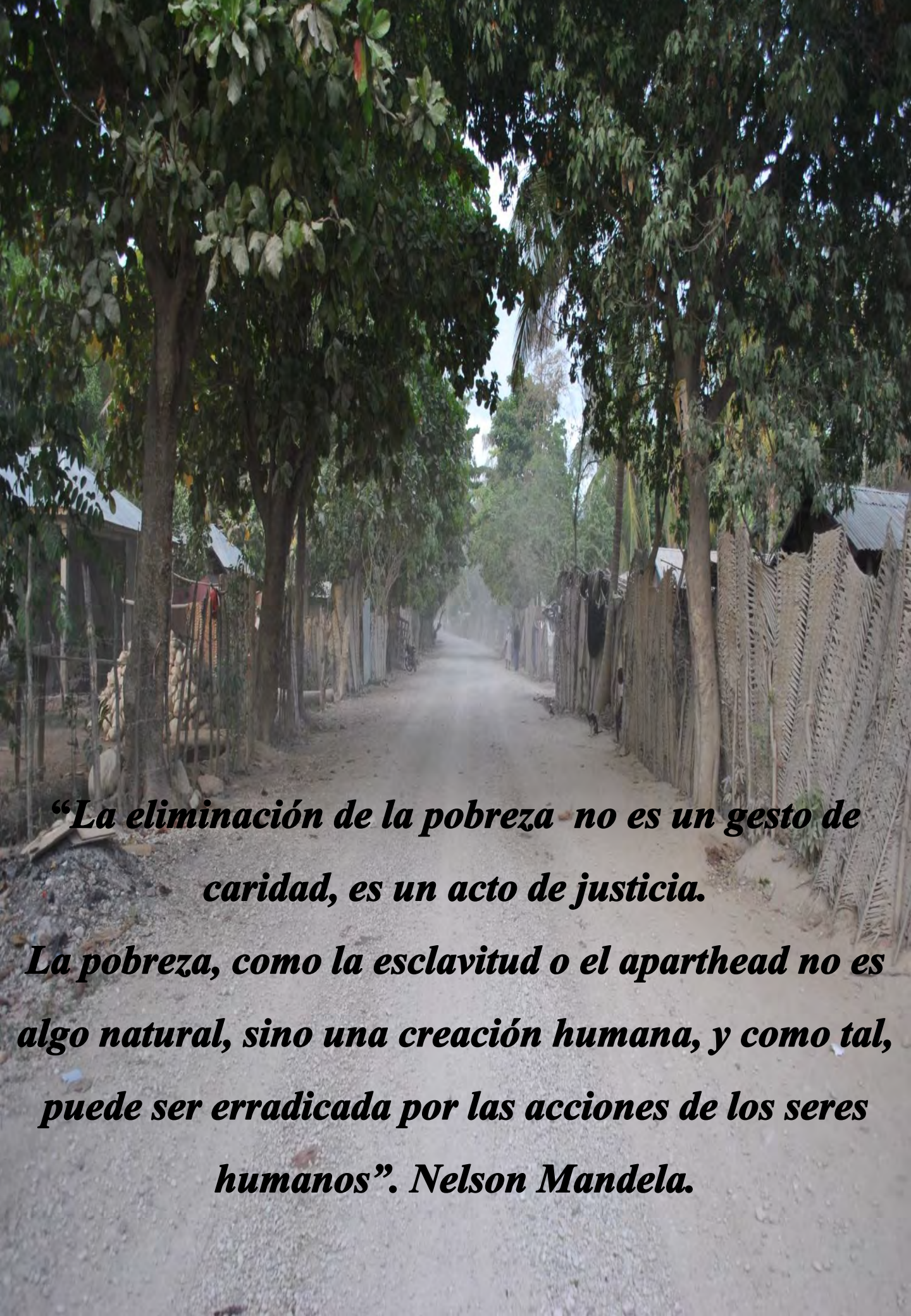
KOLERA
C'est une maladie grave qui se transmet par l'eau et les aliments contaminés.
Symptômes : diarrhée aqueuse, vomissements, crampes.
Prévention : boire de l'eau propre, se laver les mains.
Traitement : réhydratation.

Belle de
C'est une maladie grave qui se transmet par l'eau et les aliments contaminés.
Symptômes : diarrhée aqueuse, vomissements, crampes.
Prévention : boire de l'eau propre, se laver les mains.
Traitement : réhydratation.

Belle de
C'est une maladie grave qui se transmet par l'eau et les aliments contaminés.
Symptômes : diarrhée aqueuse, vomissements, crampes.
Prévention : boire de l'eau propre, se laver les mains.
Traitement : réhydratation.

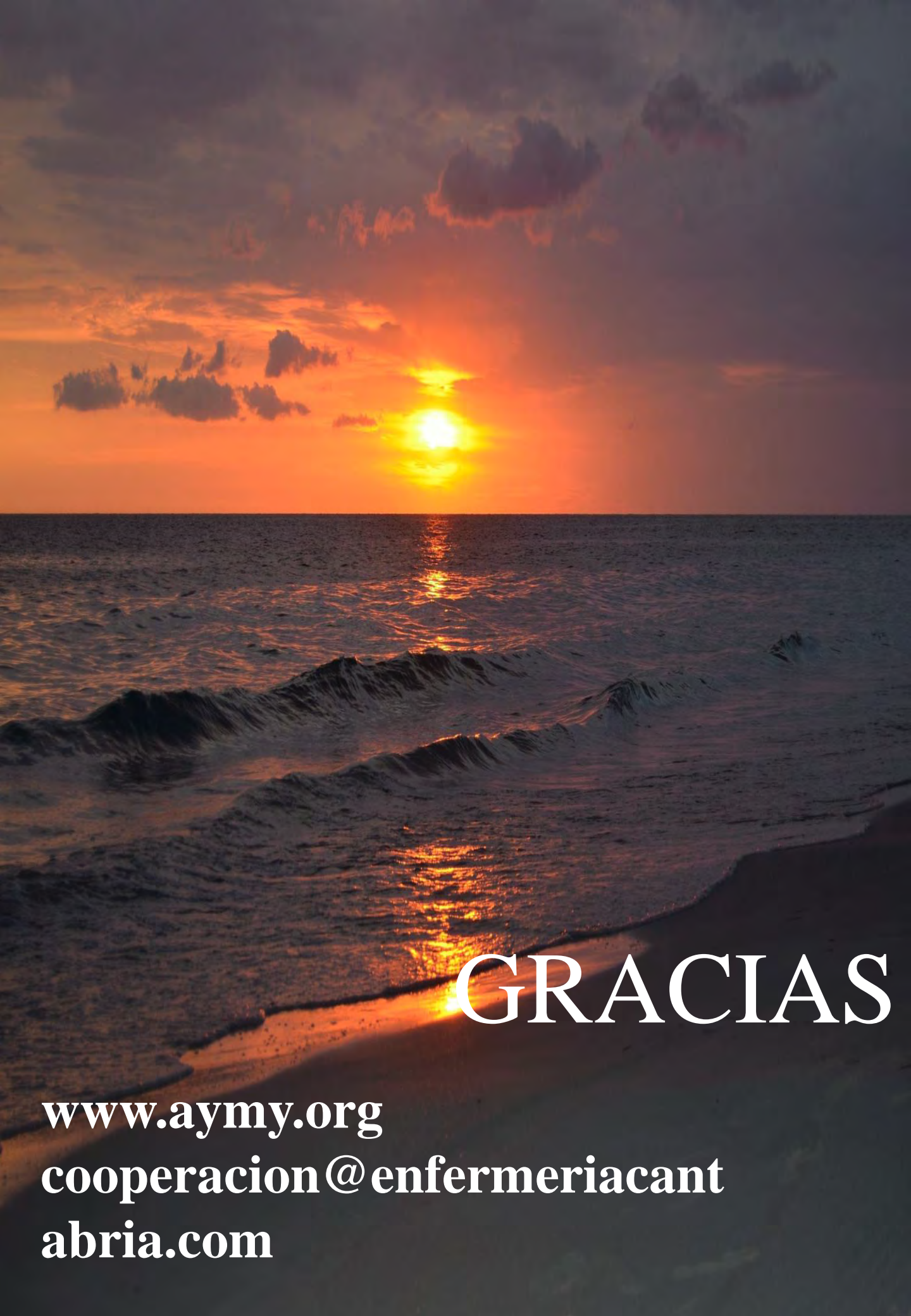






“La eliminación de la pobreza no es un gesto de caridad, es un acto de justicia.

La pobreza, como la esclavitud o el apartheid no es algo natural, sino una creación humana, y como tal, puede ser erradicada por las acciones de los seres humanos”. Nelson Mandela.



GRACIAS

www.aymy.org

cooperacion@enfermeriacantabria.com

abria.com







asf spain

no limits just dreams



Aviación Sin Fronteras

Ayudamos volando

NUESTRO EQUIPO

Quienes somos

- Aviación Sin Fronteras-España es una *asociación humanitaria sin ánimo de lucro* declarada de *utilidad pública*.
- Un equipo formado por más de 400 socios/voluntarios que día a día colaboran para que nuestra labor llegue a más de **3.000 beneficiarios** cada año.

JUNTA - AVIACION SIN FRONTERAS

PRESIDENTE

VICEPRESIDENTE^o

SECRETARIO

TESORERO

VOCALES

DEP. COMUNICACION

DIRECTORA
GENERAL

ALAS DE LA
ESPERANZA

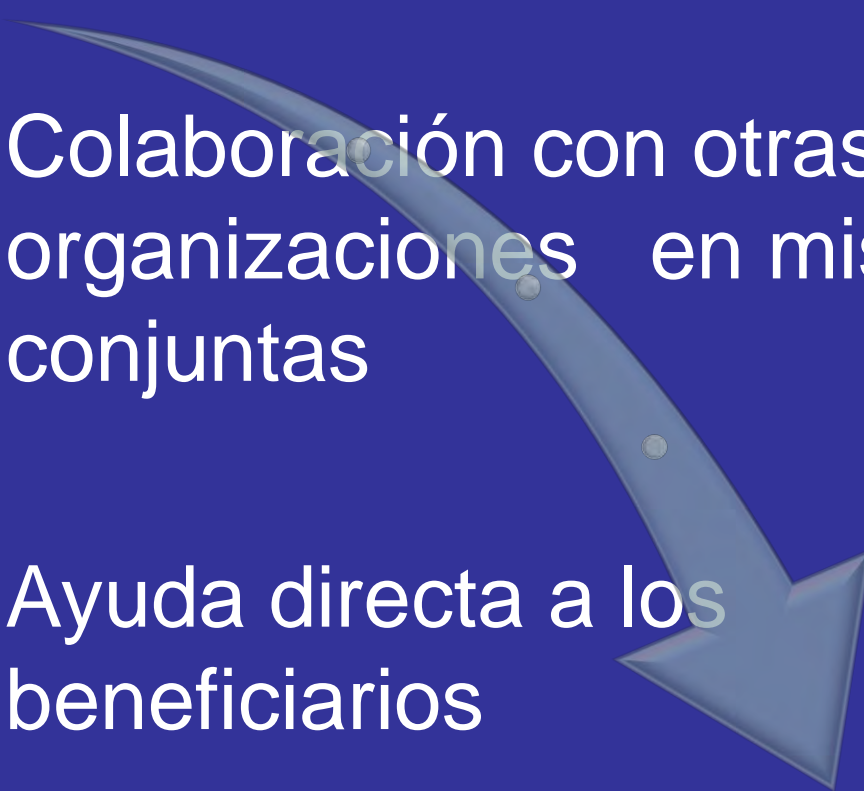
MENSAJERIA
SOLIDARIA

ALAS DE LA
SONRISA

ALFABETIZACION
BURKINA FASO

PROYECTOS

Nuestros objetivos

- Proyectos vinculados al mundo de la aviación
 - Colaboración con otras organizaciones en misiones conjuntas
 - Ayuda directa a los beneficiarios
- 

Alas de la Esperanza

Hoy en día es el programa estrella de AVIACION SIN FRONTERAS-ESPAÑA.

Gracias al cual damos ALAS A LA ESPERANZA de un gran número de niños aquejados de graves patologías o deficiencias no subsanables en sus respectivos países.

Nuestros voluntarios son la primera toma de contacto para el niño en este gran viaje lejos de su familia y una fuente de seguridad importantísima ante los miedos que pueden sentir ante lo desconocido.

Proviene de distintos países, tales como

Mauritania, Benín, Guinea Conakry, Marruecos

y vienen a operarse en diferentes puntos de

Nuestra geografía tales como:

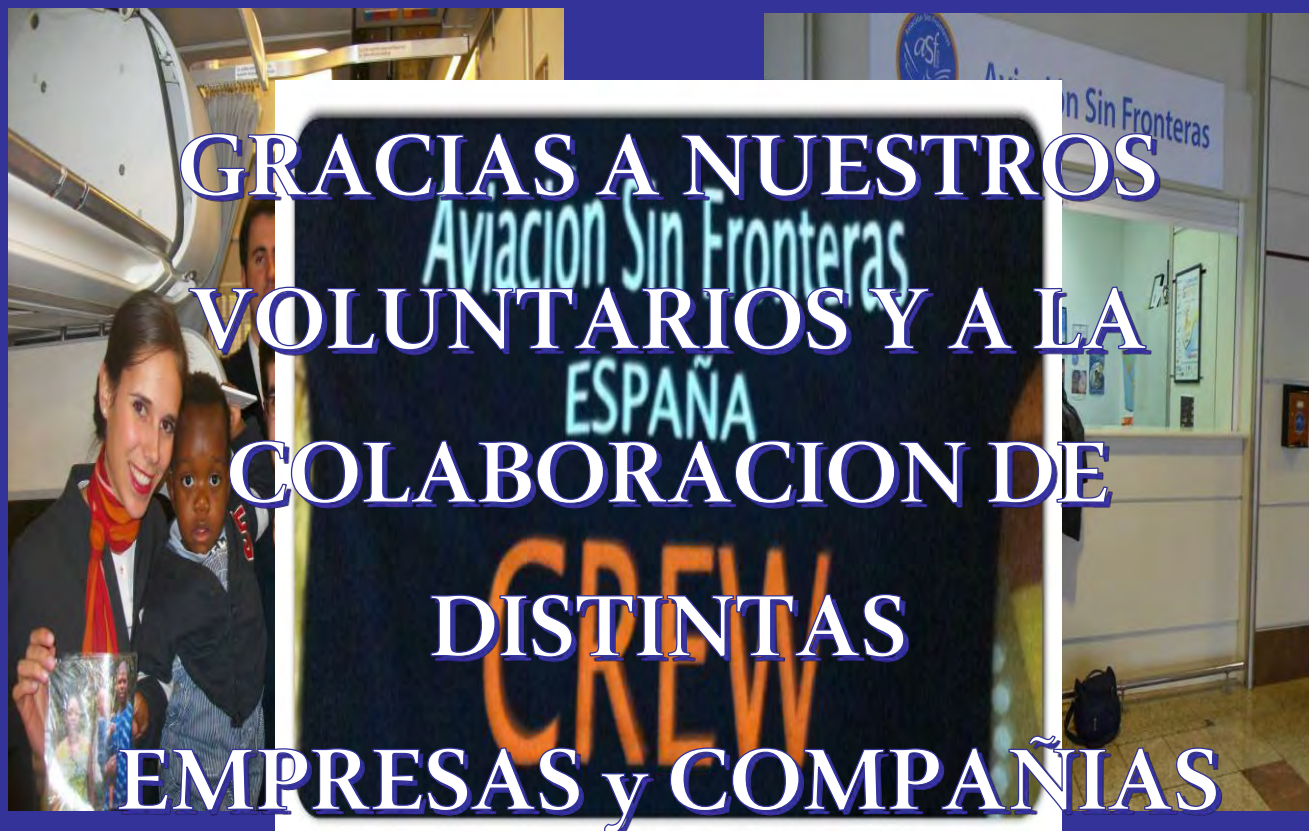
Valencia, Madrid, Sevilla, Bilbao, Coruña.



A día de hoy hemos realizado más de **7.000**

acompañamientos

Alas de la Esperanza



GRACIAS A NUESTROS
VOLUNTARIOS Y A LA
COLABORACION DE
DISTINTAS
EMPRESAS y COMPAÑIAS



AEREAS...
CONSEGUIMOS HACER
UNAS
FOTOS...
QUE NOS DAN ALAS!!

Mensajería Solidaria

Nuestra labor en este programa no sólo se ciñe al transporte de medicamentos a lugares que carecen de ellos, sino que ASF garantiza que esta valiosa carga llegue a sus destinatarios, de varias formas.

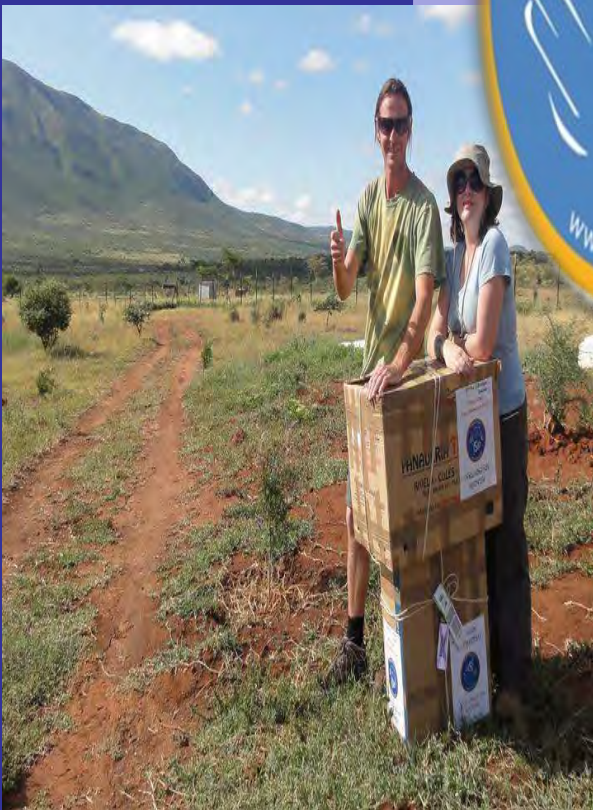
Se trata de envíos acompañados por uno o varios voluntarios ASF, que realizan la entrega directamente a la ONG destinataria que, por lo general ofrece la facilidad de acoger a los voluntarios si éstos desean permanecer en el lugar de destino durante un periodo de tiempo, para cooperar con ellos o conocer las misiones que realizan.

TODO el material transportado es una donación y como tal NO puede ser VENDIDO.

Los más de **1800 kilos** de ayuda humanitaria distribuidos en **10 países** avalan este proyecto



Mensajería Solidaria



Alas de la Sonrisa



En este proyecto nuestro objetivo es infundir *ILUSIÓN* y *ALEGRÍA* a personas aquejadas por algún tipo de enfermedad/discapacidad o discriminación. Les acercamos a la cara más interesante del mundo de la aviación, organizando jornadas y fines de semana visitando distintos espacios aeroportuarios (torre de control, hangares, Dpto. de bomberos...) , o actividades como bautismos aéreos, visita a museos aeronáuticos, exhibiciones aéreas...

A fecha de hoy son cientos de niños y adultos han podido disfrutar de nuestras actividades.

Alas de la Sonrisa



Alfabetización en Burkina Faso

El objetivo de este proyecto es lograr la escolarización de los menores en mayor situación de precariedad de la provincia de Zoundwéogo, zona situada al sur de la capital Ouagadougou.

Esta precariedad afecta muy en particular a los huérfanos de ambos sexos y a las niñas en especial.

Apoyamos cada año a más de **2500 niños** a través de becas escolares, material para sus estudios y también con ayuda nutricional (Arroz) para los comedores escolares.



Alfabetización en Burkina Faso





WWW.ASFSPAIN.
ORG

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



De izquierda a derecha

D. Luis Berasategui. Presidente Aviación Sin Fronteras

D. Antonio Rodríguez Nogales. Vicepresidente y representante del área de Catástrofes de Bomberos Unidos Sin Fronteras

Dña. María García Llano. Enfermera y Coordinadora del grupo de Cooperación del Colegio de Enfermería de Cantabria

Dr. Jerónimo A. Fernández Torrente. Vicesecretario de la Fundación para la Cooperación Internacional



D. Antonio Rodríguez Nogales. Vicepresidente y representante del área de Catástrofes de Bomberos Unidos Sin Fronteras



D. Luis Berasategui. Presidente Aviación Sin Fronteras



Dña. María García Llano. Enfermera y Coordinadora del grupo de Cooperación del Colegio de Enfermería de Cantabria



Dr. Jerónimo A. Fernández Torrente. Vicesecretario de la Fundación para la Cooperación Internacional

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

Mesa Redonda

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

Las enfermedades olvidadas

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

Las “enfermedades olvidadas”, un desafío de salud global que afecta a más de 1.500 millones de personas en todo el mundo

Las “enfermedades olvidadas”, como la úlcera de Buruli, las helmintiasis o el cólera, que constituyen un desafío mundial en salud pública y global, afectan a más de 1.500 millones de personas en todo el mundo, sobre todo en **poblaciones vulnerables. Estas patologías, “desatendidas” por los países desarrollados, constituyen una verdadera prioridad para la cooperación y el voluntariado que con prevención, educación, sensibilización, estrategias de abordaje e implicación de la población luchan por su erradicación**

Así se puso de manifiesto en la mesa “Las enfermedades olvidadas” celebrada en el marco del II Congreso de Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (OMC), organizado a través de su Fundación para la Cooperación Internacional (FCOMCI) y el Colegio de Médicos de Cantabria y que durante dos días reunió a numerosos expertos del ámbito nacional e internacional en Santander.

En la mesa, moderada por el Dr. Guillermo Vázquez, médico voluntario y director de cooperación internacional del Consejo Andaluz de los Colegios Médicos, participaron en calidad de ponentes Fray Florencio, monje, médico e italiano, que dirige desde hace 47 años el Hospital de Tanguiéta, perteneciente a la Orden San Juan de Dios y referencia en Benín. También intervinieron el Dr. José Muñoz, médico del Servicio de Salud Internacional del Hospital Clinic de Barcelona e Instituto de Salud Global de Barcelona; y la Dra. Cecilia López, coordinadora médica de Médicos del Mundo.

Las denominadas “enfermedades olvidadas” tienen “gran” carga de mortalidad y morbilidad y afectan siempre a las poblaciones más pobres sobre todo en países tropicales, según explicó el Dr. Guillermo Vázquez quien denunció el déficit de investigación y la falta de recursos destinados. “La espereza de vida de los 1.500 millones de afectados ronda los 50 años”, matizó.

El experto habló además sobre las estrategias de abordaje de estas patologías, incidiendo en que para trabajar en cooperación y en **“enfermedades olvidadas” es necesario actuar sobre poblaciones y no sobre personas individuales.**

Nombró las cinco estrategias globales propuestas por la Organización Mundial de la Salud y Naciones Unidas para abordar las patologías “olvidadas” y **señaló que es preciso “aplicarlas de forma coordinada con la población de los países”.**

Estas herramientas van desde el tratamiento masivo de las patologías parasitarias hasta crear actividades innovadoras que generen nuevas formas de combatir la enfermedad. El resto de herramientas sería el saneamiento de aguas, el control de vectores – el uso de mosquiteras y repelentes- y el tratamiento de las grandes zoonosis.

Educación y concienciación, armas para erradicar la úlcera de Buruli

Sobre el caso concreto de la úlcera de Buruli habló el médico Fray Florencio, quien contó su experiencia al frente de un hospital que opera y trata a los enfermos de estas patologías. La úlcera de Buruli, que tiene un prevalencia muy elevada en países tropicales de África como Benín, Ghana o Costa de Marfil, es **“muy dolorosa y conlleva muchas afectaciones pudiendo llegar a la invalidez e incluso al cáncer si no se diagnostica precozmente y la infección de la úlcera cala en la sangre y en los huesos”**, explicó Fray Florencio.

Los niños entre 2 y 15 años constituyen el 50% de los enfermos. Pero **todas las edades están afectadas. “Con la Organización Mundial de la Salud (OMS) hemos trabajado primero por encontrar la causa y después por encontrar la cura”** explicó el médico italiano quien aseguró que si se hace mucha sensibilización se puede diagnosticar pronto y curarla por vía médica sin necesidad de intervención quirúrgica **“que es larga dolorosa y no siempre da buenos resultados”**.

Sin embargo, esa tarea **“no es fácil porque la falta de cultura entre las poblaciones que la padecen provoca que muchas veces se piense que se trata de una maldición religiosa”**, puntualizó.

Actualmente, se desconoce que vectores pueden ser medio de transmisión de esta enfermedad. Hay teorías que dicen que puede producirse por penetración cutánea por pinchos o ramas y por picadura de chinches acuáticos. Primero forma un pequeño nódulo o bulto, luego un edema y finalmente una placa **“que –dijo-se va comiendo los tejidos”**.

Es por ello que la prevención juega un papel fundamental. Prevención basada **en la educación y concienciación de las personas. “El simple hecho de llevar pantalón largo al campo para evitar pequeñas heridas hace que se reduzca el número de personas afectadas por esta enfermedad”**, aclaró el médico.

Fray Florencio hizo hincapié en la importancia de sensibilizar la opinión internacional ante esta enfermedad **“que se puede curar muy bien incluso mejor que la Lepra y Tuberculosis”**. Es por ello que aseguró que **“esperamos que el mundo entero se mueva y todos hagan un esfuerzo para que esta enfermedad llegue a desaparecer”**.

Un billón de personas en el mundo está infectada por enfermedades intestinales

El control de las helmintiasis y las estrategias de saneamiento, potabilización del agua y el lavado de manos, fue un tema abordado por el Dr. José Muñoz, médico del Servicio de Salud Internacional del Hospital Clinic de Barcelona- Instituto de Salud Global de Barcelona.

Las helmintiasis, enfermedades intestinales causadas por parásitos, se **consideran patologías "olvidadas" porque, según afirmó el Dr. Muñoz, "no hay interés ni recursos para su investigación". Se calcula que un billón de personas son afectadas por parásitos en todo. Aunque, según afirmó el experto, no hay registros claros y la mayoría de los casos no se contabilizan".** En una escuela de Mozambique calculamos que más del 50% de los niños tendrán parásitos.

Tampoco se mide la morbilidad y muchas veces los síntomas son invisibles. **"Lo que sí está claro es que generan un impacto enorme en la salud de las personas, padeciendo anemia, les genera estigma y perjudica su desarrollo social y cognitivo", subrayó.**

El impacto que generan cierra, para el Dr. Muñoz, el "círculo entre enfermedad- pobreza-enfermedad". Estas enfermedades afectan más a la gente sin recursos, que no se lavan las manos, no tienen acceso agua potable y se infectan bebiendo siempre de la misma agua contaminada. "Padecer estas enfermedades les produce más pobreza al impedirles ir a la escuela o al trabajo", concretó.

Por ello, recordó la importancia de contar con medidas coordinadas para el control de las helmintiasis, basadas en estrategias de saneamiento, acceso a **agua potable e higiene. "El abordaje con medicamentos no es suficiente debido a que solo tiene un 40% de eficacia y solo se utilizan en niños que van a la escuela".**

Mejorar el saneamiento y la higiene deja cifras como que el lavado de manos antes de comer reduce la incidencia de estas enfermedades un 62%, el uso de jabón disminuye un 47% todas las helmintiasis y el uso de zapatos disminuye un 71 % los anquilostomas, otros parásitos.

"Invertir en saneamiento es invertir en la calidad de vida de estas personas. Si no prevenimos que sigan bebiendo de la misma fuente contaminada de nada sirven los tratamientos médicos", concluyó el experto.



“La respuesta del cólera no se puede dar en casos individuales sino en el conjunto de la población”

La Dra. Cecilia López, coordinadora médica de Médicos del Mundo, impartió la ponencia **“la vergüenza en los tiempos del Cólera”** donde evidenció que el Cólera sigue siendo un problema de Salud Pública en muchas partes del mundo. De hecho, en 2015, 42 países reportaron un total de 172.454 casos de los cuales 1.304 fallecieron, resultando así en una tasa de letalidad de 0,8%.

Está enfermedad que, como las otras, ataca siempre a los más débiles, **predomina en países de África y Asia y, tal y como explicó, la Dra. López “no ha tenido nunca la consideración que precisa, ni respuestas adaptadas a las necesidades”**.

La experta expuso la estrategia de intervención frente a una epidemia de Cólera que desarrolla la ONG, basada en la reducción de la mortalidad, disminución de la propagación y la coordinación entre todos los actores implicados en el terreno. **“La respuesta del cólera no se puede dar en casos individuales sino en el conjunto de la población”**, matizó.

Tras poner de manifiesto que la estrategia de reducción de la mortalidad **pasa por “identificar los casos, valorarlos y tratarlos”**, la experta aseguró que el acceso a agua salubre, la promoción de higiene, la sensibilización e información, la comunicación del riesgo, la movilización social y el acceso al saneamiento son medidas necesarias para evitar que se propague el cólera.

Medidas que, según expuso, no se pueden llevar a cabo sin una coordinación y sin tener un conocimiento antropológico de la comunidad donde se pretende **actuar. “No hay que olvidar que son culturas distintas y que tenemos que llegar a ellos y educar a los ciudadanos desde el reconocimiento de sus sistemas. Tenemos que involucrar a sus líderes para que difundan nuestros mensajes y adopten como suyas estas medidas”**, concluyó.

OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL





***El control de las
helminCIAS y las
estrategias de agua y
saneamiento***

Jose Muñoz
Jefe de Sección Medicina Tropical
Hospital Clinic de Barcelona
Instituto de Salud Global de Barcelona



Pérdida de sangre, hemoglobina y anemia:

- Asociada con anquilostomas
- Ascaris y trichiuris si elevada parasitemia

Desarrollo físico y productividad

- Controversia sobre el efecto en el crecimiento (factores de confusión)
- Tratamientos en masa incrementan peso
- Muchos estudios observacionales
- Estudios requieren seguimientos muy largos

Desarrollo cognitivo, rendimiento escolar y absentismo

- Psicología cognitiva difícil de objetivar (mas en Africa Subsahariana)

Morbilidad adicional

- Disentería por T. trichiura
- Obstrucción intestinal
- Pancreatitis

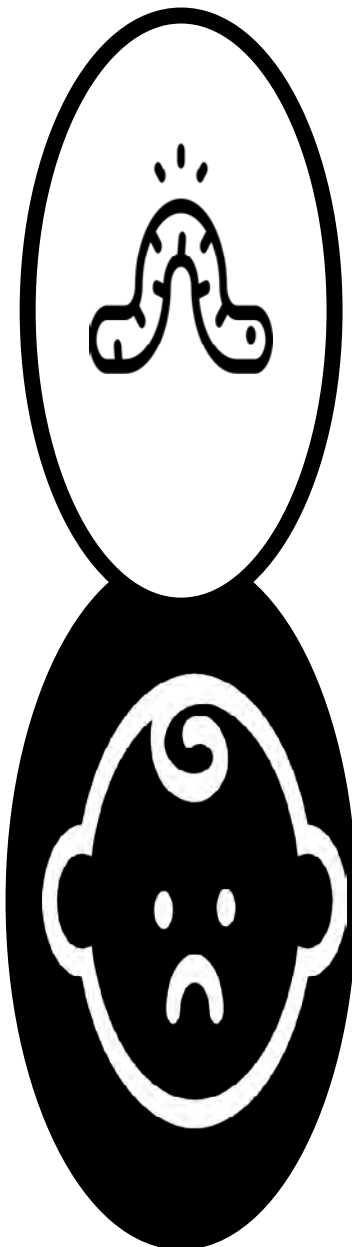




Table 1 The most prevalent neglected tropical diseases worldwide and in sub-Saharan Africa, Asia, and Latin America by rank

Rank	World	Sub-Saharan Africa	Asia and Pacific Islands	Latin America and Caribbean
1	Ascariasis 807 Million	Hookworm 198 Million	Ascariasis 527 Million	Trichuriasis 100 Million
2	Trichuriasis 604 Million	Schistosomiasis 192 Million	Trichuriasis 335 Million	Ascariasis 84 Million
3	Hookworm 576 Million	Ascariasis 173 Million	Hookworm 318 Million	Hookworm 50 Million
4	Schistosomiasis 207 Million	Trichuriasis 162 Million	Lymphatic filariasis 77 Million	Chagas disease 8–9 Million
5	Lymphatic filariasis 128 Million	Lymphatic filariasis 51 Million	Clonorchiasis Opisthorchiasis 44 Million	Schistosomiasis 2 Million
6	Active trachoma 63 Million	Onchocerciasis 37 Million	Active trachoma 31 Million	Active trachoma 1 Million
7	Onchocerciasis 37 Million	Active trachoma 30 Million	Paragonimiasis 20 Million	Lymphatic filariasis <1 Million

Based on data in refs. 1–6, 9–11, and modified from **Table 1** in ref. 1, **Table 2** in ref. 4, and **Table 1** in ref. 5.

El problema: helmintos intestinales

Ascaris lumbricoides:
800.000.000 personas

Trichiuris trichiura:
600.000.000 personas

*Ancylostoma
duodenale*:
600.000.000 personas

*Strongyloides
stercoralis*:
150.000.000 personas

WANTED

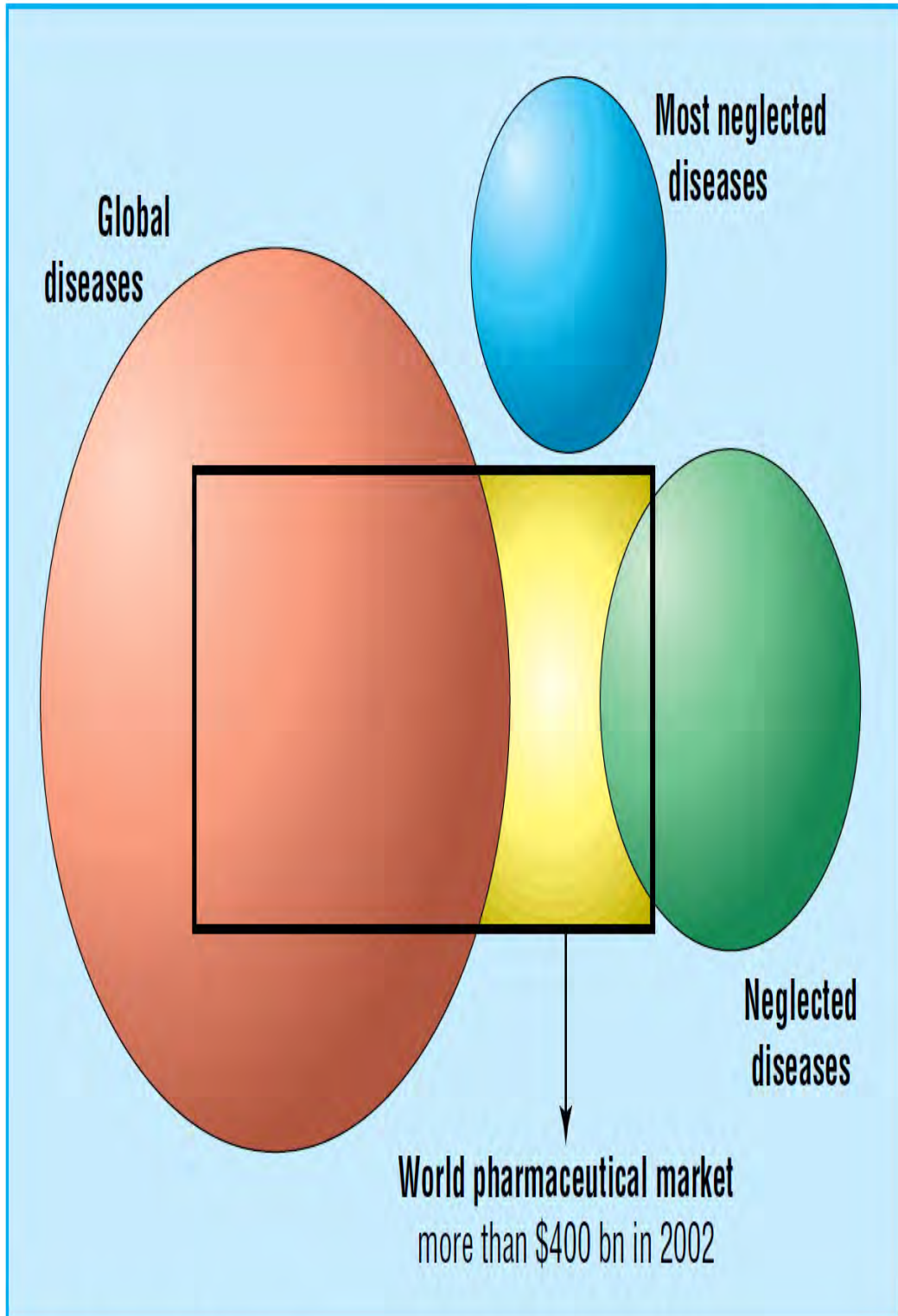
DEAD OR ALIVE



TYPE YOUR OFFENSE HERE

The world's most neglected diseases

Ignored by the pharmaceutical industry and by public-private partnerships



Un nuevo momento para las enfermedades olvidadas...

- Mortalidad vs morbilidad (DALYs)
- Aumento de importancia en Salud Pública en los últimos 10 años.
«London Declaration» en el 2012.
 - Iniciativas a gran escala para financiar I+D en fármacos y acceso
 - Nuevas iniciativas para el control y eliminación de las enfermedades olvidadas
 - Iniciado por F. Gates y apoyado por iniciativas en Salud Global, filántropos, «big pharma», organizaciones internacionales....

The image shows the cover of a report. It features a stylized graphic of a road or path that curves from the bottom left towards the top right. The path is composed of several parallel lines in shades of purple, pink, and red. At the top left, there is a small icon of two people walking. The text is arranged in a clear, hierarchical manner.

ACCELERATING WORK
TO OVERCOME THE GLOBAL IMPACT OF
NEGLECTED TROPICAL DISEASES

A ROADMAP FOR IMPLEMENTATION



A roadmap for implementation and The London Declaration

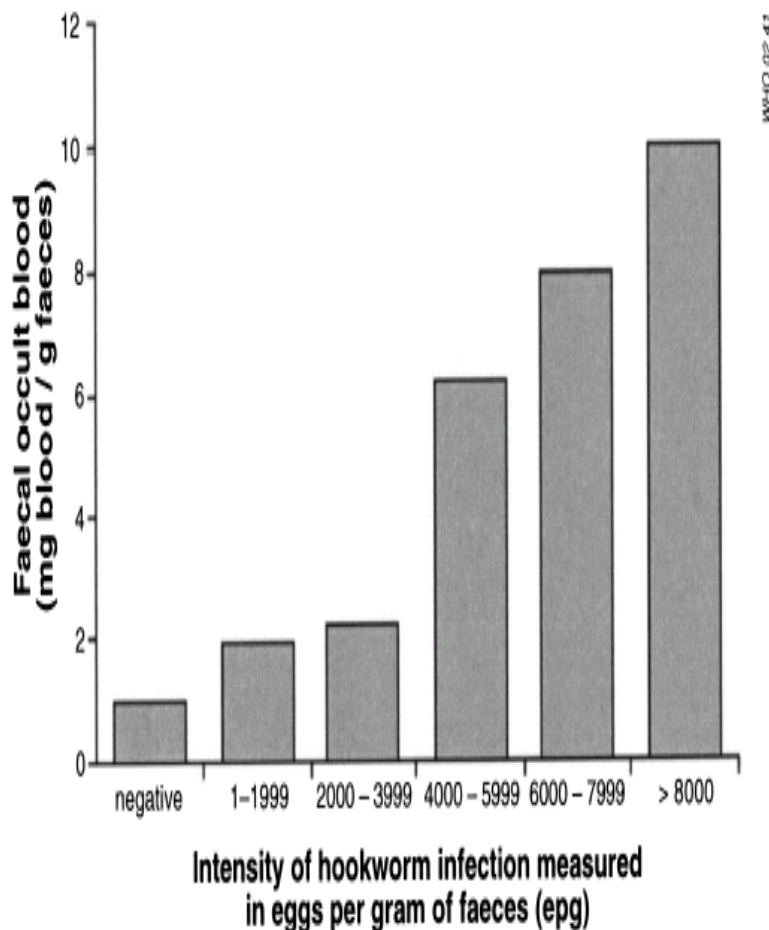
**Uniting to combat neglected
tropical diseases**

Ímpetu político contra las NTD



Bases actuales en el control de los helmintos

- a) Tratamiento antihelmíntico en masa (MDA)
- Disminuye la carga parasitaria
 - Control de morbilidad



A call to strengthen the global strategy against schistosomiasis and soil-transmitted helminthiasis: the time is now



Nathan C Lo, David G Addiss, Peter J Hotez, Charles H King, J Russell Stothard, Darin S Evans, Daniel G Colley, William Lin, Jean T Coulibaly, Amaya L Bustinduy, Giovanna Raso, Eran Bendavid, Isaac I Bogoch, Alan Fenwick, Lorenzo Savioli, David Molyneux, Jürg Utzinger, Jason R Andrews

Lancet Infect Dis 2016

- Hace más de 15 años se establecieron las bases para el **control de las helmintiasis intestinales**
- En 2015, tratados **565 millones para helmintiasis intestinales**
- Adecuado control de morbilidad (baja carga parasitaria), pero **insuficiente para interrumpir transmisión. Re infecciones** muy rápidas.
- Si no hay cambios se estiman 2,3 millones de DALY perdidos y **3,5 billones \$ de producción económica cada año** (comparable a epidemia Ebola 2014 o Zika 2015)

Tratamiento masivo en escuelas ¿Es suficiente?



Retos en el manejo farmacológico:

- a) Monodosis de albendazol/mebendazol **poco eficaz**
- b) Solo **control de morbilidad**
- c) Solo trata **niños que acuden a la escuela**
- d) Posibilidad de aparición de **resistencias** (monoterapia)
- e) Esquema **basado en donaciones** de farmacéuticas (aunque tiene un coste para los países)
- f) **Reinfecciones** rápidas

Bases actuales en el control de los helmintos

a) Tratamiento antihelmíntico en masa (MDA)

- Disminuye la carga parasitaria
- Control de morbilidad

b) Agua, saneamiento e higiene (WASH)

- Reduce la contaminación ambiental
- Reduce la transmisión

**MUY POCOS ESFUERZOS POR INTEGRAR WASH
EN MDA**

WASH

Water

Sanitation

Hygiene

Para 2030, **acceso adecuado y igualitario a saneamiento e higiene para todos**, fin de la defecación a cielo abierto, dando especial atención a las necesidades de **mujeres y niñas y personas vulnerables**.



Água canalizada dentro de casa



Poço protegido



Furo protegido com bomba manual



Poço protegido



Água de superfície



Água da chuva



Fontanário com torneira



Poço não protegido



latrina com laje
não ventilada



balde



latrina
ventilada



latrina não
melhorada



latrina com laje
não ventilada



latrina com laje
não ventilada



retrete ligado a
fossa séptica



latrina não
melhorada



Demographic & geographic surveillance (DSS)

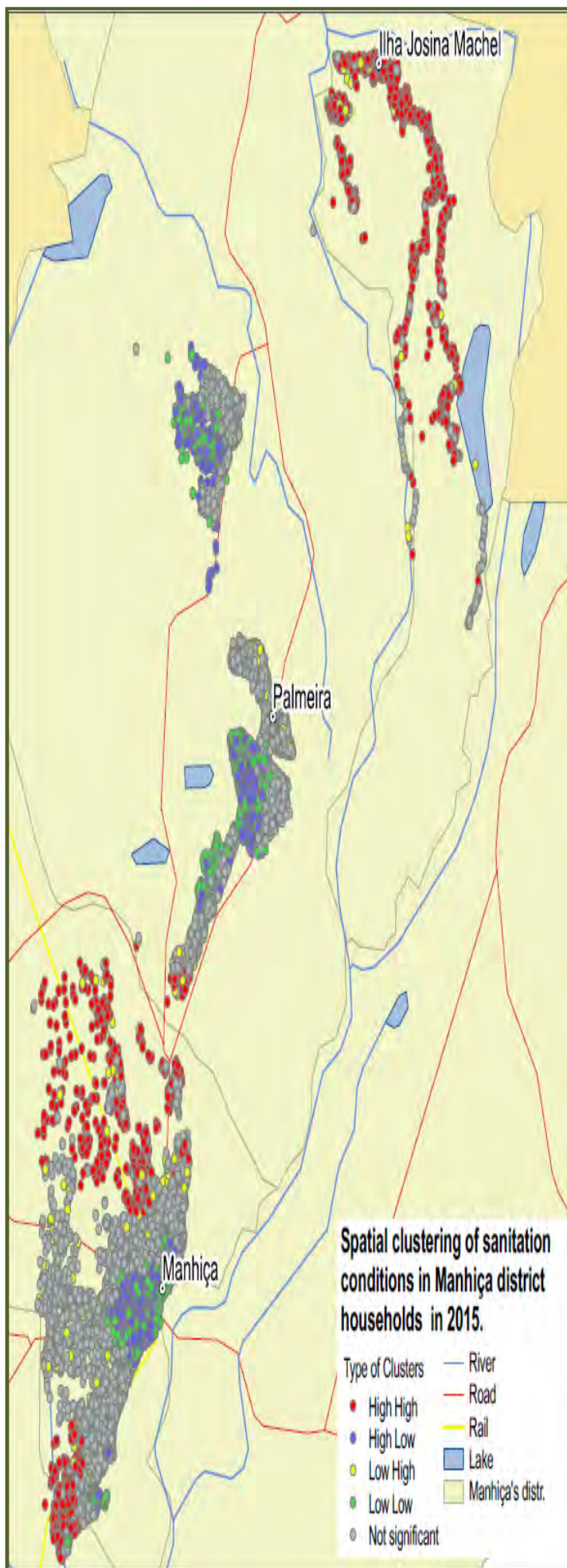
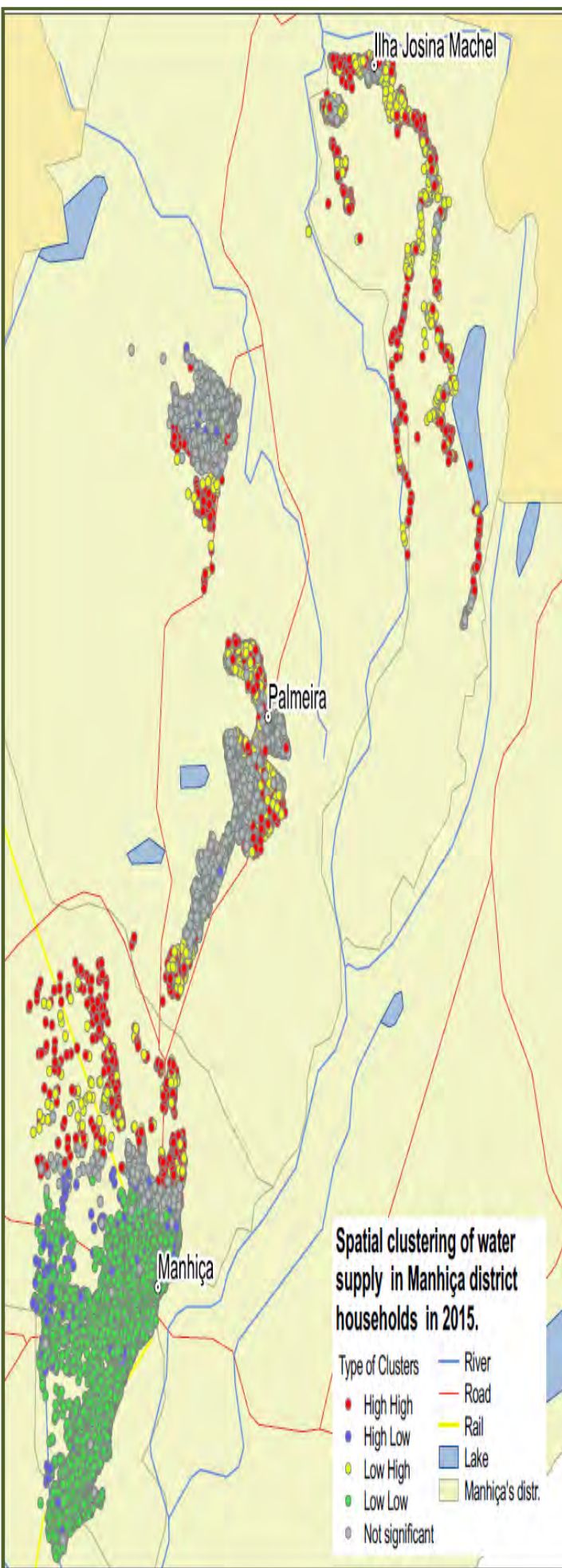
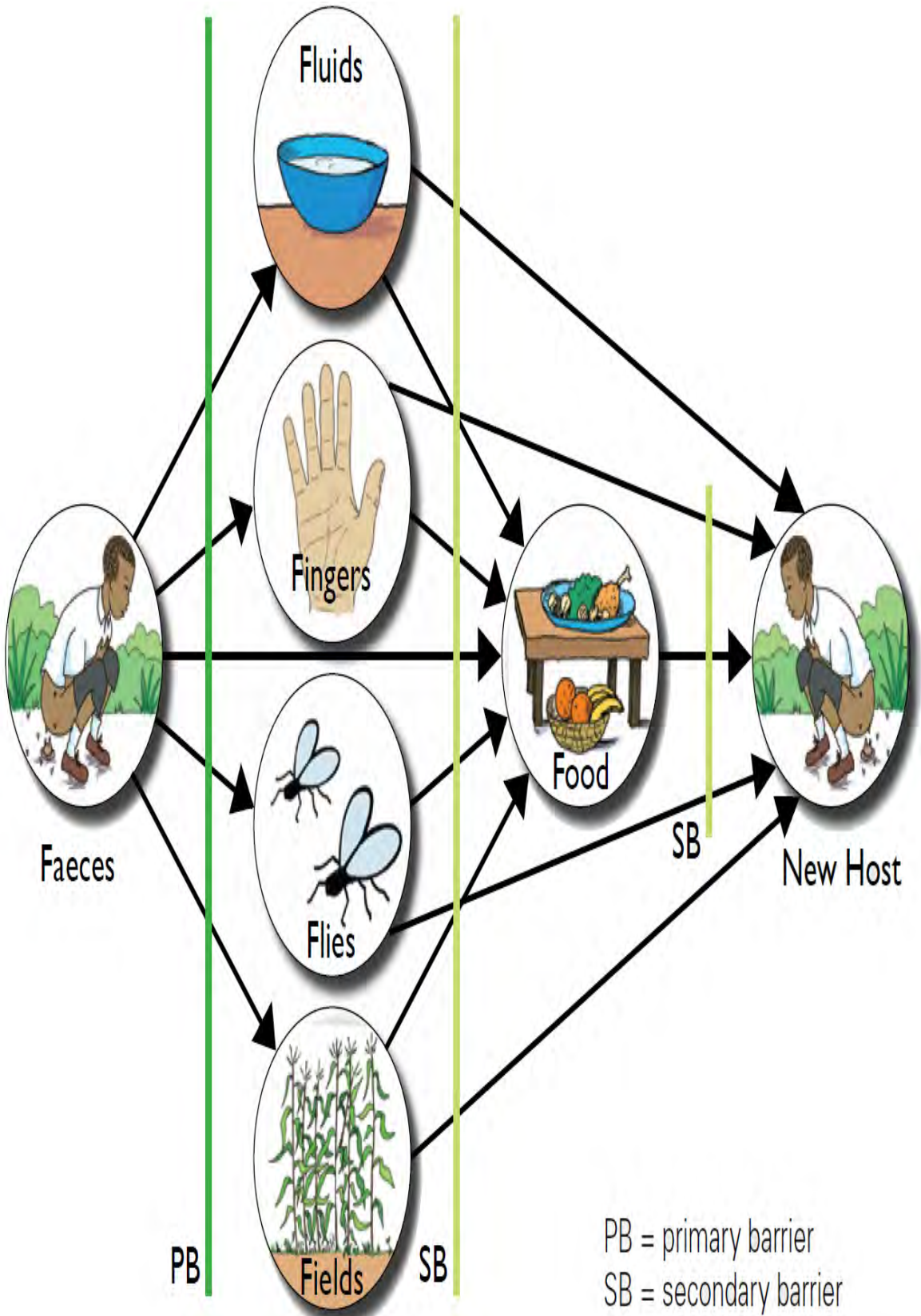


Diagrama «F»



WASH deficiente



Exposición fecal-oral



Enteropatía

Helmin tos

Diarre a

Otras enfermedades



Impacto nutricional

Qué dice la evidencia?

AGUA

Uso de agua tratada: reduce un 54% la posibilidad de tener helmintos intestinales

Uso de agua canalizada: reduce un 60% A. lumbricoides y 43% T. trichiura pero no con cualquier helmintiasis (OR 0.93, 95% CI 0.28–3.11)

Si mejoramos el WASH, mejoramos la infección por helmintos?

SANEAMIENTO

Letrinas mejoradas:

Helmintos en general: Reducción de un 34%

T. trichiura: Reducción 39%

A. lumbricoides: 38%

No reducción con anquilostomiasis (OR 0.80, 95% CI 0.61–1.06).

Si mejoramos el WASH, mejoramos la infección por helmintos?

HYGIENE

Lavado de manos antes de comer: (reducción riesgo 62%) y tras defecar (reducción riesgo 55%) para *A.lumbricoides*

Uso/disponibilidad de jabón: reducción de riesgo de 47% de helmintos intestinales

Otros:

El uso de zapatos reduce el riesgo de infección por anquilostoma (71%) y de helmintos en general (70%)

- 1. Los helmintos son enfermedades olvidadas pero tenemos esperanza (nuevo momento!!)**
- 2. Integrar WASH y otras estrategias en la lucha contra helmintos**
- 3. WASH mejora calidad de vida de las personas (y varias enfermedades)**
- 4. Necesitamos investigación para ser más precisos**



Podemos interrumpir y mantener la transmisión de helmintos intestinales sin cambiar esto?

Gracias!!

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT



Alemania | Argentina | Bélgica | Canadá | Francia | Grecia | Italia | Japón | Países Bajos | Portugal | Reino Unido | Suecia | Suiza | España

II CONGRESO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMC

OMC  ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA |  FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

26 Y 27 ENERO 2017
SANTANDER

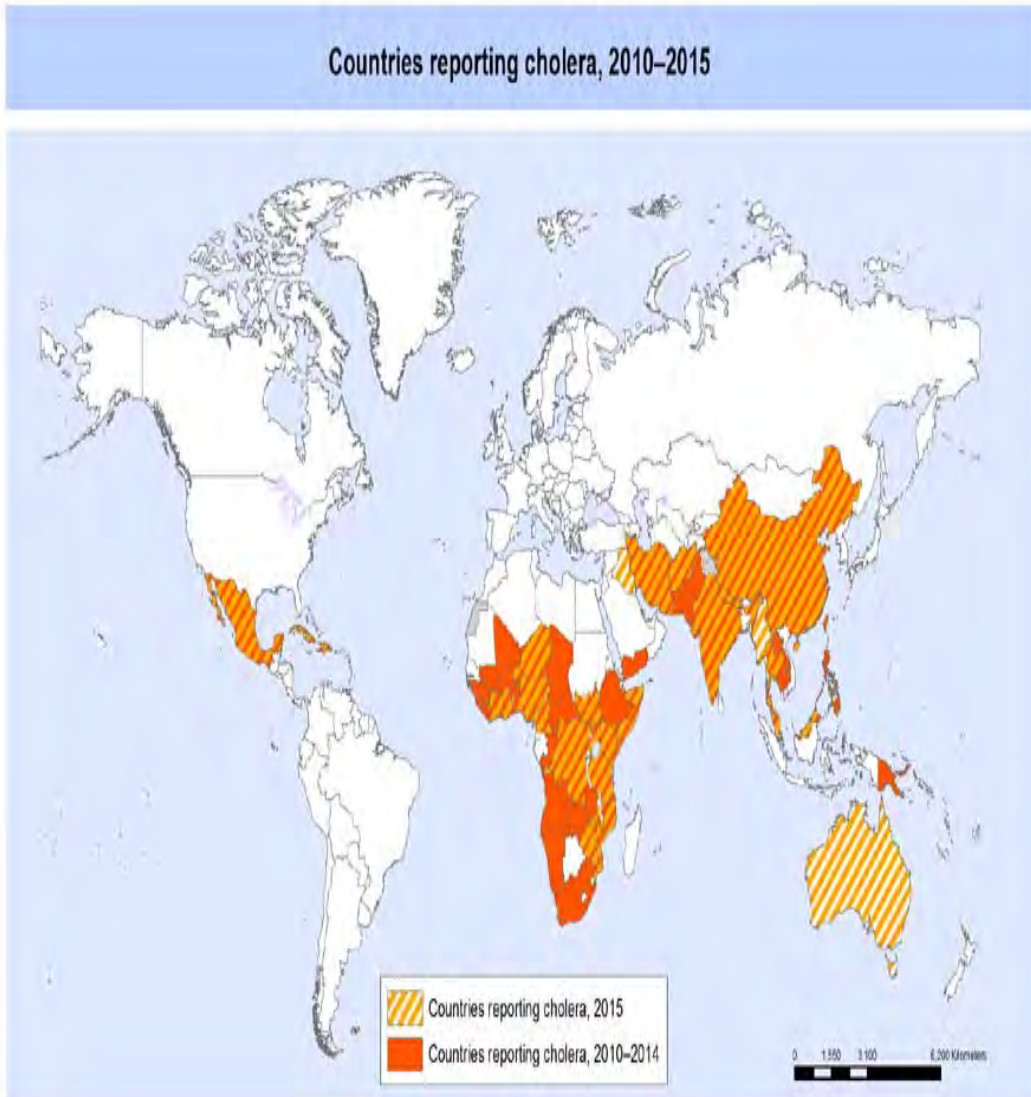
“La vergüenza en los tiempos del cólera”



*Dr. Cecilia
Lopez*



Países afectados por Cólera – 2010-2015



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization
Map Production: Information Evidence
and Research (IER)
World Health Organization



© WHO 2016. All rights reserved.



Resumen- Cólera 2015

- Cólera sigue siendo un problema de Salud Pública en muchas partes del mundo. En 2015 42 países reportaron un total de **172.454 casos** de los cuales **1304 fallecieron**, resultando así en un tasa de letalidad de 0,8%. Esto significa una reducción del 9% en comparación con el 2014 (190.549 casos)
- Casos fueron reportados en 16 países en África, 13 en Asia, 6 en Europa, 6 en América y 1 en Oceanía.
- Afganistán, Republica Democrática de Congo, Haiti, Kenia y Tanzania acumulan el 80 % de todos los casos reportados.
- En 2015, 23 países reportaron un total de 1304 muertes por cholera, de las cuales **937 sucedieron en África (72%)**, 337 en América y 30 en Asia.

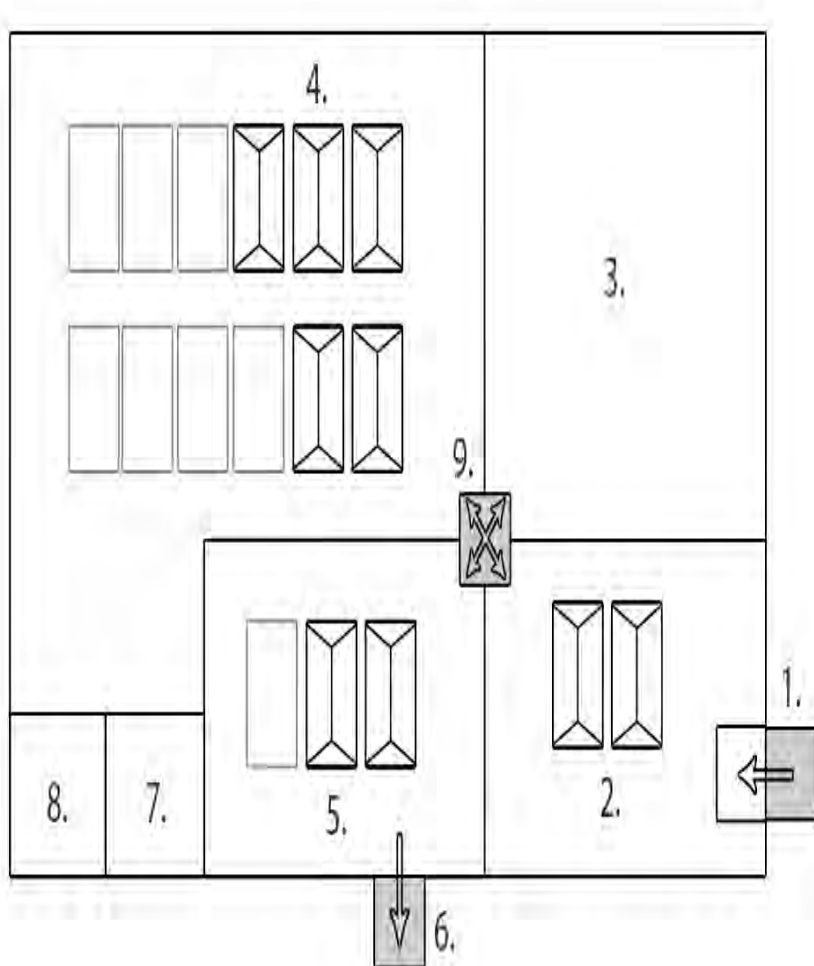


Estrategia de intervención frente a una epidemia de Cólera:

- 1.Reducir la mortalidad**
- 2.Reducir la propagación**
- 3.Coordinación**

Reducir la mortalidad:

a. A través de CTC o UTC y Puntos de Rehidratación Oral



1. Entrada y desinfección.
2. tienda de onservaion
3. tienda del personal sanitario (cocina, lavandería, almacén.ect)
4. tienda de hospitalizados agudos
5. tienda de recuperación
6. salida y desinfección.
7. Morgue
8. depósito de basura.
9. área de desinfección





Reducir la mortalidad...continuación

a. Manejo de los casos

- a. Búsqueda activa de casos
- b. Valoración del estado de hidratación de los pacientes
- c. Terapia de hidratación
- d. Antibioticoterapia
- e. Identificación y tratamiento de las complicaciones
- f. Alta del paciente

Estrategia de intervención...continuación

2. Impedir que la epidemia se propague

- a. Asegurar el acceso al agua salubre
- b. Promoción de higiene**
 - **Sensibilización/Información**
 - **Comunicación de riesgo**
 - **Movilización social**
- c. Asegurar el acceso al saneamiento
- d. Vacunación
- e. Gestión de cadáveres



3. Coordinación



Cuidados Medicos

- Atención de casos
- Terapias de rehidratación
- Manejo de las complicaciones





Importancia del tratamiento inmediato

- Aproximadamente el 20% de los infectados con Cólera desarrollaran diarrea acuosa grave.
- Entre el 10-20% de ese grupo desarrollan vómitos.
- Si el paciente no es tratado inmediatamente, deshidratación ocurre en cuestión de horas (puede perder entre 10 y 20 litros de liquido por día)

La tasa de letalidad en los pacientes no tratados puede alcanzar 30 – 50 %, y en los pacientes tratados inmediatamente es inferior al 1%



Valoración de el Estado de Deshidratación

Tabla II. Síntomas y signos sugestivos de deshidratación

<i>Síntomas/signos clínicos</i>	<i>Deshidratación leve</i>	<i>Deshidratación moderada</i>	<i>Deshidratación grave</i>
Pérdida de peso (%)			
Lactante	<5%	5-10%	>10%
Niño mayor	<3%	3-9%	>9%
Turgencia cutánea	Normal	Algo disminuida	Muy disminuida
Relleno capilar	Normal	Algo lento	Muy lento
Respiración	Normal	Normal, taquipnea	Profunda, taquipnea
Mucosas	Normal	Pastosas	Muy pastosas
Diuresis	Escasa	Oliguria	Oligoanuria
Sed	Normal	Sediento	Rechazo
Fontanela	Normal	Algo deprimida	Deprimida
Perfusión periférica	Normal	Extremidades frías	Acrocianosis
Ojos	Normal	Levemente hundidos	Hundidos
Lágrimas	Normal	Disminuidas	Ausentes
Pulso radial	Normal	Débil, rápido	Débil, filiforme
Tensión arterial	Normal	Hipotensión leve	Hipotensión
Frecuencia cardiaca	Normal	Taquicardia leve	Taquicardia
Estado neurológico	Normal	Inquieto, irritable	Apatía, letargia



Tratamiento de cólera

- **Rehidratación**
 - Plan A
 - Plan B
 - Plan C

- **Antibiototerapia en Plan B y C**
 - Esquema para niños
 - Esquema para embarazadas y mujeres lactantes
 - Esquema para adultos

Plan A: Hidratación en casa o comunitaria



Plan B: Hidratación en C. de Salud



Plan C: hidratación en UTC/CTC





Plan C: Volumen EV a administrar

- Lactato de Ringer
- Cloruro de Sodio al 0.9%
- Velocidad de perfusión:
 - 1ª hora: 50 ml / kg
 - 2ª hora: 25 ml / kg
 - 3ª hora: 25 ml / kg

Persona de 60 Kg de peso

1ra hora: 3 lts

2da hora: 1.5 lts

3ra hora : 1.5Lts

Total en 3 horas: 6 lts

Hidratación Endovenosa

En Pacientes con deshidratación severa con HEV en 3 horas se conseguirá

- 1. Mejorar el estado de hidratación**
- 2. Mejorar la acidosis**
- 3. Desaparecer o calmar los vómitos**
- 4. Mejorar la diuresis**



En Plan C: Luego de la estabilización del paciente

1. Luego de fase de hidratación EV intensa
2. Evaluar a la 2da - 3ra hora: si paciente puede beber
3. Sentar al paciente
4. Inicie RHO vigilada
5. Inicie antibioticoterapia





Antibioterapia en Plan B y C

Edad	Medicamentos	Dosis y Vía
<u>Menores de 8 años</u>		
Primera opción	Azitromicina	20mg/kg VO, dosis única
Segunda opción	Eritromicina	12.5mg/kg cada 6 horas, VO, durante tres (3) días
Tercera opción	Doxiciclina	2-4mg/kg VO en dosis única
<u>Mayores de 8 años y adultos</u>		
	Doxiciclina	300 mg en dosis única VO.
	Azitromicina	1gr V.O., dosis única.
<u>Embarazadas y mujeres lactando</u>		
Primera opción	Azitromicina	1gr V.O., dosis única. Ó
Segunda opción	Eritromicina	500mg cada 6 horas V.O., durante tres (3) días



Criterios de Egreso

cumplir todos los criterios:

- Paciente que no presenta signos de deshidratación.
- Volumen de diarrea escaso (una diarrea en las últimas dos horas).
- Tolerando adecuadamente la vía oral.
- Condiciones generales buenas.
- Sin condiciones sociales de riesgo.
- Entregar sobres de SRO en cantidad suficiente para dos días.
- Educar en reconocimiento de signos de alarma



Signos de alarma

- Aumento en el número de evacuaciones
- Vomita todo lo que ingiere
- Orina poco o no orina.
- Disminución del reflejo de succión (lactante)
- Letárgica o inconsciencia
- Convulsiones



Complicaciones

- Shock hipovolémico
- Insuficiencia renal
- Hipopotasemia
- Hipoglucemia
- Convulsiones
- Neumonía aspirativa
- Edema agudo del pulmón.



Estrategia de promoción de la salud



- Elaboración de un plan de comunicación
- comité de intercambio de información diario y preguntas
- Definición de los mensajes claves para la comunidad (que se adapten al lenguaje local y a las costumbres del lugar)
- Producción de los materiales educativos y Difusión de mensajes: Radio, TV, gráficos, etc



COLERA

Para prevenirlo siga estrictamente estas medidas:

- Beba siempre agua potable. Si no dispone de ella hiévala.
- Consuma mariscos y pescados cocidos.
- Verduras y hortalizas hervidas.
- Lave bien sus manos antes de cocinar, comer y especialmente, después de ir al baño.

Además se previene: Hepatitis, Fiebre Tifoidea y Diarreas

COMANDO EN JEFE

CHOLERA ALERT!

Cholera is a diarrhoeal disease caused by a germ called vibrio cholerae. It is often linked to unsafe drinking water and sanitation.

HOW CHOLERA IS SPREAD:

HOW CHOLERA IS PREVENTED:

- By washing your hands thoroughly with soap or ash after taking care of a person suffering from cholera, after using the toilet and before handling, preparing and eating food.
- By drinking water from safe sources like tap, borehole or protected well or spring.
- By discarding all water through toilets, latrines or into a properly located pit.
- By cooking food thoroughly and eating it while hot.
- By storing all water in clean containers and keeping them covered.
- By washing fruits and vegetables under fast running water before eating them.
- By always using a recommended toilet and keeping it clean.
- By disposing of all refuse in a properly constructed refuse pit.
- By avoiding shaking hands at public gatherings, particularly fairs and markets, during a cholera outbreak.

If you suspect Cholera in your area advise health workers at your nearest health facility immediately.

Let's work together in preventing cholera!

CHOLERA. PREVENTION.

1. Let every person be washed perfectly clean, morning and evening.
2. Let every room be cleaned and swept every day, and well washed at least once a week.
3. Let no rubbish nor dirt lie about the door, nor near the house.
4. Let off all stagnant water.
5. Let the house be whitewashed with hot lime.
6. Beware of Drunkenness—nothing is so likely to bring on Disease.

If any one is seized with sickness, slight vomiting, and purging, a burning heat at the stomach, with cramp in various parts of the body, and a feeling of cold all over, it probably is the Cholera.

¿Qué es el Cólera?

Es una infección intestinal causada por una bacteria.

Medidas de prevención

1. Lávese las manos con agua y jabón:
 - Después de ir al baño o al trabajo
 - Después de cambiar el pañal al bebé
 - Antes de comer.
 - Antes de preparar los alimentos.
2. Use siempre agua hervida o purificada para tomar y para preparar bebidas, jugos y otras bebidas.
3. Cocine bien todos los alimentos.

Tratamiento:

- Mantenga limpia el área de preparación de los alimentos.
- Lave bien las frutas y vegetales con agua purificada.

Importante:

Si tiene diarrea líquida y frecuente, febrícula, náusea y vómito, acuda al centro de salud más cercano.

For your personal hygiene...

Always Wash Hands

Wash with your hands after taking a pit
Wash with your hands after using a latrine
Wash with your hands after handling refuse
Wash with your hands after using a toilet

USAID

YOUR HEALTH IS YOUR HANDS. KEEP THEM CLEAN!

1. Defecaciones humanas y animales que llegan a los ríos y pozos

2. Personas que recogen agua en los mismos ríos y pozos

3. Las personas toman esta agua contaminada

4. Las personas se enferman después de haber tomado esta agua contaminada

En resumen, muchas enfermedades se transmiten de una persona a otra de la siguiente forma:

Cómo prevenir el cólera

Lavado de manos

- Antes de llegar al hogar
- Antes de preparar alimentos
- Después de ir a los servicios higiénicos

Limpieza

- Desinfectar los utensilios del hogar
- Limpieza de pisos, baños y cocina

Tratamiento del agua

- Hervir el agua por lo menos 1 minuto

Síntomas

- Vómitos
- Deshidratación
- Diarrea
- Calambres en las piernas
- Dolor abdominal

Estados de México con más contagios

- San Luis de Potosí
- Hidalgo (más casos)
- Veracruz
- Distrito Federal
- Oaxaca
- Puebla



Donde esta el excito de una buena respuesta ?

- Buena coordinación
- Liderazgo del Ministerio de Salud
- Multisectorialidad ...
- Buena colaboración de todos los actores
- intervención rápida y movilización de recursos
- Buena disponibilidad de la población en cuanto a la información

Donde esta el excito de una buena respuesta.. Continuación

- **Enfoque comunitario**
 - Implicación de los lideres religiosos
...
 - Participación de la sociedad civil, financieros: proyectos, RH, ...
 - Seguimiento de las actividades de promoción y de educación
 - movilización
 - Vigilancia ambiental
 - Monitoreo de los



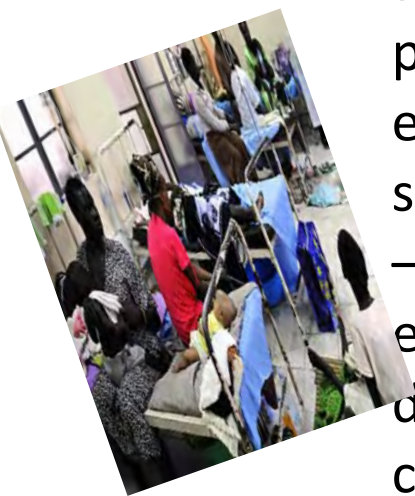


Principales Barreras

- Falta de conocimiento de la enfermedad en el país
- Falta de acceso a agua “limpia y potable”
- Falta de estructuras de saneamiento
- Falta de estructuras sanitarias
- Aspectos culturales: hábitos no acudir a centros de salud



“El cólera es una de las enfermedades que olvidamos porque tenemos la suerte de vivir en sociedades donde no carecemos de servicios básicos como lo son el acceso al agua salubre, saneamiento y acceso al cuidado de la salud, y si apareciese algún caso, este se trataría inmediatamente y así se interrumpiría la cadena de transmisión. Estos privilegios solo lo tienen algunos pocos en países en vías de desarrollo, exponiendo así a la población en situación de vulnerabilidad socio-sanitaria a padecer de esta enfermedad con consecuencias desastrosas en sus comunidades.”



MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT



Alemania | Argentina | Bélgica | Canadá | Francia | Grecia | Italia | Japón | Países Bajos | Portugal | Reino Unido | Suecia | Suiza | España

Muchas gracias



OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

ÚLCERA DE BURULI

Experiencia de un hospital rural en África Occidental

Presentado por : Fr Florent G.B. PRIULI
Hospital de San Juan de Dios de
Tanguieta (BENIN)

Introducción

- Afectación tropical rural
- Agente patógeno: *Mycobacterium ulcerans*
- Tercera micobacteria después de la tuberculosis y de la lepra.
- Prevalencia elevada: Bénin, Ghana, Costa de Marfil

Historia

- Descubierta: Buruli, Uganda 1897
- Primeras observaciones: Australia 1937, Congo 1942
- Yamoussokro 1998 : La OMS lanza la iniciativa mundial contra la UB



Introducción

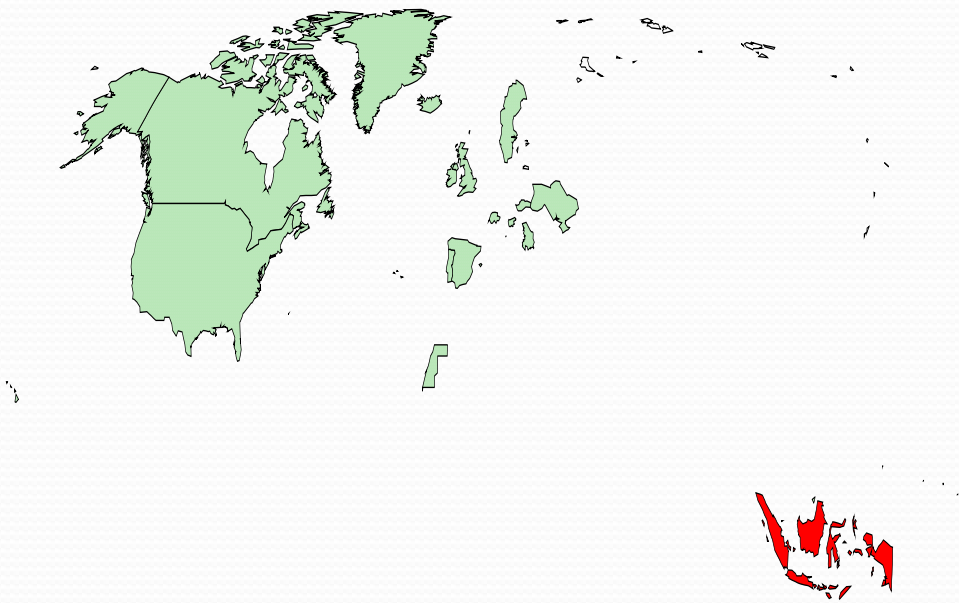
- Patología olvidada y abandonada
- Interés de los misioneros
- Mortalidad baja/ Handicap motor + invalidez
- Gran experiencia en Bénin

Repartición geográfica

- Todos los continentes
- Regiones tropicales: calurosas y húmedas
- Ecosistema acuático favorable
- Benin: país de los más afectados



Repartición geográfica Mundial





Prevalencia de la U.B.

- Niños entre 2 y 15 años constituyen el 50% de los enfermos
- Pero todas las edades están afectadas (de 10 días a 70 años)
- Adultos: las mujeres están más afectadas que los hombres.

Transmisión

- Modo de transmisión no establecido con certeza
- Muchas teorías propuestas
 - Penetración cutánea (pinchos, ramas)
 - Picadura de chinches acuáticos

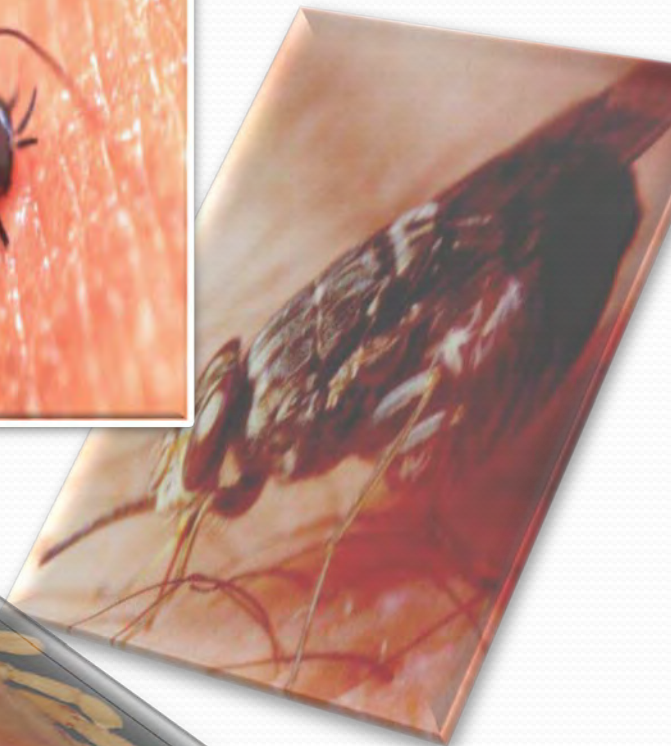


Transmisión

- Transcutánea
 - Por lesiones traumáticas
- Por chinches acuáticos

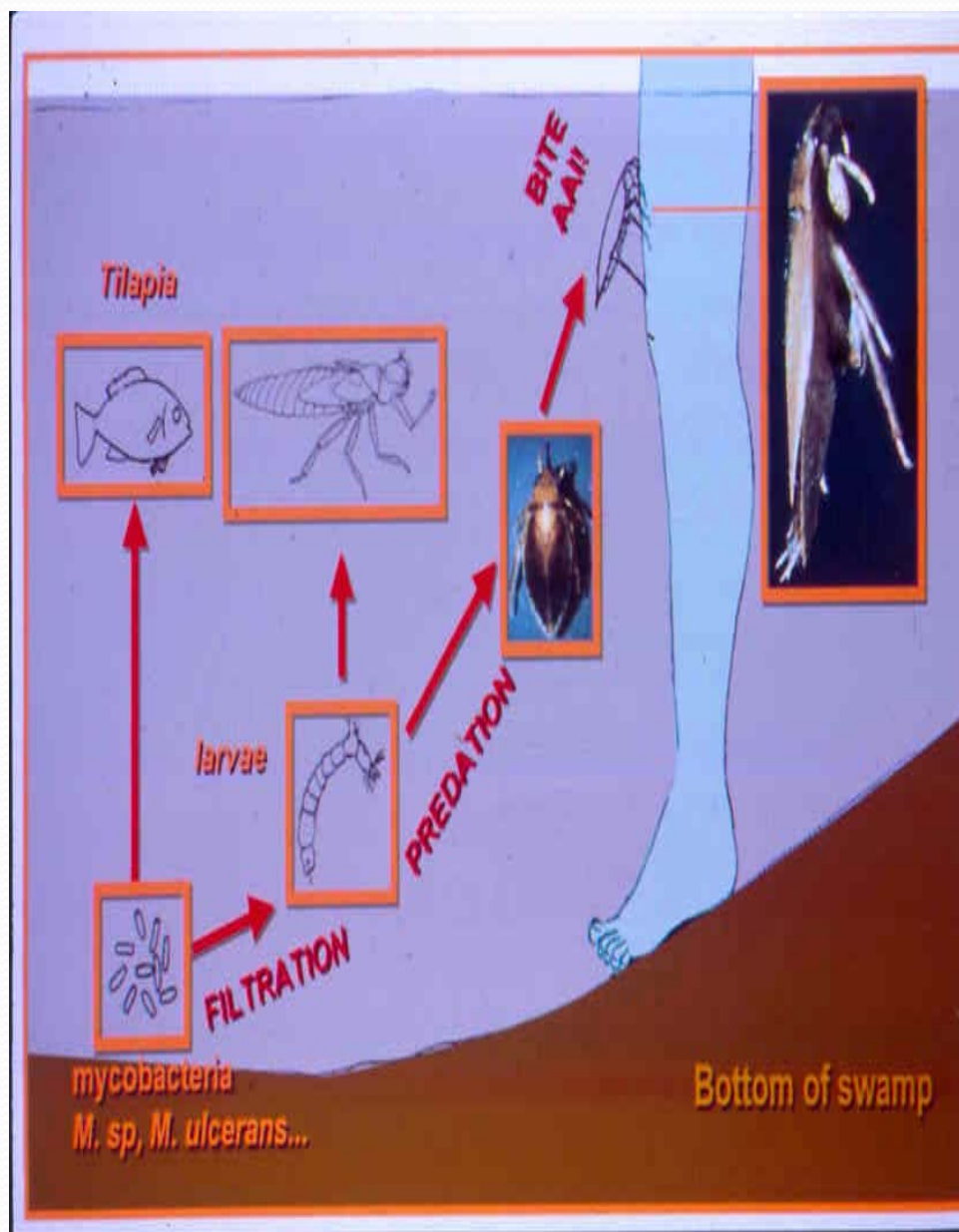
Modo de transmisión

Chinches acuáticos



Modo de transmisión

Chinches acuáticos



Sintomatología y diagnóstico

- Infección cutánea necrotizante: papel de la mycolactona
- Los miembros son los más afectados: 60% MI 30 % MS
- Diagnóstico a menudo tardío = complicaciones +++
- Diagnóstico precoz = mejor pronóstico
- Tres estadios evolutivos : Pre-ulcerativo
Ulcerativo

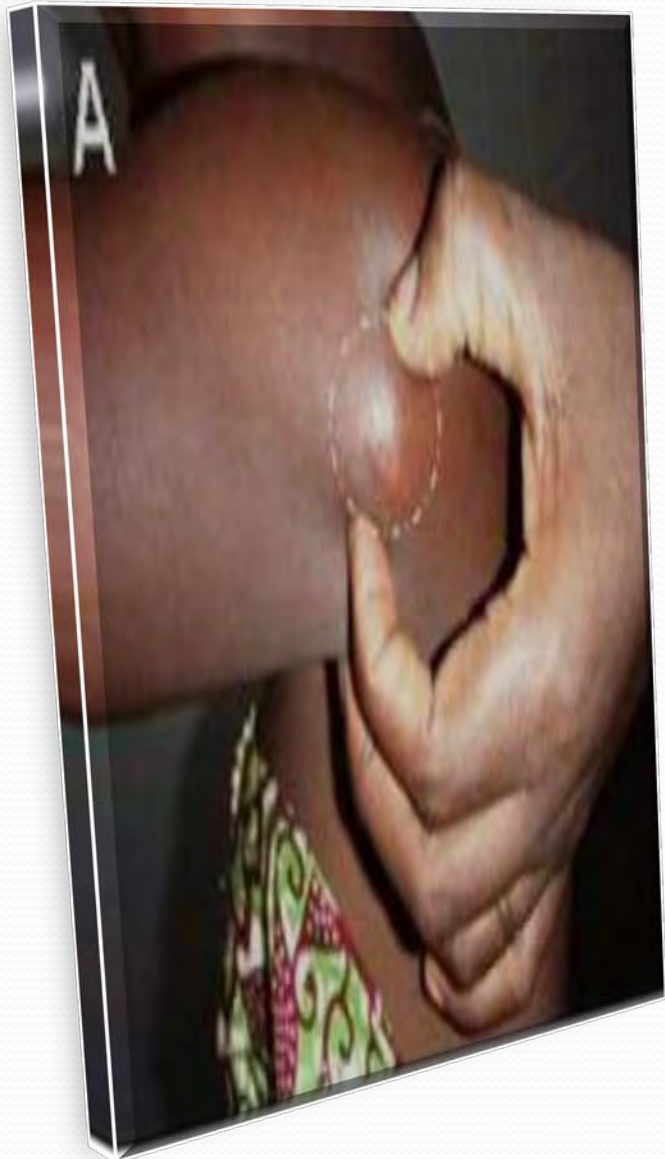
Cicatrización/Secuelas

Estado pre-ulcerativo

- **Nódulo**

- Edema

- Placa



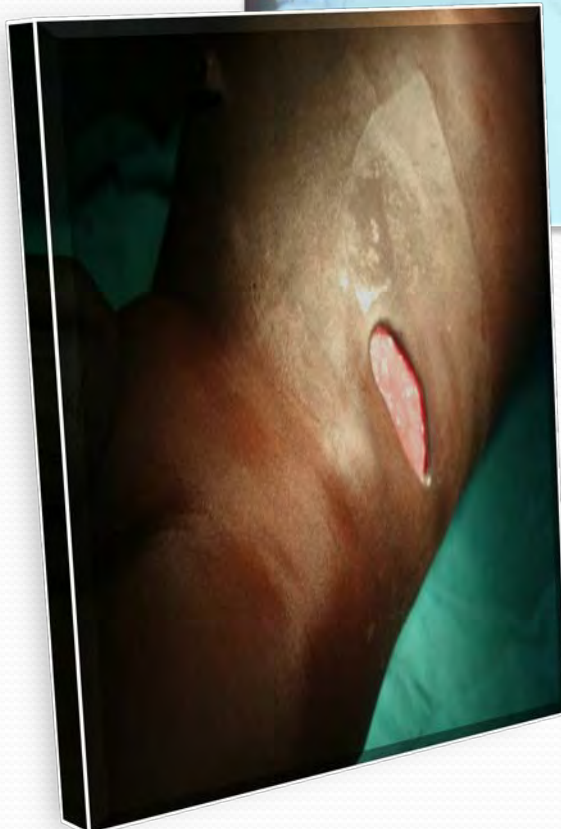
Estado pre-ulcerativo

- Nódulo
- **Edema**
- Placa



Estado pre-ulcerativo

- Nódulo indoloro
- Edema
- **Placa**



Sintomatología y diagnóstico

Estado ulcerativo: la úlcera de Buruli

- ❖ Pérdida de sustancia dermo-hipodérmica
- ❖ Dolorosa
- ❖ Tunnelizado
- ❖ Bordes despegados



Estado ulcerativo



Estado ulcerativo



Estado ulcerativo



Estado de cicatrización y de secuelas

- Retracciones articulares
- Problema funcional / estético

Estado de cicatrización & secuelas

- **Retracciones articulares**
- Problema funcional/estético



Estado de cicatrización & secuelas

- **Retracciones articulares**
- Problema funcional/estético



Estado de cicatrización & secuelas

- Problema funcional/estético



Sintomatología y diagnóstico

Formas particulares

- ❖ Difusión hematogéna (depresión inmunitaria)
 - ❖ Lesiones multifocales
 - ❖ Osteomielitis: 14%



Formas particulares: osteomielitis



Tratamiento

- Durante mucho tiempo exclusivamente quirúrgico (antes de 2004)
- Tratamiento Médico – quirúrgico desde 2004 $+$
- Tratamiento de las secuelas $-$
- Tanguiéta: cirugía + Ozonoterapia + PRGF/PRP

Tratamiento

Tratamiento médico

- Antibióticos :
- Rifampicina + Estreptomina
- Recientemente: Rifampicina + Claritromicina

Tratamiento

Tratamiento quirúrgico

- Excisión amplia en tejido sano
- Largo periodo de preparación del lecho de las úlceras
- Injerto cutáneo y cirugía reparadora

Tratamiento

Tratamiento quirúrgico

Excisión amplia

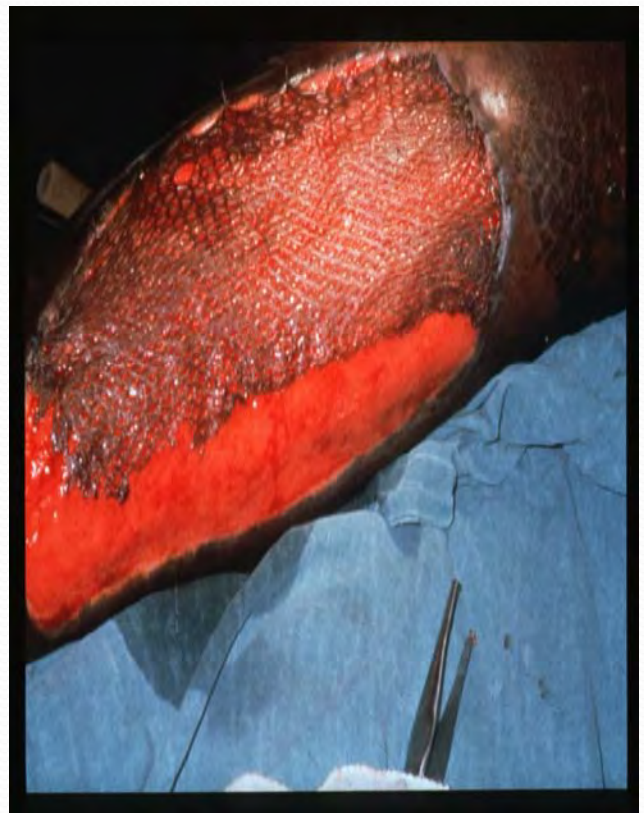
en tejido sano



Tratamiento

Tratamiento quirúrgico

- Injerto cutáneo reparador



Tratamiento quirúrgico

Úlcera de codo derecho



Tratamiento quirúrgico

Excisión hasta tejido sano



Tratamiento quirúrgico

Buena evolución



Tratamiento quirúrgico

Evolución de una gran placa ulcerada



Tratamiento quirúrgico

Buena cicatrización



Tratamiento quirúrgico



Tratamiento quirúrgico

Gran úlcera en el hemi-tórax derecho





Inmovilizaciòn
con escayola
inventada para
prevenir las
retracciones

Tratamiento quirúrgico

Resultado estético y funcional después de un año



Tratamiento Co-adyuvante: La ozonoterapia previa al injerto



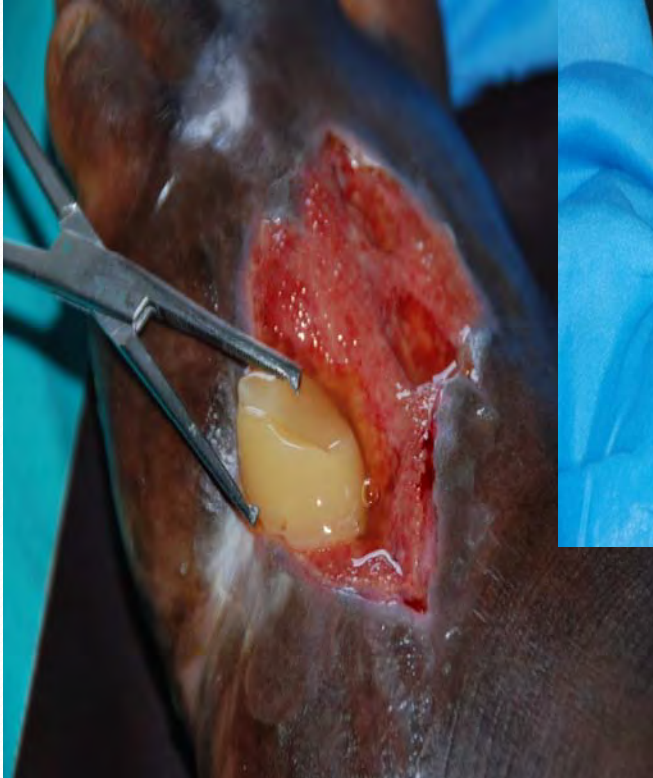
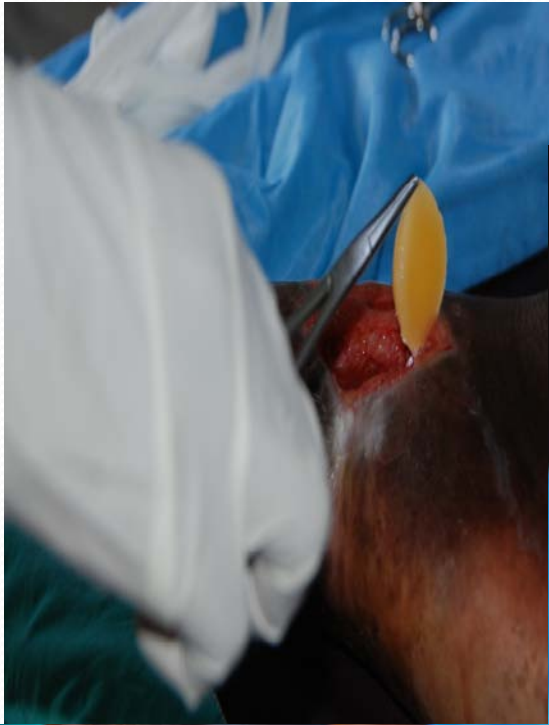
La ozonoterapia



Tratamiento co-adyuvante: PRGF/PRP plaquetario en la preparación del injerto



Tratamiento co-adyuvante: PRGF/PRP plaquetario en la preparación del injerto





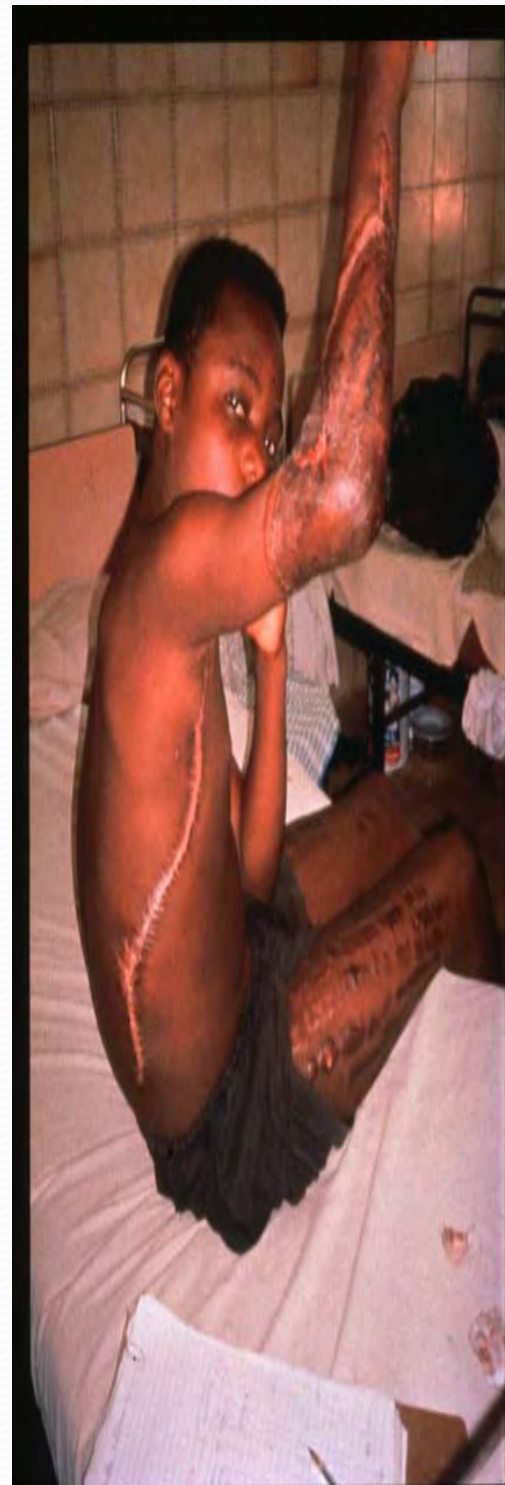
Tratamiento

Cuidado de las secuelas

- Cirugía plástica
- Kinésioterapia
- Prótesis y aparatología

Cuidado de las secuelas

- **Cirugía plástica:**
Cierre de una úlcera de en el codo con un colgajo del dorsal ancho.



Cuidado de las secuelas

- **Prótesis y aparatología**



Cuidado de las secuelas

- **Prótesis y aparatología**



Prevención

- Diagnóstico y tratamiento precoz
- Scrining de la población
- Educación sanitaria en zona de endemia
- BCG



**Gracias por vuestra
atención!!!**



De izquierda a derecha:

Dr. José Muñoz. Médico del Servicio de Salud Internacional del Hospital Clinic de Barcelona- Instituto de Salud Global de Barcelona, Dr. Guillermo Vázquez. Director de Cooperación Internacional del Consejo Andaluz de los Colegios de Médicos, Fray Florencio. Director del Hospital de Tanguieta en Benín y Dra. Cecilia López. Coordinadora médica de Médicos del Mundo.





Dr. Guillermo Vázquez. Director de Cooperación Internacional del Consejo Andaluz de los Colegios de Médicos.

Fray Florencio. Director del Hospital de Tanguiéta en Benín.



Dr. José Muñoz. Médico del Servicio de Salud Internacional del Hospital Clinic de Barcelona- Instituto de Salud Global de Barcelona



Dra. Cecilia López. Coordinadora médica de Médicos del Mundo.

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

Mesa Redonda

OMC 

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

La Salud de los refugiados

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

Problemas sanitarios en refugiados

II Congreso de Cooperación Internacional de la OMC

Emilio José Romero Trigo.
Delegado de Salud de Cruz Roja Española.



Cada vez más cerca de las personas



Cruz Roja Española

La Misión

“Estar cada vez más cerca de las personas vulnerables en los ámbitos nacional e internacional a través de acciones de carácter preventivo, asistencial, rehabilitador y de desarrollo, realizadas esencialmente por voluntariado”

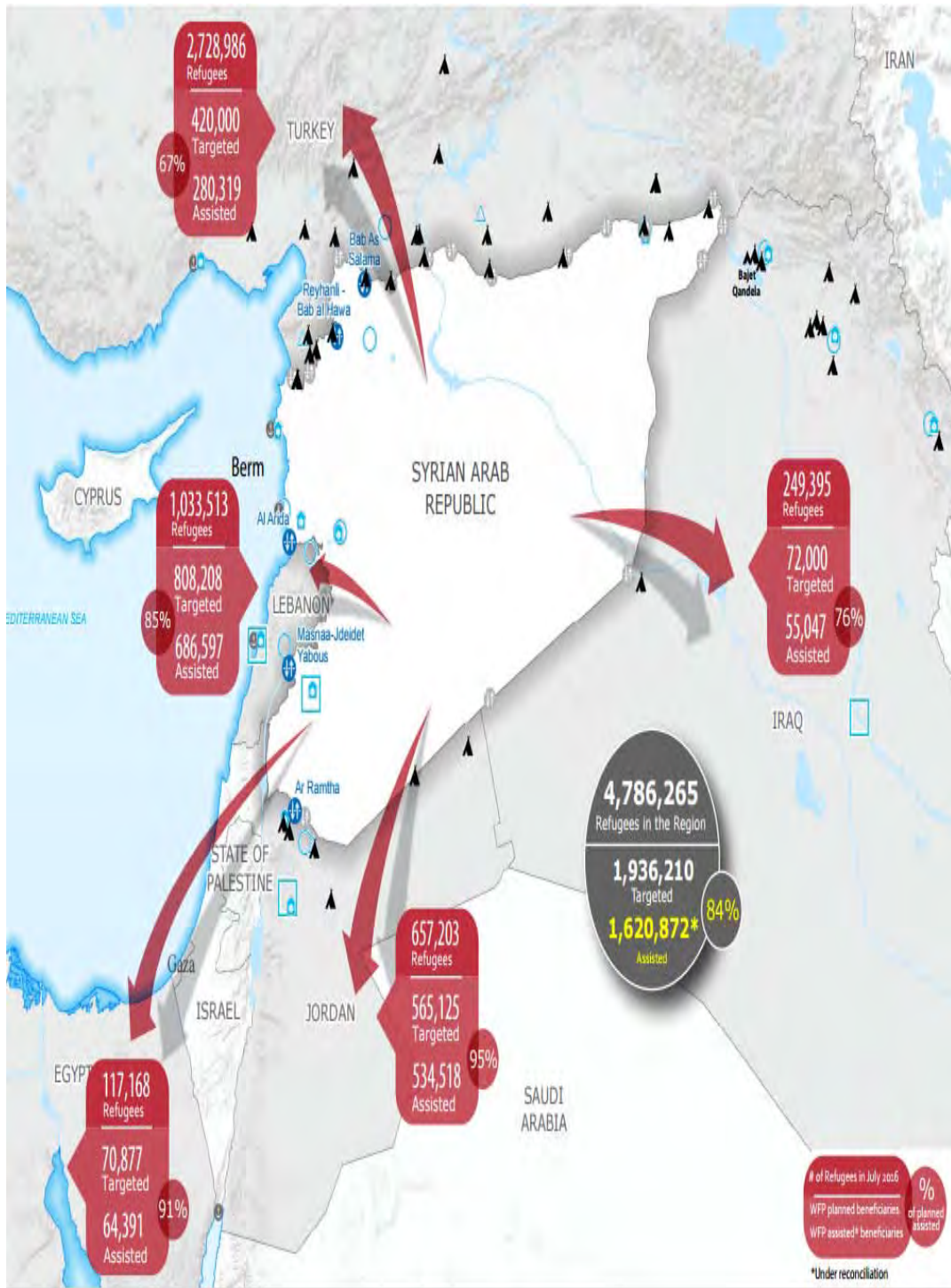
La Visión

“Cruz Roja Española, como organización humanitaria y de acción voluntaria arraigada en la sociedad, dará respuestas integrales desde una perspectiva de desarrollo a las víctimas de desastres y emergencias, a problemas sociales, de salud y medioambientales”

Cada vez más cerca de las personas



Cruz Roja Española



Cada vez más cerca de las personas



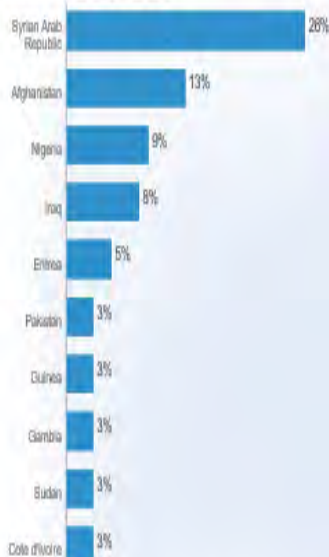
Cruz Roja Española

Rutas principales

Increasing numbers of refugees and migrants take their chances aboard unseaworthy boat-dinghies in a desperate bid to reach Europe. The vast majority of those attempting this dangerous crossing are in need of international protection, fleeing war, violence and persecution in their country of origin. Every year these movements continue to exact a devastating toll on human

Top-10 nationalities of Mediterranean sea arrivals

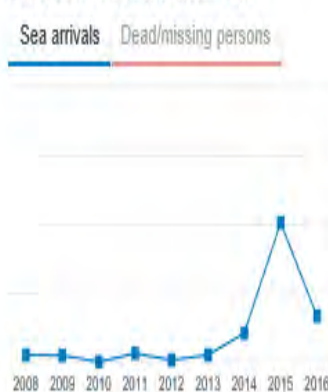
Top-10 nationalities represent **77%** of the sea arrivals based on arrivals since 1 Jan 2016



Comparison of monthly Mediterranean sea arrivals



Evolution - Mediterranean Sea

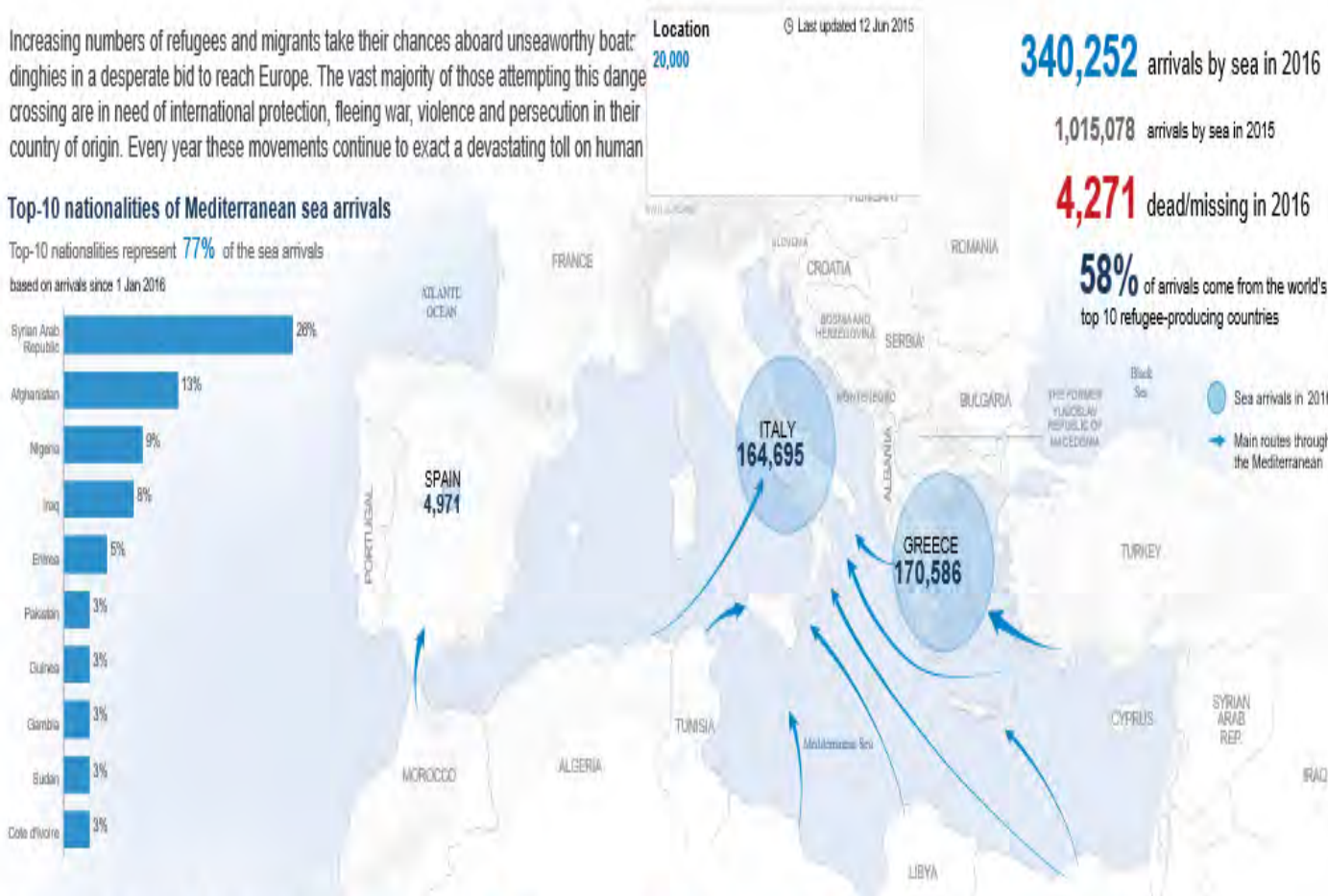


340,252 arrivals by sea in 2016

1,015,078 arrivals by sea in 2015

4,271 dead/missing in 2016

58% of arrivals come from the world's top 10 refugee-producing countries



Demographics based on arrivals since 1 Jan 2016



Source: (AND KOSOVO; S/RES/1244 (1999)) Download excel data

The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations

[Click here to view sources and disclaimer](#)

Cada vez más cerca de las personas



Cruz Roja Española

- **PRIMERA
FASE**

Cada vez más cerca de las personas



Cruz Roja Española



Misiones CRE desplegadas en Grecia

Fase 1: Sept 2015 – Enero



Cada vez más cerca de las personas



Cruz Roja Española

Atención Sanitaria
de Emergencia

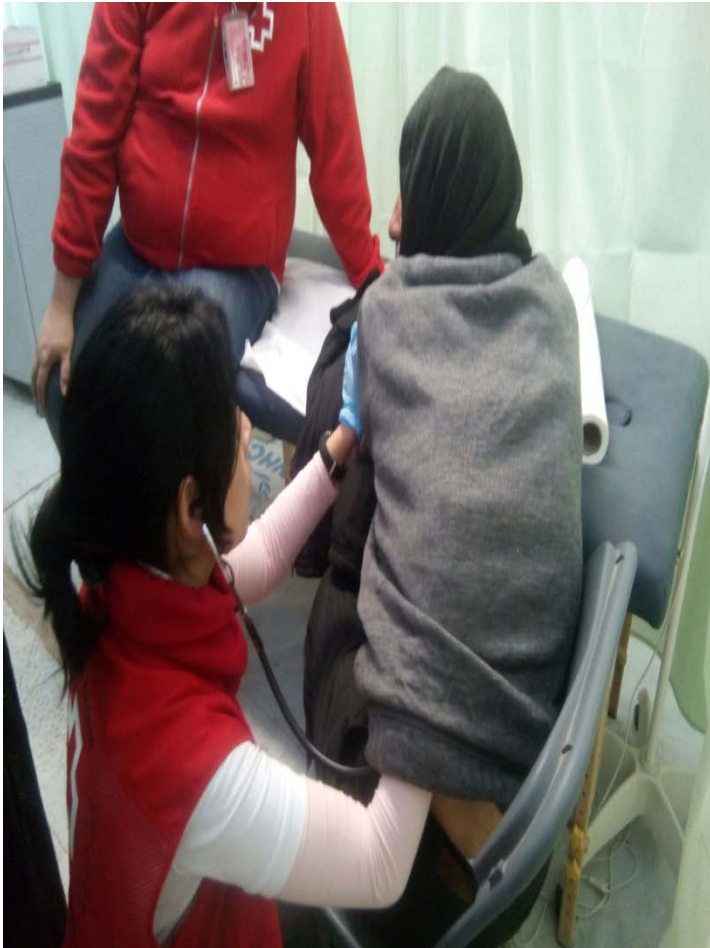
Apoyo psicosocial

Cada vez más cerca de las personas



Cruz Roja Española

ATENCIÓN SANITARIA



Médicos/as

Enfermeros/as

Cada vez más cerca de las personas



Cruz Roja Española

PATOLOGÍA MAS FRECUENTE

- Patología relacionada con la travesía: Problemas musculoesqueleticos, picaduras, quemaduras
- Problemas gastrointestinales
- Controles de salud: embarazadas, niños...
- Infecciones respiratorias agudas
- Medicamentos



Cada vez más cerca de las personas



Cruz Roja Española

ATENCIÓN PSICOSOCIAL

CHILD FRIENDLY SPACE

Canalizar sus emociones a través del dibujo, la música, etc.



Cada vez más cerca de las personas



Cruz Roja Española



Cada vez más cerca de las personas





Cada vez más cerca de las personas



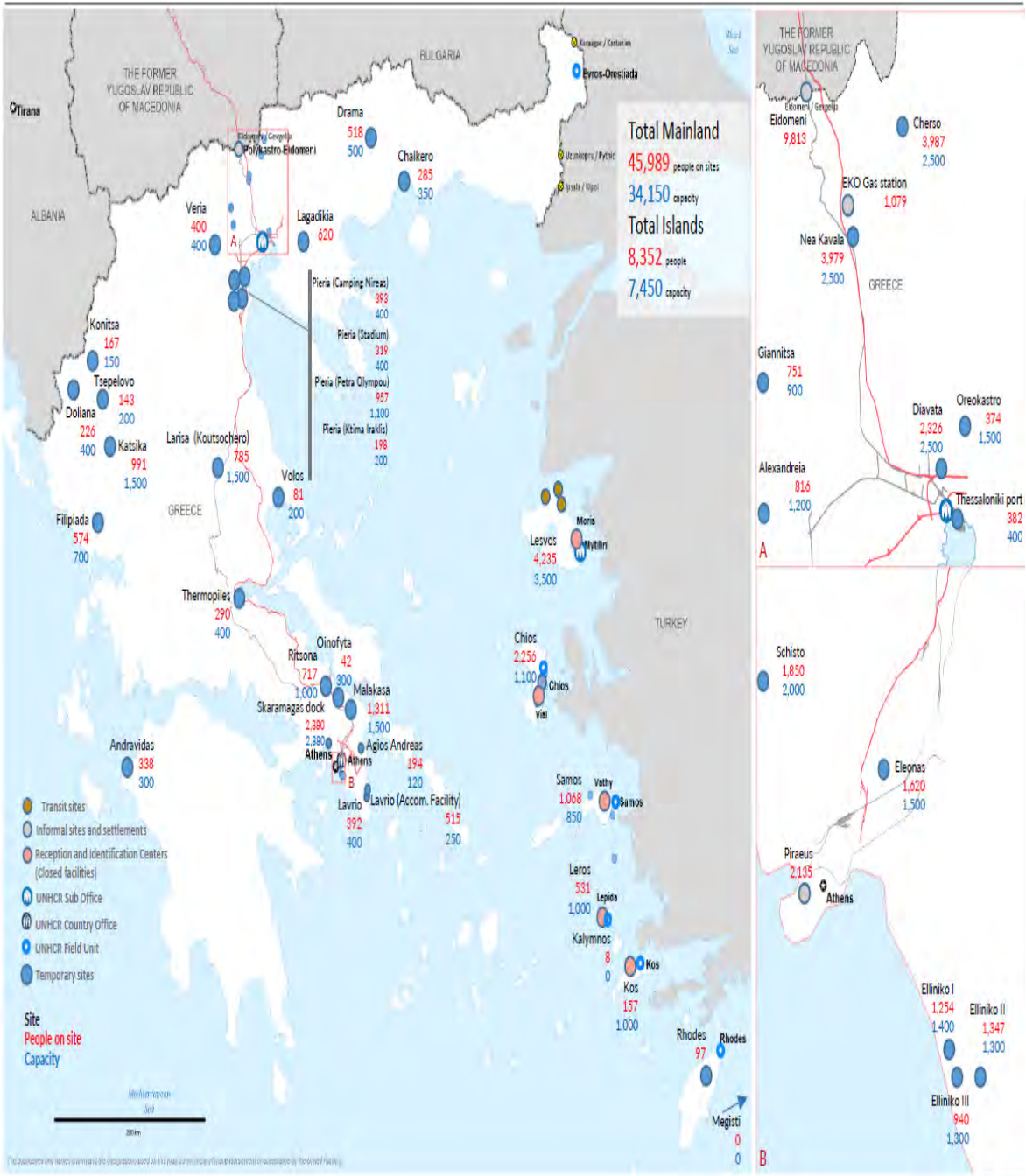
Cruz Roja Española

- **SEGUNDA
FASE**

Cada vez más cerca de las personas



Cruz Roja Española



Cada vez más cerca de las personas



Cruz Roja Española

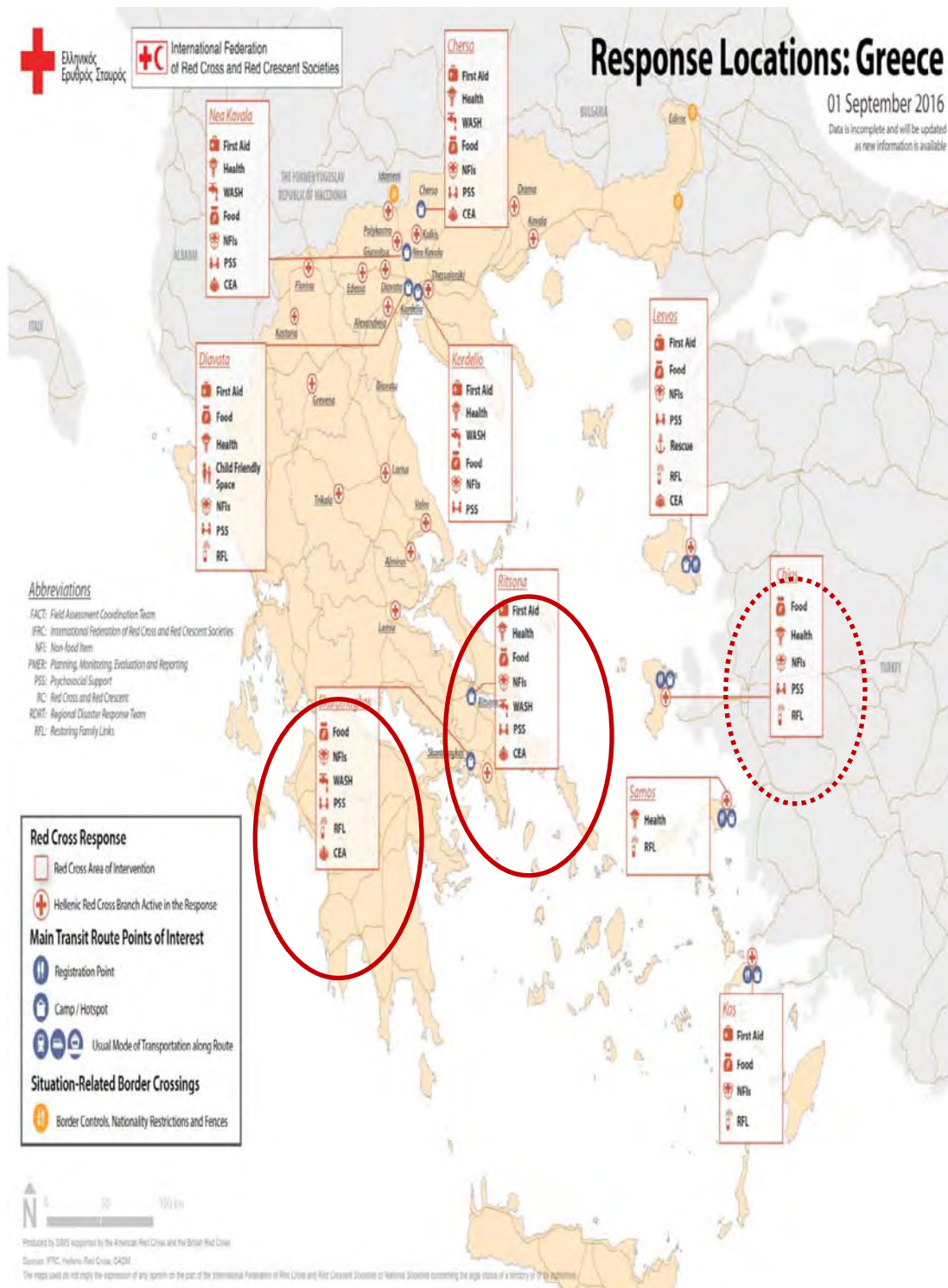


International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies

Response Locations: Greece

01 September 2016

Data is incomplete and will be updated as new information is available



Cada vez más cerca de las personas



Cruz Roja Española

Escenarios diferentes:



Cada vez más cerca de las personas



Cruz Roja Española



Cada vez más cerca de las personas



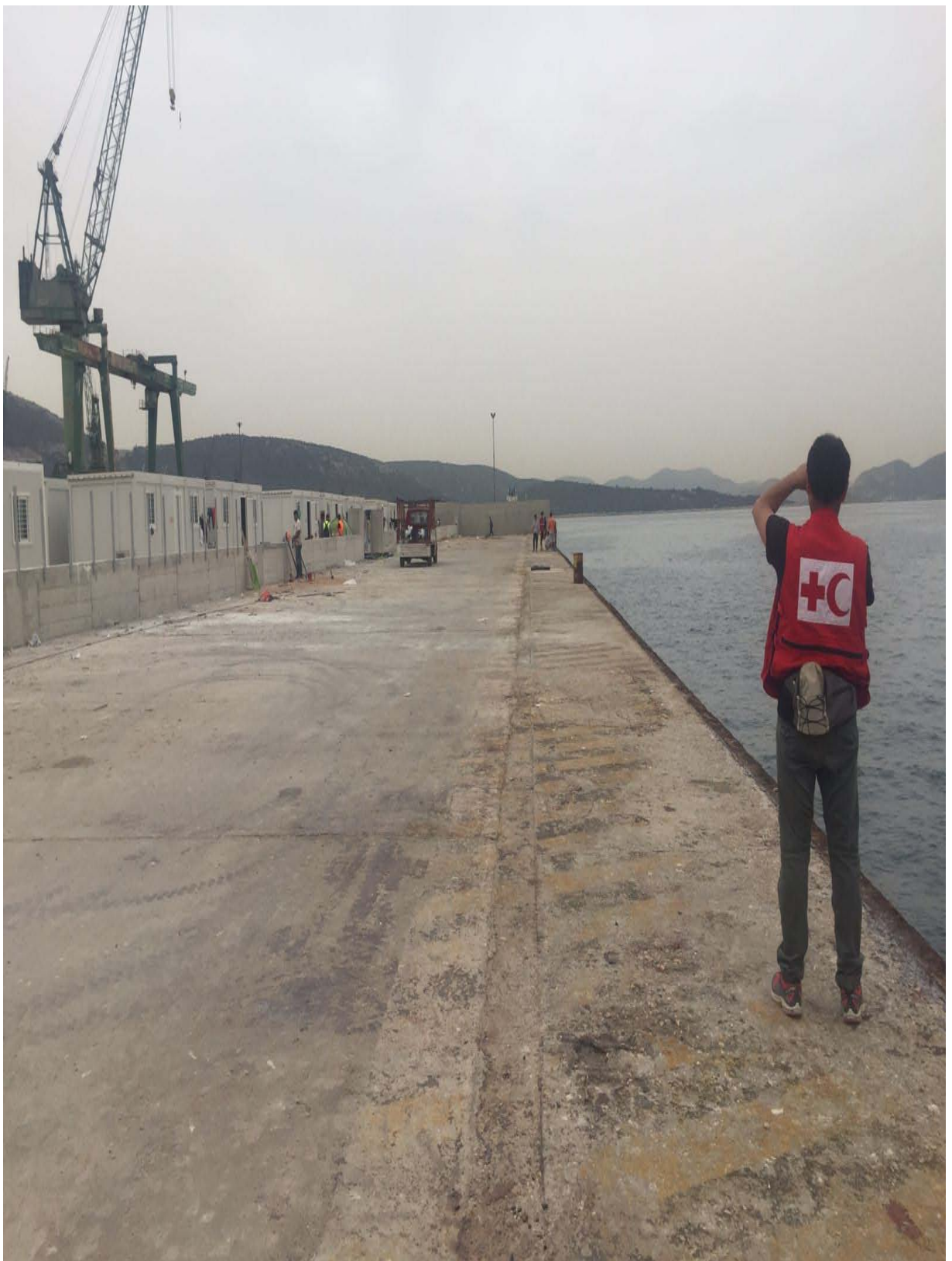
Cruz Roja Española



Cada vez más cerca de las personas



Cruz Roja Española



Cada vez más cerca de las personas



Cruz Roja Española



Cada vez más cerca de las personas



Cruz Roja Española

Atención
Sanitaria (APS)

Apoyo
psicosocial

Promoción de
higiene





- Pediatría
- Medicina general
- Matrona
- Consulta de enfermería
- Dentista
- Capacidad de observación

Cada vez más cerca de las personas





Management/Coordination: Hellenic Navy/ Ministry of Migration.

Population (approx.): 3039 people |
Children 0-5: 387 | Children 5- 18: 651 |
Adults: 2001.

Cada vez más cerca de las personas



Cruz Roja Española



Population (approx): 723 pe

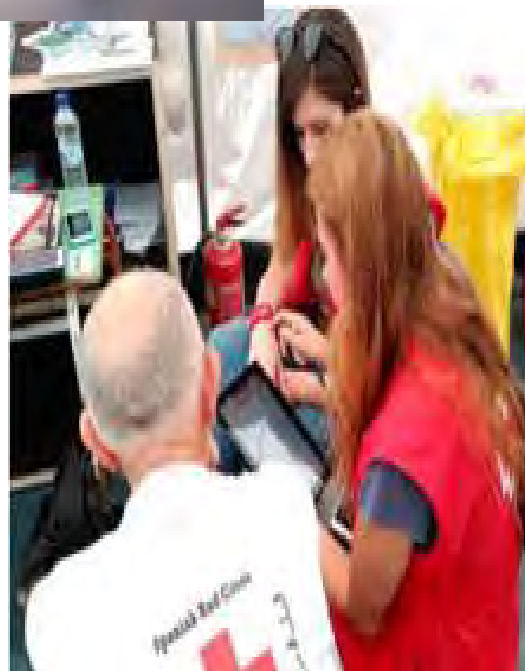
Cada vez más cerca de las personas



Cruz Roja Española

ATENCIÓN SANITARIA

DISPOSITIVOS
ODK +
CARDS



Cada vez más cerca de las personas





International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
 Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
 Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
 الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر



Greece Medicine Consumption

Introduce the start date, end date and health clinic to see the dashboard data

Date Start
2016-01-24

Date End
2016-08-24

Health Post
All
Samsa
Chios
Idomeni

Export to Excel

Medicine Consumption

Show 10 entries

Search

MEDICINE	total
ANTHRAXYCLOLID ointment 30g tube	3
BENZYL BENZOATE 25% lotion 200 ml jar	605
Chlorzaxolol Combi Vaginal Tu 3 x 200 mg plus Cream 1 % 20 g	149
SULFADIAZINE SILVER 1% cream 50g tube	10
ZINC OXIDE 10% ointment 100g tube	9
SODIUM CHLORIDE 0.9% 500ml	523
AMPCILLIN 500mg oral powder sach	1
BUTYLHYDROXONE (butylacetylacrylate) 20mg/ml 1ml amp	1
CALCIUM GLUCONATE 100mg/ml 10 ml amp small packaging	32
DEXAMETHASONE 4mg PHOSPH 1ml (4mg sodium phosphate) 1 ml amp	3

Showing 1 to 10 of 170 entries

Previous 1 2 3 4 5 ... 17 Next



International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
 Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
 Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
 الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر



Greece BHCU Dashboard

Introduce the start date, end date and health clinic to see the dashboard data

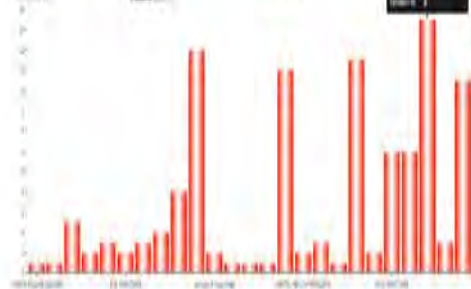
Date Start
2016-01-24

Date End
2016-08-24

Health Post
All
Samsa
Chios
Idomeni

Export to Excel
Export to PDF
Print & Export PDF

Search
 Name
 ID
 Gender
 Age
 Date of Birth
 Date of Admission
 Date of Discharge
 Date of Death
 Date of Transfer
 Date of Referral



Total Numbers of Diagnostics

Show 10 entries

Search

TOTAL	Male	Female	Male 0-17	Female 0-17	Male 18-64	Female 18-64
TOTAL	10	10	10	10	10	10
ANTHRAXYCLOLID (Ointment)	1	0	0	0	0	0
BENZYL BENZOATE (Lotion)	1	1	0	0	0	0
CHLORZAXOLOL (Combination)	1	1	0	0	0	0
SULFADIAZINE SILVER (Cream)	1	1	0	0	0	0
ZINC OXIDE (Ointment)	1	1	0	0	0	0
SODIUM CHLORIDE (Solution)	1	1	0	0	0	0
AMPCILLIN (Powder)	1	1	0	0	0	0
BUTYLHYDROXONE (Ampoule)	1	1	0	0	0	0
CALCIUM GLUCONATE (Ampoule)	1	1	0	0	0	0
DEXAMETHASONE (Ampoule)	1	1	0	0	0	0

Showing 1 to 10 of 170 entries

Previous 1 2 3 4 5 ... 17 Next

Cada vez más cerca de las personas



Cruz Roja Española

KEELPNO (MINISTERIO DE SALUD)

COORDINACIÓN CONSTANTE (CENTINELAS)

MINISTRY OF HEALTH
Centre for Disease Control and Prevention (KEELPNO)
Department of Surveillance and Intervention

Contact information:
Tel: 210 5212 954, Fax: 210 9010 860
E-mail: epid@keelpno.gub.es

Epidemiologic surveillance according to Law 13/2005

REPORTING FORM – SURVEILLANCE IN POINTS OF CARE FOR REFUGEES/MIGRANTS
(Separate Reporting forms are required for every clinic per 24h period, hours 00:01 to 24:00. To be submitted by 09:00 on the next day)

Page: 1/1

Site/Clinic: SKARAWAGA	Date:
Organization(s): SPANISH RED CROSS	Clinic hours (from-to):
Name of doctor(s):	

> Please CALL IMMEDIATELY KEELPNO (210 5212 054) in case of clinical suspicion of "immediately notifiable diseases" (see instructions) or in case of cluster of cases with unusual or severe manifestations.

SYNDROMES OR CONDITIONS UNDER SURVEILLANCE ([1] to [14]):

	0-4 yrs	No.	5-17 yrs	No.	18+ yrs	No.	Total
[1] Respiratory infection WITH fever							
[2] Gastroenteritis without blood in the stool							
[3] Bloody diarrhoea							
[4] Rash WITH fever							
[5] Lymphadenitis WITH fever							
[6] Parasitic skin infection	1	1	11	2			3

	No.	No.
[7] Suspected pulmonary tuberculosis		[11] Meningitis and/or encephalitis
[8] Malaria (with POSITIVE rapid test)		[12] Haemorrhagic manifestations WITH fever
[9] Jaundice of acute onset		[13] Sepsis or shock (septic, of unknown aetiology)
[10] Neurological manifestations of acute onset		[14] Death of unknown aetiology

NOTE: Table (A) is the one corresponding to syndrome and age group can be used to mark cases (e.g. M/F), in order to facilitate counting. Tables (A) and (B) in cell "No." the total number of cases (e.g. 1) is included. If there are no cases write "0" in the cell (also reporting).

> Please fill-in Table C:
For cases included in Table (B), and
For cases with clinical suspicion of measles, rubella, mumps (parotitis), chickenpox (varicella).

#	Patient Surname-Name, Address, Contact telephone no.	Gender	Age	Country of origin	Ref Syndrome	Suspected disease (if relevant)	Transfer hospital (if relevant)	Examining physician in site A Contact ref.
		M						
		F						
		M						
		F						
		M						
		F						

If needed, continue in table (C) of another Reporting Form (mark Page at the top right of the cell)

	0-4 yrs	5-17 yrs	18+ yrs	Total
TOTAL NUMBER OF CLINIC VISITS (FOR ALL CAUSES)	7	12	6	25
TOTAL NUMBER OF PERSONS IN THE CENTRE (ON THE SAME DAY)				

> Information on Form was sent (check box):

Cada vez más cerca de las personas



PATOLOGÍA MAS FRECUENTE

- Infecciones respiratorias agudas
- Enfermedades crónicas
- Atención de urgencias
- Afecciones de la Piel

(Atención Materno-Infantil)

Cada vez más cerca de las personas



Cruz Roja Española

CAMPAÑAS DE VACUNACION

Vaccination protects your children, your family members against fatal diseases

MEASLES MUMPS & RUBELLA (MMR) VACCINE

الحصبة | اوريون و سرخجه، سرخك

MMR is available and vaccines against other disease will also available at a later date

MMR is available for;

- Children aged 1 to 15 years living in Ritsona camp
- Free of charge
- Please bring any health documents
- At Red Cross Health Clinic
- On Monday 30th and Tuesday 31st May. From 9am to 4pm

Further information found at the Red Cross Health Clinic



1. Sensibilización de la comunidad (panfletos, información x megáfono, etc)
2. Entrega de voucher (door to door) con la cita de cada niño/a especificando día y hora en la que deben ir x su vacuna.
3. Vacunación.
4. Reporte autoridades sanitarias de la cobertura lograda.

❖ **TV, TV + VARICELLA, HEP A, TETRAVAC, HEP B, Hib, neumococo, Gripe, Hexavalente**

En Coordinación con el Ministerio de Salud

Cada vez más cerca de las personas

 **Cruz Roja Española**

- Información y guías
- Actividades educativas y de ocio (grupos específicos)
- Child friendly space (arteterapia, dibujo, manualidades, deporte, música..)



Promoción de Higiene

- Grupos focales
- Promoción de higiene en la escuela
- Sesiones Grupales, visitas domiciliarias, etc
- Distribuciones
- Campañas de limpieza y desinfección

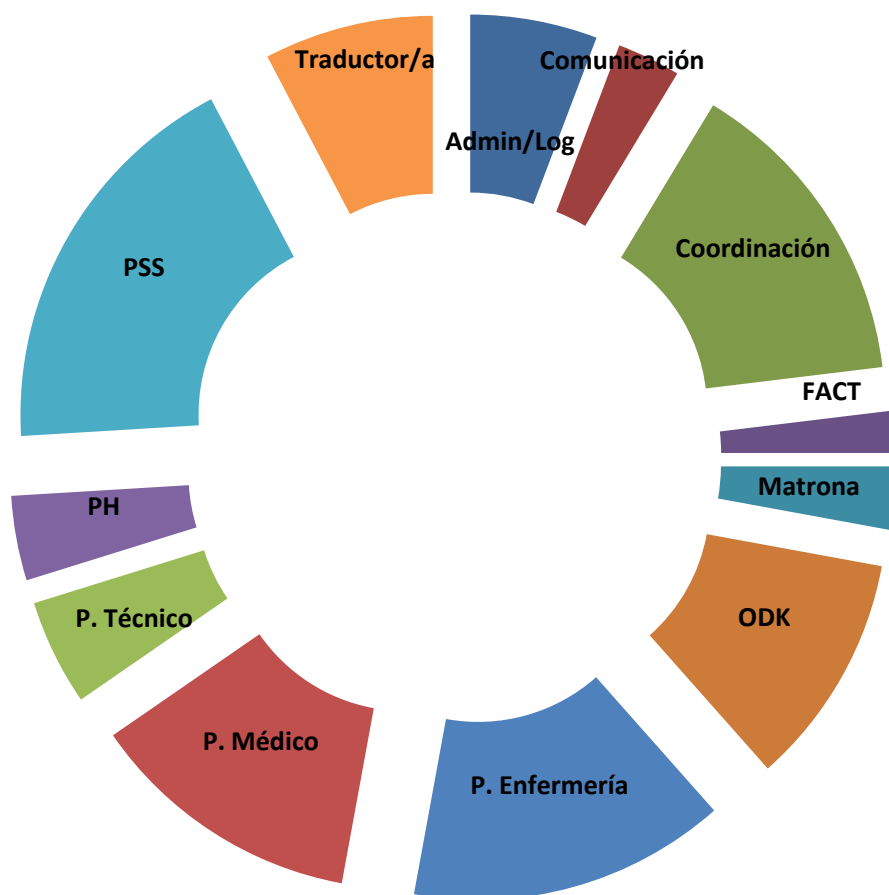


Cada vez más cerca de las personas



Cruz Roja Española

Perfiles



ASPECTOS A RESALTAR

- Sistema de salud desarrollado pero desbordado
- Enfermedades crónicas o de difícil manejo por la situación.
- Situación muy cambiante e impredecible. (idioma)
- Aspectos psicológicos

POBLACION DE ACOGIDA

Cada vez más cerca de las personas



Cruz Roja Española

MUCHAS GRACIAS



www.cruzroja.es 902 22 22 92

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



II CONGRESO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMC

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

26 Y 27 ENERO 2017
SANTANDER

Realidad Sanitaria de los Campamentos de Refugiados Saharauis



**D. Mohamed Lamin Deddi, Ministro de
Salud de la República Árabe Saharaui
Democrática (RASD).**

Contenido

- **Introducción histórica**
- **Ministerio de la salud saharauí (estructura)**
- **Programas nacionales de salud**
- **Datos epidemiológicos**
- **Cooperación en el sector de salud**
- **Retos y Prioridades**
- **Plan Estratégico de Salud (P.E.S 2016_2020)**





**(La Asistencia Sanitaria y el
tratamiento es derecho
gratuito de todo ciudadano.)**

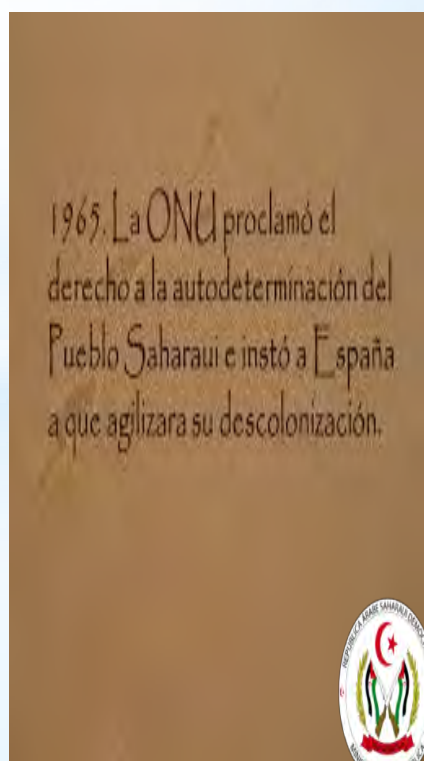
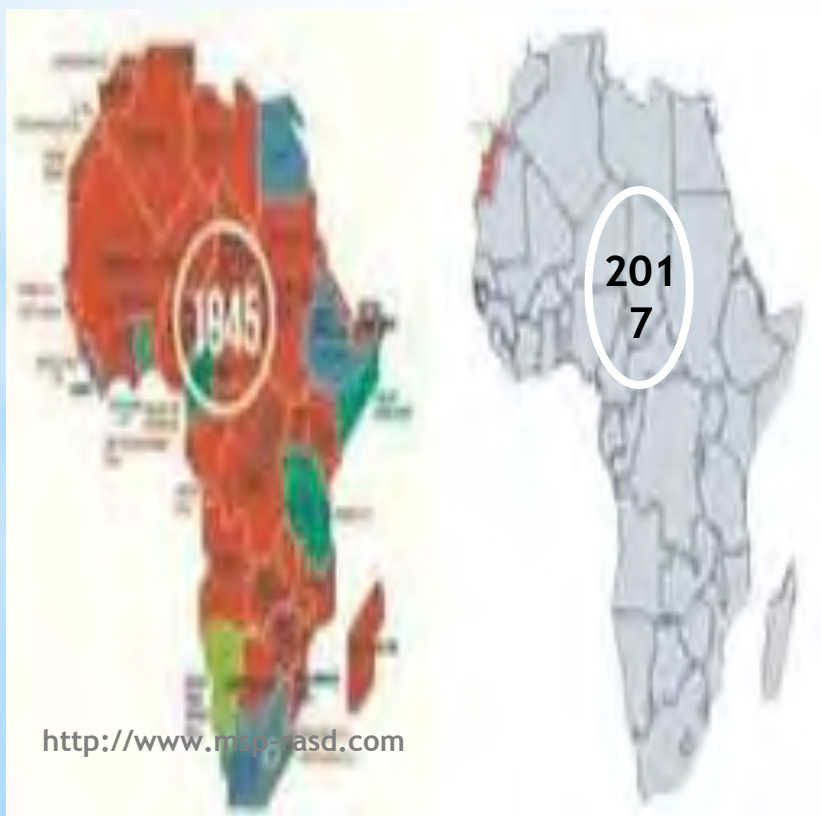
Segun la constitucion RASD.



Introducción histórica

El **Sahara Occidental**, está situado en el noroeste de África, delimitado al norte por Marruecos, al sureste por Mauritania, al noreste por Argelia y al oeste por el océano atlántico.

Fue **colonia española desde 1884 hasta 1976**, fecha del abandono precipitado de España, sin cumplir con su deber de organizar un referéndum de autodeterminación.



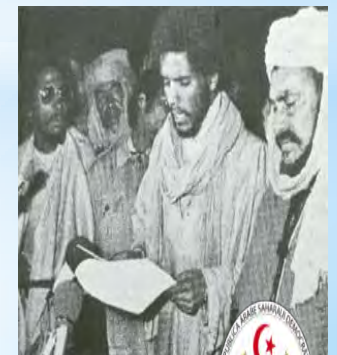
- ❖ **1970** . El pueblo Saharaui sale en manifestaciones pacificas reivindicando su derecho legitimo en la independendencia, pero la respuesta del gobierno Español en aquel entonces fue brutal.
- ❖ **1973.** Fundación del Frente Polisario(Frente Popular para la liberación de Saguia elhamra y Rio de Oro), movimiento de liberación del Sahara Occidental, único y legitimo representante del pueblo saharauí reconocido por las NNUU.
- ❖ **16 de Octubre 1975** . el TIJ de La Haya imite su opinión sobre el conflicto del Sahara, negando la existencia de cualquier vinculo de soberanía entre Reino de Marruecos y el Sahara Occidental.



- ❖ **Noviembre 1975.** Acuerdos tripartitos de Madrid: partición del territorio entre Marruecos y Mauritania sin consultar al Pueblo saharauí. Y como resultado de dicho acuerdo; comienza la “Marcha Verde” y la invasión militar con bombardeo de concentraciones de civiles en Um draiga, Guelta y Tifariti lo que causo el éxodo de cientos de miles de civiles saharauís hacia el suroeste de Argelia, en Tindouf.



- ❖ **27 de Febrero, 1976.** Proclamación de la República Árabe Saharaui Democrática para llenar el vacío jurídico causado por el abandono de España.
- ❖ Establecimiento del primer gobierno de la RASD.



Introducción histórica

- ❖ **En agosto de 1979.** Mauritania firma con el F.Polisario el acuerdo de paz en el que Mauritania revoca sus reivindicaciones en el Sahara Occidental.
- ❖ **1984.** la RASD se consolida y pasa a ser miembro de pleno derecho de la OUA (Marruecos abandona la familia africana).
- ❖ **1991.** se firma el alto el fuego, bajo los auspicios de las NNUU entre Marruecos y el Frente Polisario, con el objetivo de organizar un **Referéndum de Autodeterminación.**
- ❖ A causa de la obstrucción sistemática del régimen marroquí y la incapacidad del Consejo de Seguridad de NNUU, el referéndum sigue sin celebrarse, y el pueblo saharauí dividido en dos partes por un muro militar de 2700 km de longitud y más de 7 millones de minas.



Zonas controladas por el FRENTE POLISARIO Territorios liberados

- Alrededor del 30% del Sahara Occidental, en la parte este del muro marroquí, esta Controlado por el Frente Polisario

Campamentos de Refugiados

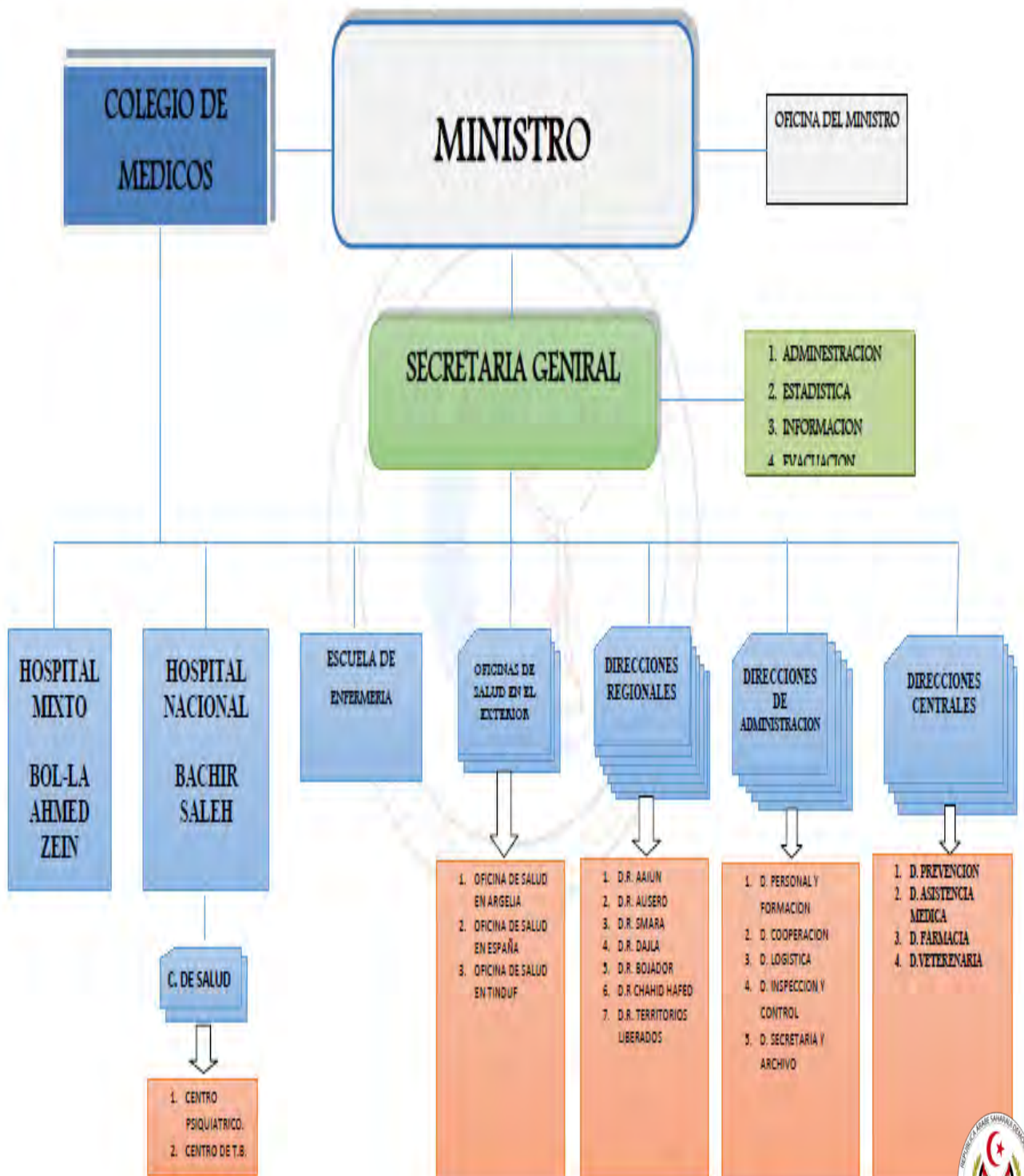
- Se sitúan en la Hamada argelina, con las condiciones climatológicas mas extremas del mundo, cerca de la ciudad argelina de Tindouf.
- 5 campamentos (Wilayas) que llevan los nombres de las ciudades saharauis mas importantes: Aaiun, Smara, Auserd, Dajla y Bujador. Cada campamento dispone de 6-7 Dairas con sus complejos administrativos y socioculturales



- Como resultado de estas acumulaciones el Frente Polisario y el gobierno saharaui prestaron especial atención al sector de la salud, a pesar de la situación extraordinaria que pasaba, marcada por la ausencia de recursos humanos cualificados, así como materiales e infraestructuras.
- El sector de la salud saharaui procedió en su primer momento a la formación de comités encargados de la ejecución de los programas sanitarios teniendo como principio la lucha contra las enfermedades.
- Hoy, y con la experiencia acumulada, hemos construido un modelo reconocido por la Union Africana.



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA



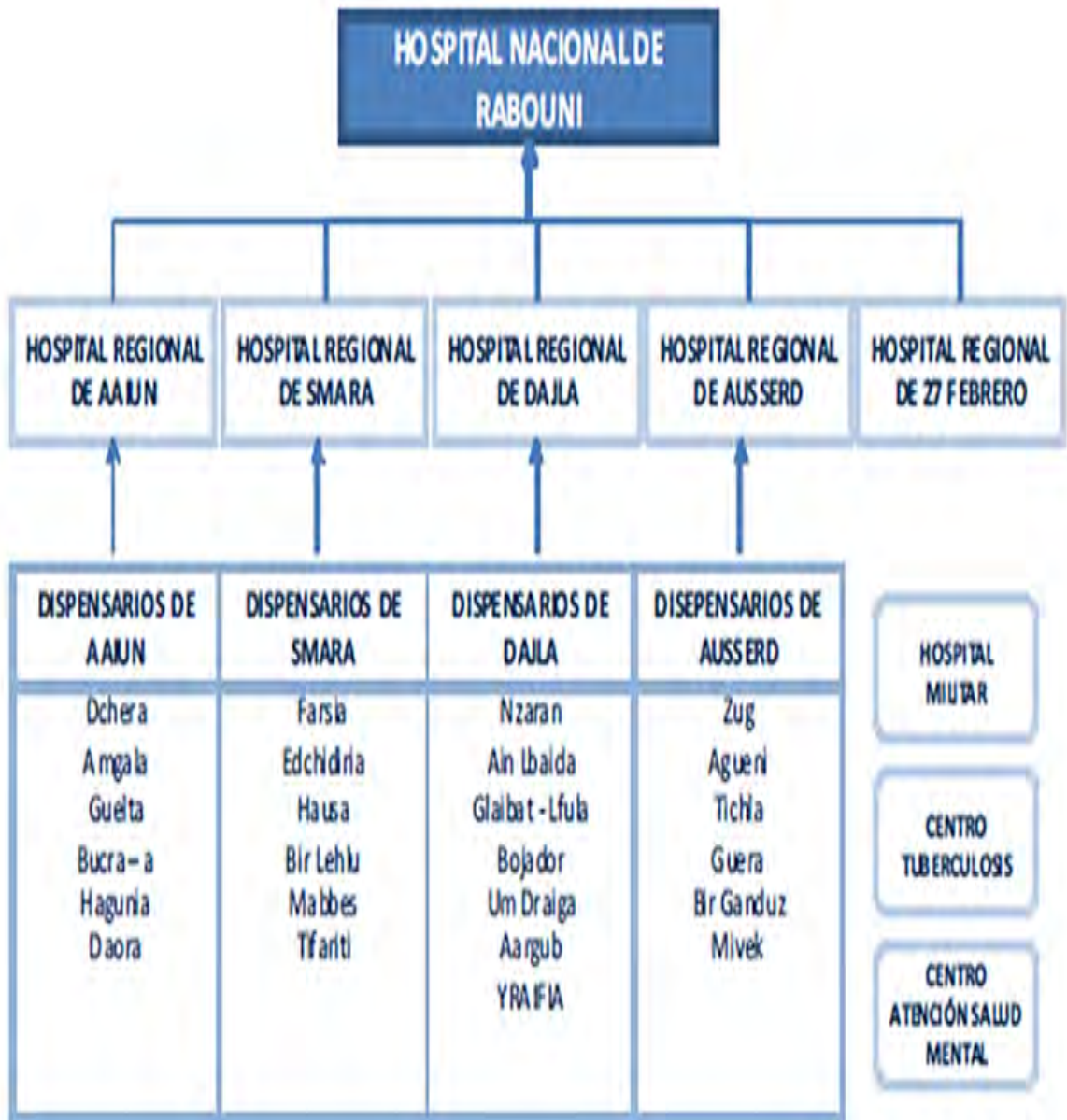
Ministerio de la salud saharai (estructura)

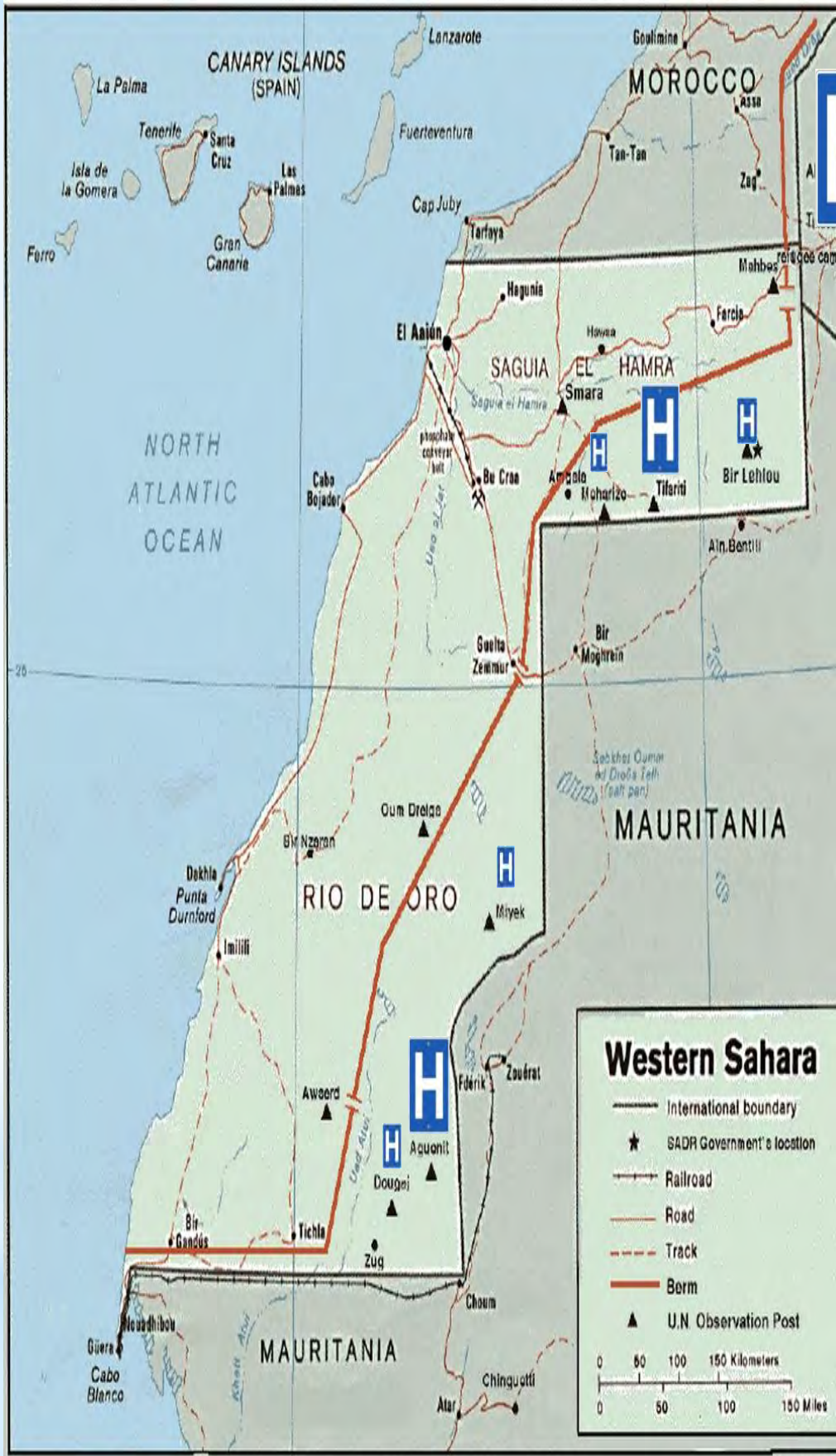


Cobertura sanitaria en los Campamentos de Refugiados

<http://www.msp-rasd.com>







Cobertura Sanitaria en Territorios Liberados



Programas nacionales de salud

- PISIS, Programa Integral Salud Infantil Saharai.
- PNSR, Programa Nacional de Salud Reproductiva.
- PNEC, Programa Nacional de Enfermedades Crónicas .
- Programa Nacional de Salud Escolar .
- Programa Nacional de Salud Mental .
- Celiaquía.
- Vigilancia Epidemiológica.
- Programa Nacional de Formación y Formación Continuada.
- SIS, Sistema de Información Sanitaria.



Datos epidemiológicos

POBLACIÓN	206.000
Médicos por 10.000 Habitantes	2
Enfermeros y matronas por 10.000 Habitantes	6
Odontólogos por 10.000 habitantes	1
Farmacéuticos por 10.000 habitantes	2.6
Tasa bruta de consulta por Habitante	1/ Habitante
Camas hospital por 10.000 Habitantes	30

Departamento de estadística SIS MSP-RASD 2016



Datos epidemiológicos

Indicadores	2016
Tasa bruta de natalidad	23,78 /1000
Partos asistidos por personal cualificado	80,33 %
Nacidos con peso <2500 grs	2,91%
Cobertura puerperal en 48 horas	33,5 %
Nacimiento por cesaria	6,46%
Tasa mortalidad materna	2,26/1000
Tasa de Mortalidad <u>neonatal</u>	18,29/1000
Tasa de Mortalidad en <u>niños menores de 1año</u>	19,60 /1000

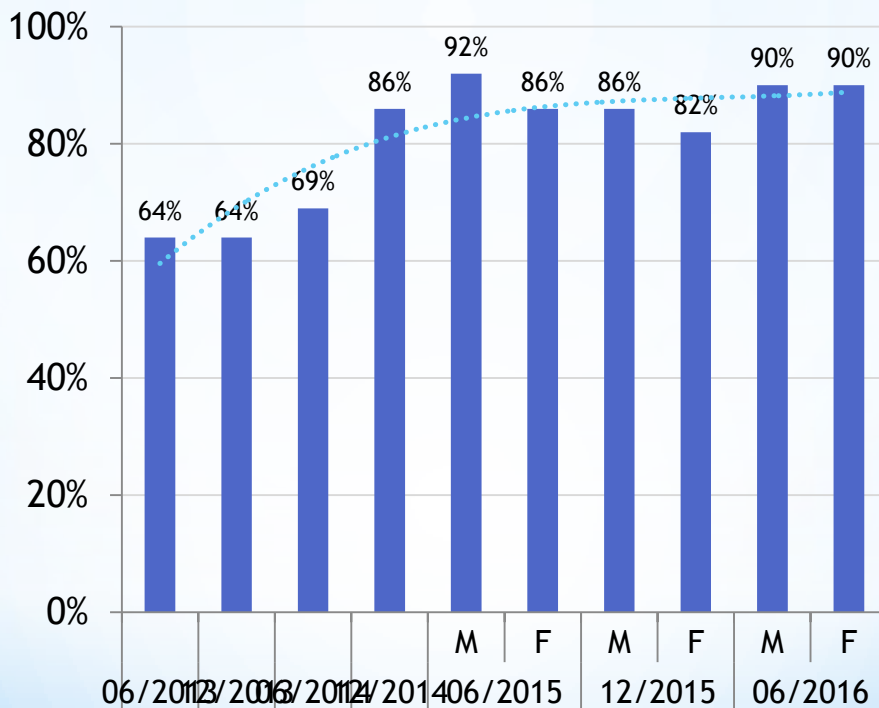
Fuente: Departamento de estadística SIS MSP-

2016



Datos epidemiológicos

Vacunación



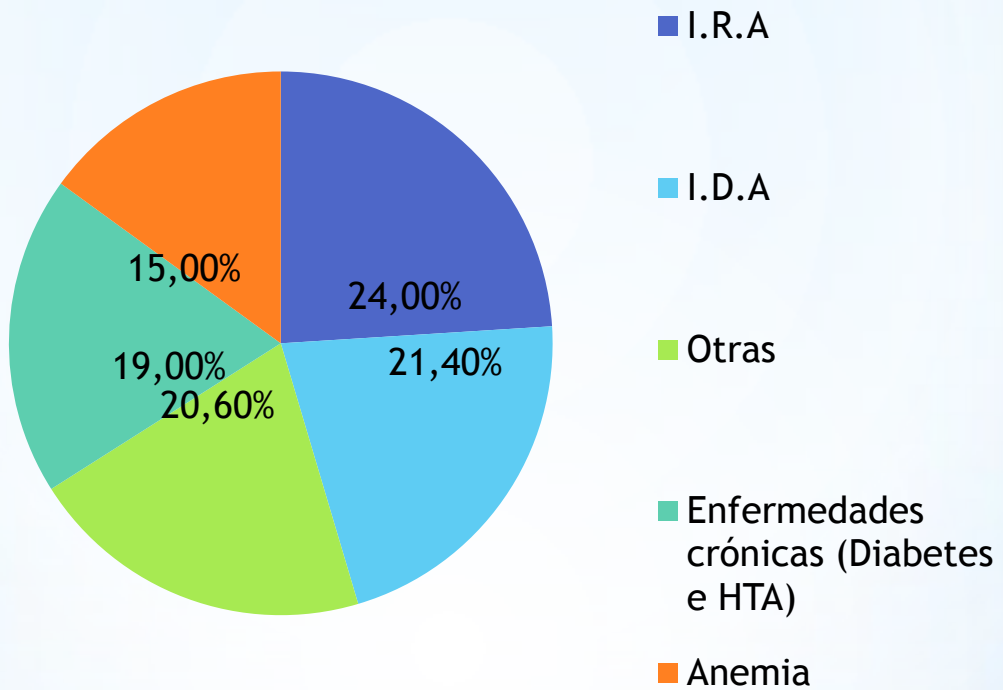
■ Porcentaje de niñas y niños vacunados respetando el calendario oficial
Percentage of children vaccinated in accordance with the immunization schedule

Fuente: Departamento de estadística MSP-RA 2016



Datos epidemiológicos

ENFERMEDADES MÁS PREVALENTES



Fuente: Departamento de estadística SIS MSP-RASD 2016



Principales causas de defunción

Cardiacas

Cancer

Respiratorias

Departamento de estadística SIS MSP-RASD 2016



Datos epidemiológicos

Prevalencia de anemia y malnutrición en mujeres embarazadas:

- ❖ Anemia leve y moderada **63,74%**.
- ❖ Anemia severa **8,35%**.
- ❖ Malnutricion **10,77%**.

Prevalencia de anemia y malnutrición en mujeres lactantes:

- ❖ Anemia **72%**.
- ❖ Malnutricion **5 %**.

Anemia y malnutrición infantil :

- ❖ Anemia **40%**.
- ❖ Malnutrición aguda global (GAM) < 5 años **5,5 %**.
- ❖ Malnutrición Aguda Severa (MAS) < 5 años **0,4 %**.

Departamento de estadística SIS MSP-RASD 2016



Los datos epidemiológicos muestran una clara relación entre morbilidad y ambiente tras 40 años de refugio en duras condiciones.

La carga de enfermedad es visiblemente alta en patologías asociadas a grupos vulnerables como la diabetes e HTA en mayores de 65 años; y la anemia y malnutrición en mujeres en edad fértil y menores de 5 años.



Mesa de Concertación y Coordinación en Salud

- **Naturaleza:** La Mesa de Concertación y Coordinación en Salud es un espacio para la coordinación, la concertación y la complementariedad entre todos los agentes que actúan bajo los auspicios del Ministerio de Salud Pública en el ámbito de la salud.
- **Objetivo:** es un instrumento para la mejora de la calidad y cobertura de la atención sanitaria a la población saharauí refugiada mediante la promoción de una cooperación en salud coordinada y coherente con las prioridades identificadas por el Ministerio de Salud Pública.



Cooperación en el sector de salud

Mesa de Concertación y Coordinación en Salud

Los principales instrumentos de la Mesa son los siguientes:

- 1 Asamblea Anual de la Mesa de Concertación y Coordinación.
- 7 Grupos de trabajo, con sus respectivos/as portavoces y antenas.
- Grupo de referentes históricos.
- Una reunión anual con agencias internacionales en Argel.
- 5 Plataformas en terreno, de celebración periódica.
- Reuniones extraordinarias que el Ministerio de Salud estime oportuno.



Comisiones Medicas Cooperantes

Comisiones quirúrgicas con presencia periódica en los Campamentos.

- Urología 2v/año
- Oftalmología 4v/año
- Cirugía general 2-3v/año
- ORL 2v/año
- Cirugía pediátrica 1v/año
- Odontología 2v/año

Total consultas (2016) 6354 consu



NOTA: A pesar de la presencia de estas comisiones, vemos la necesidad de otras como: Cirugía Maxilofacial, Cirugía Pediátrica, Gineco-obstetricia, Ortopedia y Traumatología.

Comisiones Medicas Cooperantes

Comisiones de atención primaria con presencia regular en los Campamentos.

- ❖ Mundubat y Leganes- Wilaya Auserd
- ❖ Granada - Wilaya Dajla
- ❖ Galicia – Wilaya Bojador
- ❖ ANARASD- Wilaya Aaiun
- ❖ Salud mental y cardiología- todas las Wilayas 1v/año
- ❖ Diabetologia e Hipertensión arterial 1v/año

total consultas (2016) 4686 consultas



NOTA: Consideramos la necesidad de comisiones de atención primaria en las Wilayas de Smara y Aaiun ,asi como otras especialidades como Medicina Interna,Cardiologia,Pediatría, Dermatologia.

Comisiones de Formación Continua

- UNICEF.
- OMC (fundación para la cooperación internacional).
- ERM.
- NCA.
- Alianza Sahara Salud .
- Médicos del Mundo .
- Medicus Mundi.
- Medico Internacional.
- Dental Coop.
- Ojos del Mundo .
- Universidad de JAEN.
- Fundación NEPP.
- ANARASD.
- Otros...



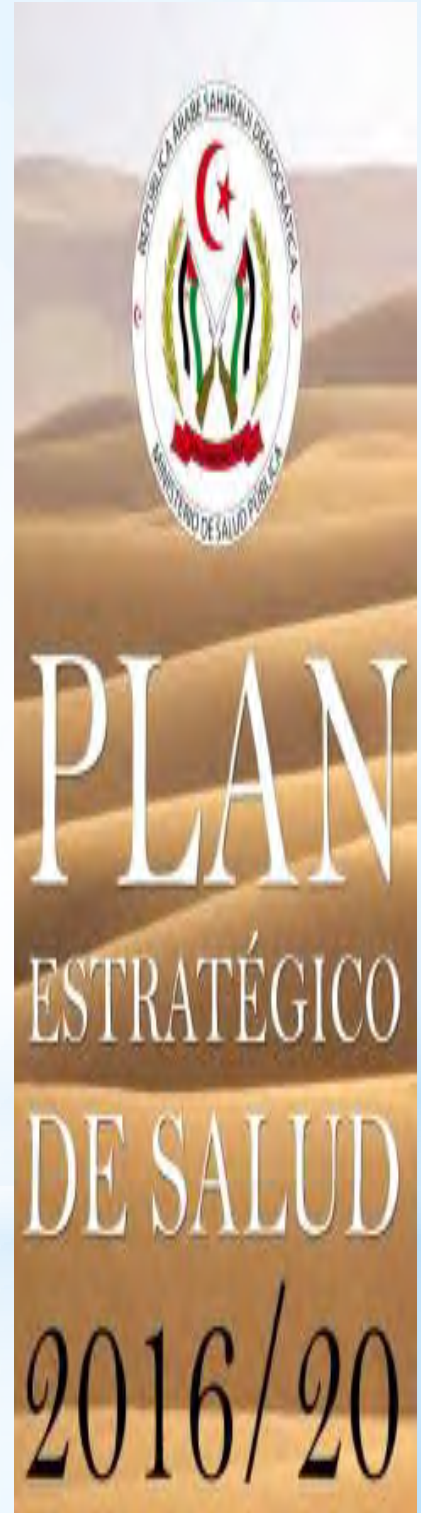
Retos y Prioridades

- Los programas de salud obtienen resultados, pero el sistema es frágil.
- El tema de incentivación monetaria a los profesionales, requiere soluciones urgentes.
- Formación: necesidad de mantener la formación continua del personal y su actualización profesional.
- La necesidad de mas comisiones medicas y quirurgicas para mejorar la calidad asistencial de la poblacion refugiada.
- Equipamiento medico para los servicios para hospitales.
- Medicamentos para urgencias, anestesias, psicofármacos y material fungible.
- Alimentación: mejora de la Canasta Básica y de su impacto en la salud.
- Desde el MSP existe la preocupación por la necesidad de dar solución a la potabilización del agua en todos los Campamentos.



Ejes Estratégicos

- Eje 1. Mejorar la gestión y el desempeño del personal de salud.
- Eje 2. Aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios básicos (preventivos y asistenciales).
- Eje 3. Incorporar la perspectiva de género en salud.
- Eje 4. Mejorar la transparencia de la información y la rendición de cuentas.
- Eje 5. Reforzar la colaboración intersectorial, con otras agencias y organizaciones y la participación de la sociedad civil.
- Eje 6. Lograr el compromiso político y humanitario para una financiación sostenible del sector salud.



Muchas Gracias

<http://www.msp-rasd.com>









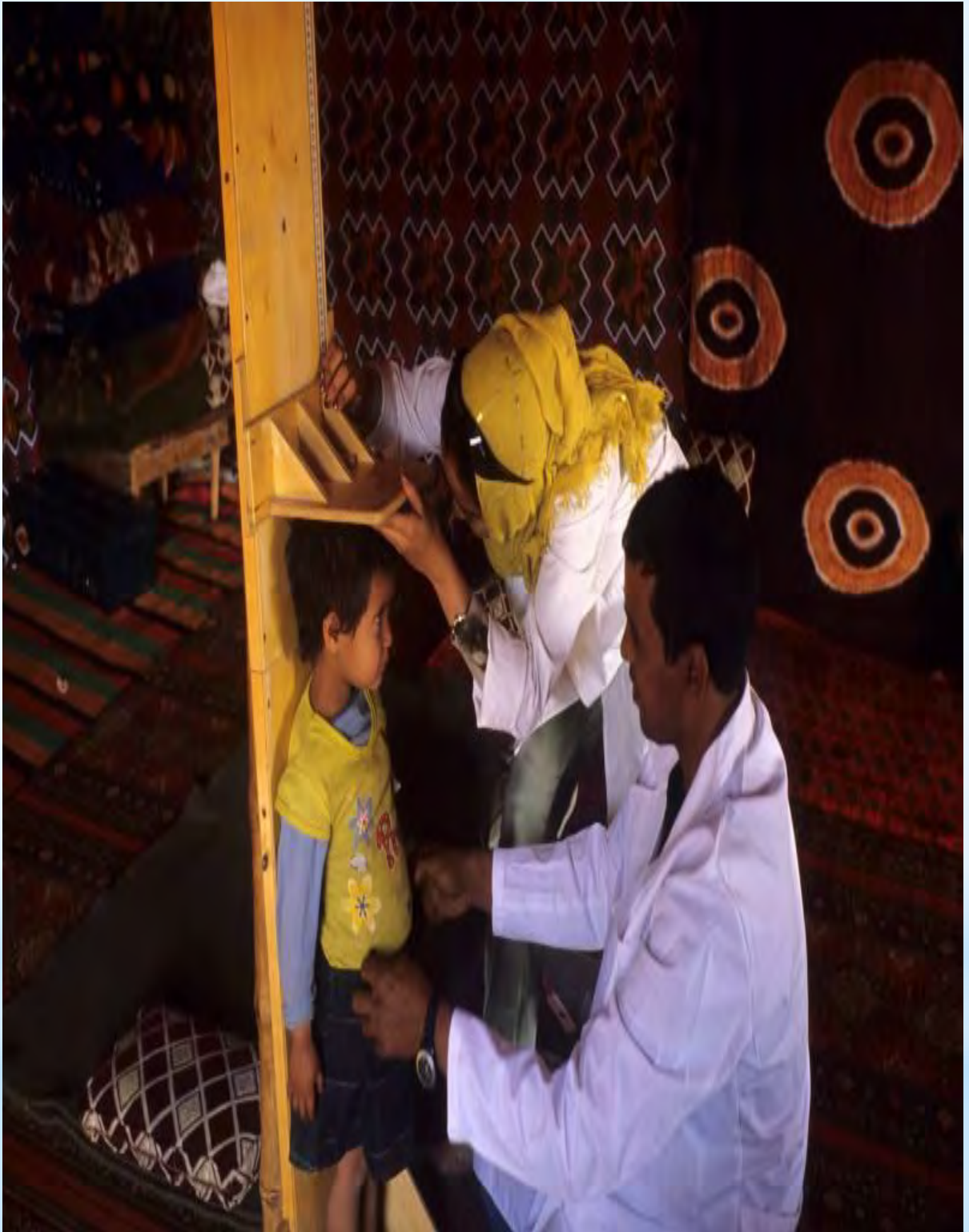






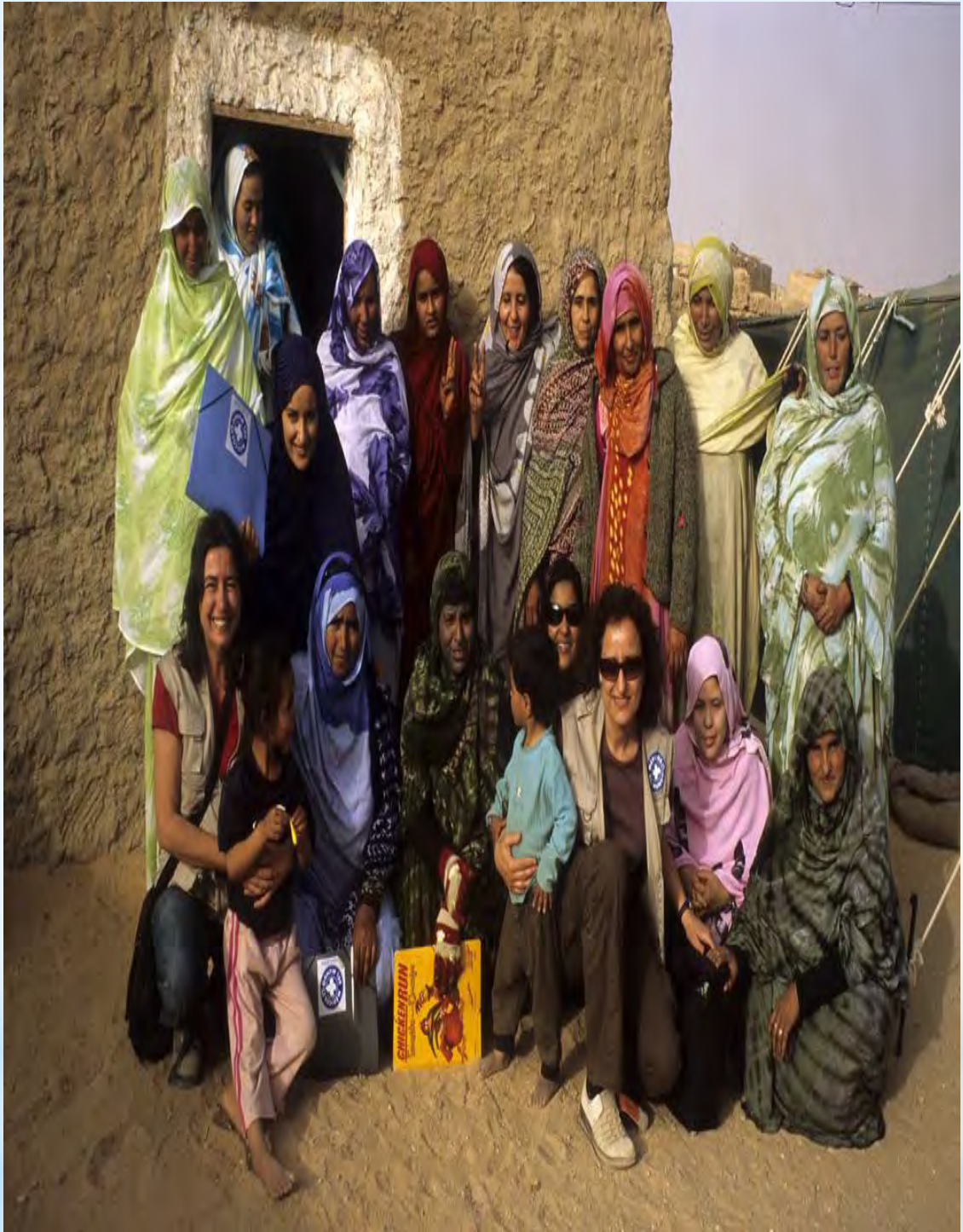


















OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



Pascual J Caballero

Fernández

Pediatra

La realidad de la atención sanitaria en el mayor campo de refugiados del mundo: Dadaab, Kenia.

**Mesa “La salud de los refugiados y las
personas desplazadas”**

Santander, 27 de Enero de 2017

**II Congreso de Cooperación Internacional
de la Organización Médica Colegial**

II CONGRESO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMC

OMC  ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA  FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

26 Y 27 ENERO 2017
SANTANDER



Conflicto de intereses



 COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS
DE CANTABRIA

OMC 

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

El ponente ha participado como pediatra en proyectos de **Médicos Sin Fronteras** en Dadaab y otras regiones del planeta.

El ponente declara no tener conflicto de interés económico con la siguiente presentación



DADAAB REFUGEE CAMPS, KENYA

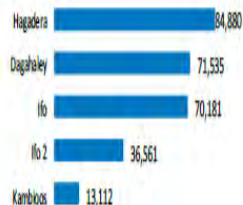
UNHCR DADAAB BI-WEEKLY UPDATE

16 - 31 December 2016

UPDATES

Population as of 31st December 2016: **275,529**

Refugees: 272,957
Asylum seekers: 2,572



HIGHLIGHTS

Voluntary repatriation

- In total, as of 31st December, 39,316 Somali refugees had returned home since 8th December 2014, when UNHCR started supporting voluntary return of Somali refugees in Kenya, out of which 33,725 were supported in 2016 alone. The number of flights has been significantly increased as it remains the only mean of transportation to Somalia. Returns movements by air are organised to Mogadishu, Kismayu and Baidoa.

- UNHCR Dadaab will resume road movements to Somalia on 16th January 2017 and the plan is to organize four convoys a week (each convoy will carry 350 – 500 refugees).

- Verification, assessment and screening is ongoing for the registered refugees who have protection, health concerns and People with Specific Needs. These cases will be verified before being processed at the voluntary repatriation desk.



Six-year-old Sidahmed was happy as his parents check in for the flight that took them home to Mogadishu, Somalia under UNHCR voluntary repatriation program.

Relocation to Kakuma

- UNHCR Dadaab had a meeting with the Gambella community in Ifo camp on 17th December in order to update them and clarify their concerns relating to the relocation process. They had some concerns with the postponement of their relocation which should have started on 16th December 2016, as they were the next group scheduled for relocation.

- The relocation flights for the non-Somali refugees will most likely resume in the second week of January 2017. Dadaab office is working on the preparation of manifests and sharing information with the community leaders in coordination with Refugee Affairs Secretariat (RAS) and other partners involved. The relocation will start with 1,401 refugees of the Gambella community from Ethiopia who are ready to be relocated.

Dadaab to Somalia: Pushed Back Into Peril



October 2016

Contenido de la presentación

1. Las **necesidades** humanitarias y médicas (principales problemas de salud) de la población refugiada.
2. El **trabajo** desde MSF, la coordinación con los actores humanitarios internacionales y las autoridades locales.
3. Los principales **retos** que los profesionales MSF enfrentan para proveer atención básica en el sistema sanitario de los campamentos



Somalia

بورجوب

Mogadishu

مقديشو

Merca

مركا

Baraawe

براوي

Haramka

حرمك

Afmadow

افمادوو

Jilib

جلب

Jamaame

جامامي

Hosingow

هوسنجو

Kismayo

كيسمايو

El Wak

Duse

Bardere

بارديرا

Dinsoor

Wajir

Marsabit

A2

Namunyak
Wildlife
Conservation
Trust

Kenya

Meru

A2

Nanyuki

Nyeri

Makuyu

Nairobi

A3

Kitui

Garissa

Dadaab

Liboi

Bura

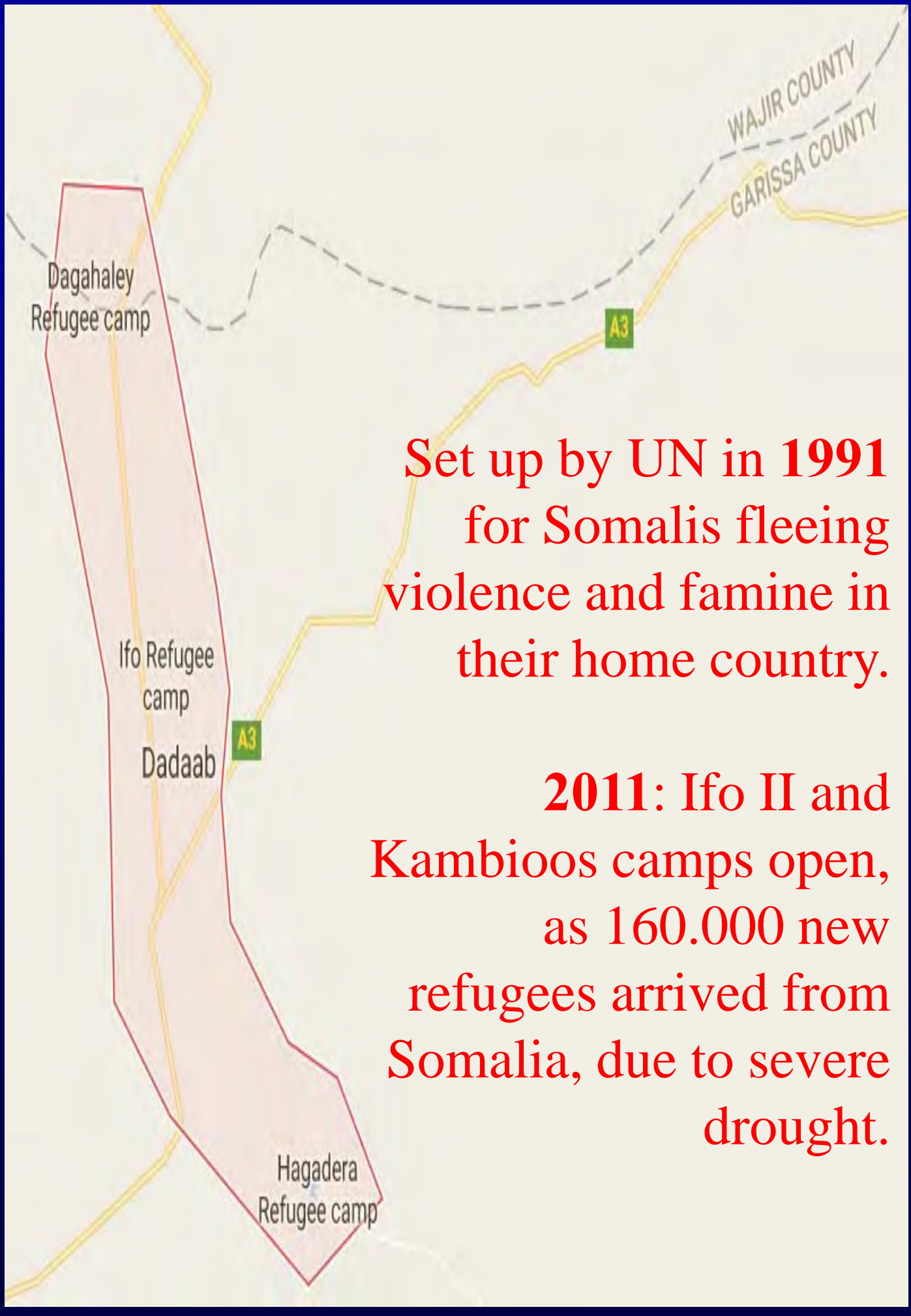
Ras Kamboni

Lamu

Tsavo East
National Park

A 104

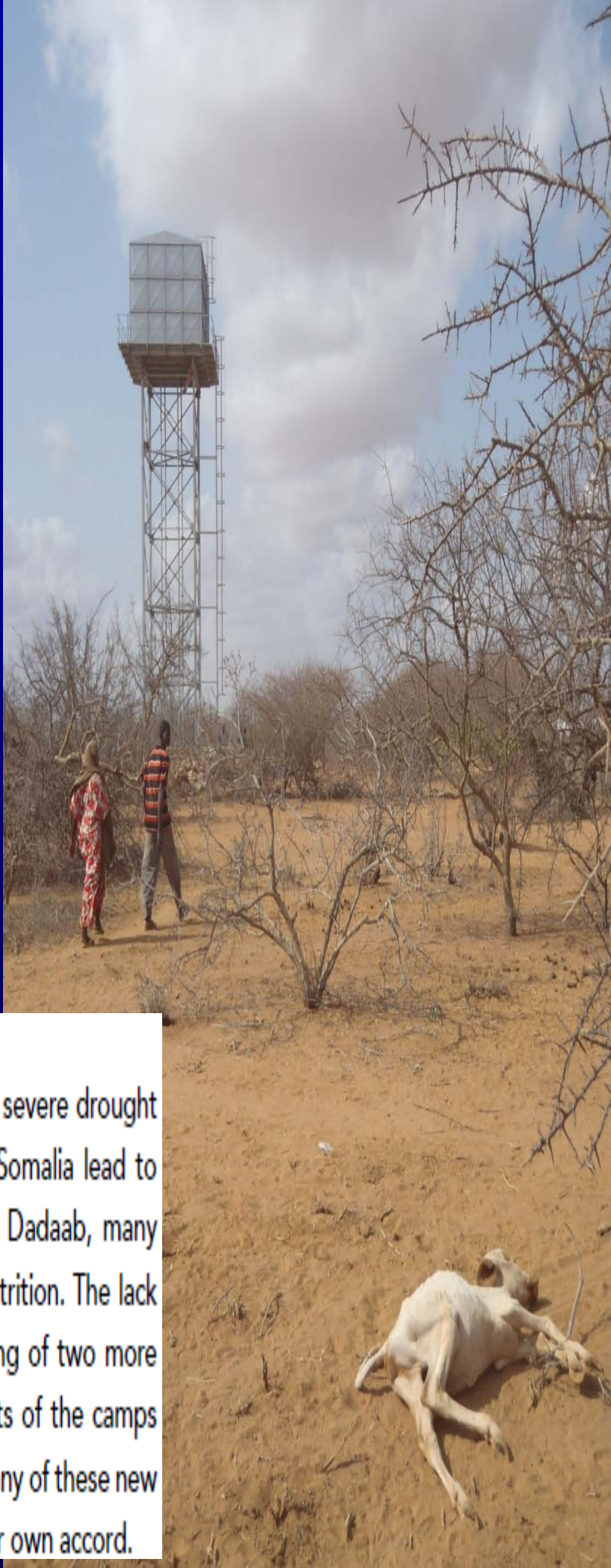




**Set up by UN in 1991
for Somalis fleeing
violence and famine in
their home country.**

**2011: Ifo II and
Kambioos camps open,
as 160.000 new
refugees arrived from
Somalia, due to severe
drought.**

2011: sequía y hambreu na en el Cuerno de África



2011

Dadaab comes to the world's attention when severe drought in the Horn of Africa and rising violence in Somalia lead to more than 160,000 more people arriving at Dadaab, many of them suffering from exhaustion and malnutrition. The lack of space for new arrivals prompts the opening of two more satellite camps, while the number of residents of the camps burgeons to more than 460,000 – although many of these new arrivals subsequently return to Somalia of their own accord.

Construcción de los campos

In July 2011, due to a drought in Eastern Africa, over 1.000 people per day were arriving in need of assistance.

The influx reportedly placed great strain on the base's resources, as the capacity of the camps was around 90.000, whereas the camps hosted 439.000 refugees in of July 2011 according to the UNHCR.

**Emergencia aguda sobre
una crónica: suburbios en
los campos**















Pirámide de Maslow: necesidades del ser humano



The TOP TEN priorities

Initial assessment

Measles immunization

Water and sanitation

Food and nutrition

Shelter and planning

Emergency health care

Control comm.

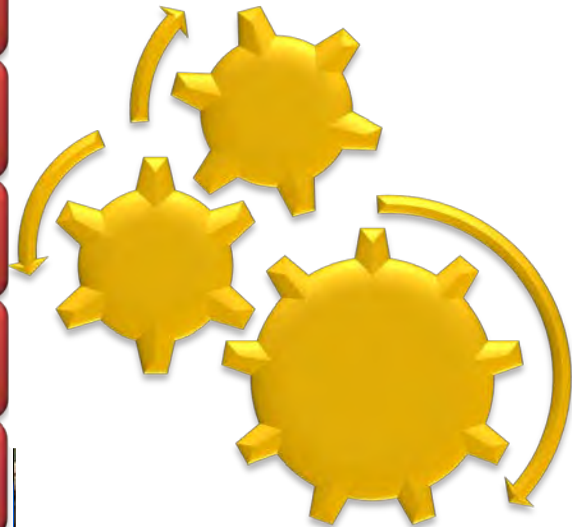
Diseases/epidemics

Public health surveillance

Human resources and
training

Coordination

Security



10 prioridades en emergencias

1. **Initial assessment = Evaluación inicial**
2. Measles immunization = Vacunación de sarampión
3. Water and sanitation = Agua y excretas
4. Food and nutrition programs = Alimentación, programa nutricional
5. Shelters and site planning = Refugio
6. Emergency health care = Servicios médicos básicos de emergencia
7. Control of communicable diseases & epidemics = Epidemias
8. Surveillance system = Sistema de vigilancia
9. Human resources & training = Formación de recursos humanos
10. Co-ordination and Security = Coordinación y gestión de la seguridad



Initial assessment **Evaluación inicial**







10 prioridades en emergencias

1. Initial assessment = Evaluación inicial
2. **Measles immunization = Vacunación de sarampión**
3. Water and sanitation = Agua y excretas
4. Food and nutrition programs = Alimentación, programa nutricional
5. Shelters and site planning = Refugio
6. Emergency health care = Servicios médicos básicos de emergencia
7. Control of communicable diseases & epidemics = Epidemias
8. Surveillance system = Sistema de vigilancia
9. Human resources & training = Formación de recursos humanos
10. Co-ordination and Security = Coordinación y seguridad



Vacunación de sarampión





UNHCR
The UN
Refugee Agency

UNHCR
The UN
Refugee Agency

UNHCR
The UN
Refugee Agency

UNHCR
The UN
Refugee Agency

UNHCR
The UN
Refugee Agency

UNHCR
The UN
Refugee Agency

NOVA
SCLINAGE

MSF-S

10 prioridades en emergencias

1. Initial assessment = Evaluación inicial
2. Measles immunization = Vacunación de sarampión
3. **Water and sanitation = Agua y excretas**
4. Food and nutrition programs = Alimentación, programa nutricional
5. Shelters and site planning = Refugio
6. Emergency health care = Servicios médicos básicos de emergencia
7. Control of communicable diseases & epidemics = Epidemias
8. Surveillance system = Sistema de vigilancia
9. Human resources & training = Formación de recursos humanos
10. Co-ordination and Security = Coordinación y seguridad



Provisión de agua potable



Planning Guidelines for Minimum Water Quantities for Institutions and Other Uses

Health centres and hospitals	5 litres/out-patient 40-60 litres/in-patient/day Additional quantities may be needed for laundry equipment, flushing toilets, etc.
Cholera centres	60 litres/patient/day 15 litres/carer/day
Therapeutic feeding centres	30 litres/in-patient/day 15 litres/carer/day
Schools	3 litres/pupil/day for drinking and hand washing (use for toilets not included: see below)
Mosques	2-5 litres/person/day for washing and drinking
Public toilets	1-2 litres/user/day for hand washing 2-8 litres/cubicle/day for toilet clearing
All flushing toilets	20-40 litres/user/day for conventional flushing toilets connected to a sewer 3-5 litres/user/day for pour-flush toilets
Anal washing	1-2 litres/person/day
Livestock	20-30 litres/large or medium animal/day 5 litres/small animal/day
Small-scale irrigation	3-6mm/m ² /day, but can vary considerably

5-20 litros
/ persona
/ día



Construcción de letrinas



Centros de tratamiento de cólera



10 prioridades en emergencias

1. Initial assessment = Evaluación inicial
2. Measles immunization = Vacunación de sarampión
3. Water and sanitation = Agua y excretas
4. **Food and nutrition programs = Alimentación, programa nutricional**
5. Shelters and site planning = Refugio
6. Emergency health care = Servicios médicos básicos de emergencia
7. Control of communicable diseases & epidemics = Epidemias
8. Surveillance system = Sistema de vigilancia
9. Human resources & training = Formación de recursos humanos
10. Co-ordination and Security = Coordinación y seguridad



WHEAT SOYA BLEND PLUS

ENRICHED WITH 12 VITAMINS AND 6 MINERALS

WITH ADDED SUGAR

GIFT FROM THE PEOPLE OF JAPAN



WE P





Distribución de alimentos y NFI



10 prioridades en emergencias

1. Initial assessment = Evaluación inicial
2. Measles immunization = Vacunación de sarampión
3. Water and sanitation = Agua y excretas
4. Food and nutrition programs = Alimentación, programa nutricional
5. **Shelters and site planning = Refugio, cobijo, non food items**
6. Emergency health care = Servicios médicos básicos de emergencia
7. Control of communicable diseases & epidemics = Epidemias
8. Surveillance system = Sistema de vigilancia
9. Human resources & training = Formación de recursos humanos
10. Co-ordination and Security = Coordinación y seguridad





Refugio, cobijo

10 prioridades en emergencias

1. Initial assessment = Evaluación inicial
2. Measles immunization = Vacunación de sarampión
3. Water and sanitation = Agua y excretas
4. Food and nutrition programs = Alimentación, programa nutricional
5. Shelters and site planning = Refugio
6. **Emergency health care**
= Servicios médicos básicos de emergencia
7. Control of communicable diseases & epidemics = Epidemias
8. Surveillance system = Sistema de vigilancia
9. Human resources & training = Formación de recursos humanos
10. Co-ordination and Security = Coordinación y seguridad



Sanidad en los campos

Dadaab and the region have suffered a myriad of **emergencies** over the years:

- malnutrition crises,
- droughts & floods
- deadly epidemic of Rift Valley fever.
- sporadic outbreaks measles, cholera
- polio imported from Somalia (no EPI)
- sharp rise in cases of sexual violence.

Patología prevalente en embarazadas

- **Malnutrición**
- **Anemia, enf carenciales**
- **Infecciones perinatales**
- **Hemorragias**
- **Pre-eclampsia**
- **Distocias del parto**



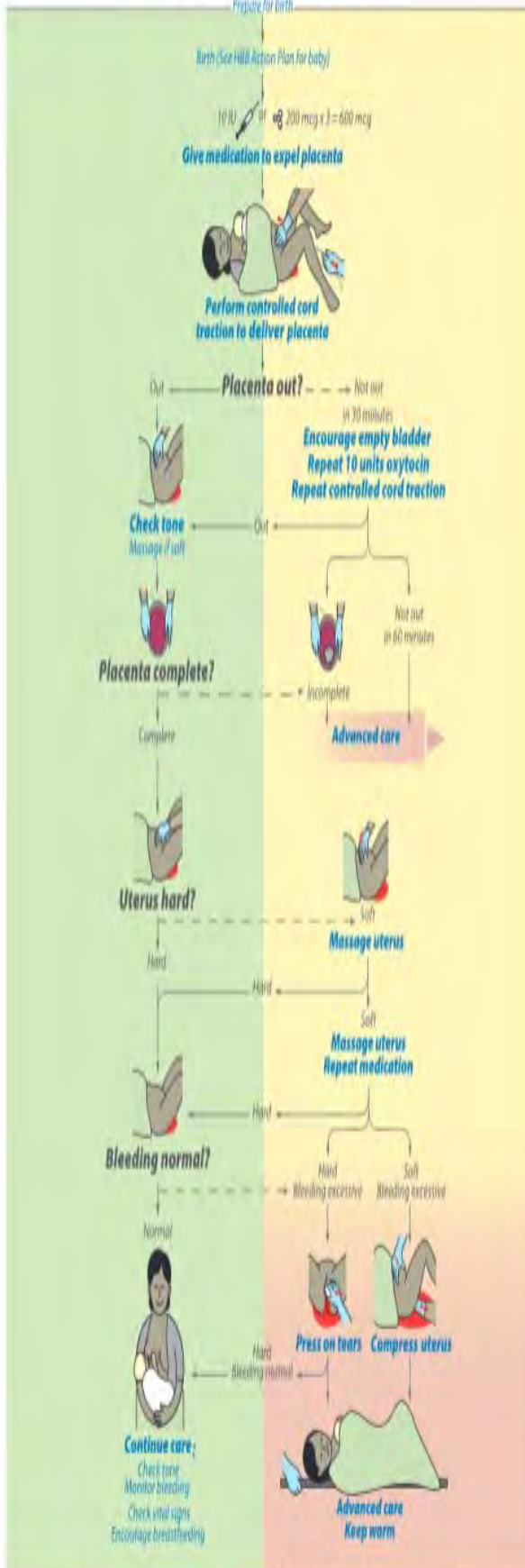
Patología prevalente en recién nacidos

- Infecciones congénitas
- Infecciones perinatales
- Prematuridad
- Bajo peso al nacer
- Encefalopatía hipóxico-isquémica
- Sd distress respiratorio del recién nacido



Helping Mothers Survive

Bleeding after Birth



Helping Mothers Survive

Helping Babies Breathe

Helping Babies Breathe

Facilitator Flip Chart



Patología prevalente en niños

- Infecciones respiratorias, neumonía
- Patología gastrointestinal, diarrea
- Parasitosis intestinales y cutáneas
- Malnutrición crónica y aguda
- Anemias (drepanocitosis, carenciales ...)
- Sarampión. Paludismo
- Fiebre tifoidea
- Encefalitis, meningitis
- Tuberculosis, HIV, etc



Servicios médicos básicos en emergencias

- **OPD: Outpatient department = Consultas externas**
- **EPI = Programa de vacunación / campañas de rescate**
- **SFP = Supplementary feeding program**
- **ATFC, CRENAS = SAM Ambulatorio**
- **ITFC, CRENI = SAM Inpatients**
- **SRH, ANC: Sexual reproductive health & Antenatal care = Family planning, partos, *mamá taxi***
- **Sexual and Gender Based Violence (SGBV)**
- **Mental Health = Salud mental**





Health Center Ifo II
South



PHARMACY STOCK

ABR...
ABR...
ABR...

MAD...
MAD...
MAD...

CH...
CH...
CH...

ZAHA-100
ZAHA-100
ZAHA-100

Stacks of white boxes with pink and white labels.

Black and yellow containers.

Stacks of white boxes with green and white labels.

Stacks of green boxes.

EDICINS SANS PRO
EXTRA ITEMS
EMP...
CARRIED

CHM

03/2011

**Malnutrición
aguda severa**

Marasmo

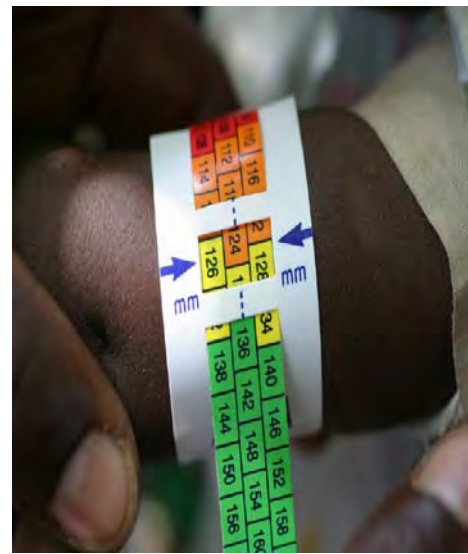


Alta mortalidad

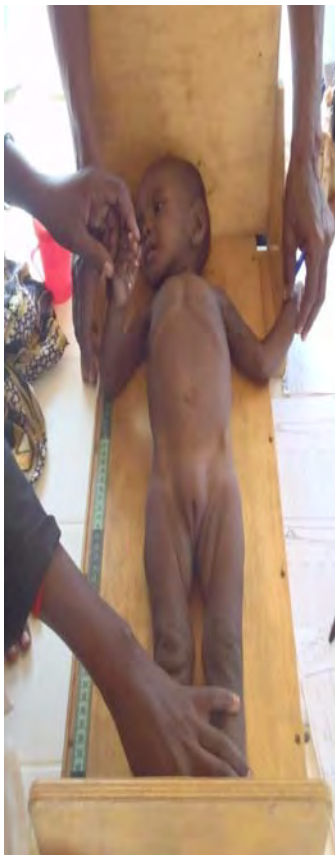




Peso



Perímetro braquial (MUAC)



Talla

Edema nutricional





PHILIPS
INTERNATIONAL
PHILIPS DURNING FESTIVAL 2007

NutriSet
RUTE F-10

Servicios médicos, hospitalización

NIVELES DE ATENCIÓN DE SALUD EN FASE DE EMERGENCIA

NIVEL	Nº ESTRUCTURAS	ACTIVIDADES	RECURSOS HUMANOS
Hospital de referencia	Variable según situación	Emergencias obstétricas Cirugía Laboratorio de referencia	Variable 1 enfermera/20-30 camas guardias de 8h
Centro de Salud	1/10.000-30.000 personas	Triaje Consulta externa (OPD) Curas y hipodermias TRO Emergencia (24h) Sala de partos Cirugía menor Farmacia Hospitalización general (IPD) Transfusiones	Staff sanitario min = 5 1 médico 1 enfermero/50 consultas/día 1 agente de TRO 1 agente farmacia 1 agente curas 1-2 agentes de registro y admisión 1-3 guardas 1-3 agentes de higiene
Puesto de Salud periférico	1/3.000-5.000 personas	OPD TRO Curas Vigilancia epidemiológica	Staff = 2-5 Mínimo 1 enfermo calificado Idem Standares
Actividades extra-muros (visitas domiciliarias)	Variable según situación	Recolección de datos Visitas domiciliarias Despistajes activos Referencias Educación sanitaria IES	1 agente de visita/500-1000 personas 1 supervision / 10 agentes 1 coordinador



Servicios médicos, hospitalización

Each month, MSF teams in Dagahaley camp provide an average of:

12,622 outpatient consultations

685 people admitted to hospital

967 antenatal consultations

285 deliveries in maternity ward

68 malnourished children treated in inpatient feeding centre

62 surgical operations

400 patients cared for in the mental health programme

37 terminally ill patients provided with palliative care







Secuelas neuroológicas graves

perinatal
meningitis
neuropaludismo
intoxicaciones

**Problemas
ortopédicos:
congénitos,
polio,
violencia**





**Mutilados
(contexto bélico de
Somalia,
aspectos socio culturales)**

Noma, tratamiento especializado, referral





**Necesidad de
tratamiento
especializado**

...

...

**no siempre
disponible**

Salud mental



10 prioridades en emergencias

1. Initial assessment = Evaluación inicial
2. Measles immunization = Vacunación de sarampión
3. Water and sanitation = Agua y excretas
4. Food and nutrition programs = Alimentación, programa nutricional
5. Shelters and site planning = Refugio
6. Emergency health care = Servicios médicos básicos de emergencia
7. **Control of communicable diseases & epidemics = Epidemias**
8. **Surveillance system = Sistema de vigilancia epidemiológica**
9. Human resources & training = Formación de recursos humanos
10. Co-ordination and Security = Coordinación y seguridad



Sistema de vigilancia epidemiológica

MAIN KILLERS

Weekly incidence rate

Proportional morbimortality

- Malaria
- Malnutrition
- Diarrhoea
- Measles
- Respiratory infections

EPIDEMIC DISEASES

Attack rate and CFR

- Cholera
- Measles
- Meningitis

MALNUTRITION: Prevalence of SAM & GAM



10 prioridades en emergencias

1. Initial assessment = Evaluación inicial
2. Measles immunization = Vacunación de sarampión
3. Water and sanitation = Agua y excretas
4. Food and nutrition programs = Alimentación, programa nutricional
5. Shelters and site planning = Refugio
6. Emergency health care = Servicios médicos básicos de emergencia
7. Control of communicable diseases & epidemics = Epidemias
8. Surveillance system = Sistema de vigilancia epidemiológica
9. **Human resources & training = Formación de recursos humanos**
10. Co-ordination and Security = Coordinación y seguridad



Recursos humanos y formación

- El reclutamiento, la gestión y la formación de los recursos humanos son tareas esenciales que no deben ser improvisadas.
- Determinación de RRHH necesarios de acuerdo a las actividades a realizar (no al contrario)
- Establecer descripciones o perfiles de puesto
- Líderes locales, clanes: origen de conflictos

Gestión de la seguridad

II







UNHCR
The UN
Refugee Agency

UNHCR
The
Refugee Agency



VEDECT
SIS FIO FIE

10 prioridades en emergencias

1. Initial assessment = Evaluación inicial
2. Measles immunization = Vacunación de sarampión
3. Water and sanitation = Agua y excretas
4. Food and nutrition programs = Alimentación, programa nutricional
5. Shelters and site planning = Refugio
6. Emergency health care = Servicios médicos básicos de emergencia
7. Control of communicable diseases & epidemics = Epidemias
8. Surveillance system = Sistema de vigilancia epidemiológica
9. Human resources & training = Formación de recursos humanos
- 10. Co-ordination and Security = Coordinación y seguridad**



Coordinación = Cluster

- Prioridad general menospreciada y olvidada
- Sin adecuada coordinación un programa de asistencia humanitaria puede convertirse en desastre: áreas no cubiertas, duplicación de esfuerzos, confusión de la población.
- **Coordinación** = organización integral de diferentes actividades de asistencia bajo un liderazgo aceptado y una adecuada comunicación con objetivos comunes
- Necesaria en cada nivel de la asistencia



Emergency response capacities

Water

Food

Non-food items

Shelter

Sanitation

Health services

WHO
WHAT
WHERE
HOW

Local
authorities

NGOs

UN agencies

Coordinación de los campos Dadaab

When refugees arrived at the camp, registered & fingerprinted by the **Kenyan government**.

Camps are managed by the **UNHCR**, with other organizations in charge of specific aspects:

- **CARE** oversees social services
- **World Food Programme (WFP)** distributes rations.
- **Médecins Sans Frontières (MSF)**: health-care,
- **German Technical Cooperation (GTZ)**: health-care,
- **Red Cross**: health-care, sanitation, and clean water
- **Oxfam** sanitation and clean water





VERIF FRANCE FOLLOW UP

STATION (NAME) CONTACT INFORMATION

Milo 4	76306	KAC 564
Milo 5	20625 20472	IM 580
Milo 6	19445	19247
Milo 9	15215	KAY 630
Milo 11	13117	KBP 641

TSF

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31									

Handwritten note on a piece of paper pinned to the wall.



x Nairba

x Ijara

Handwritten notes and a small table on the right side of the whiteboard.

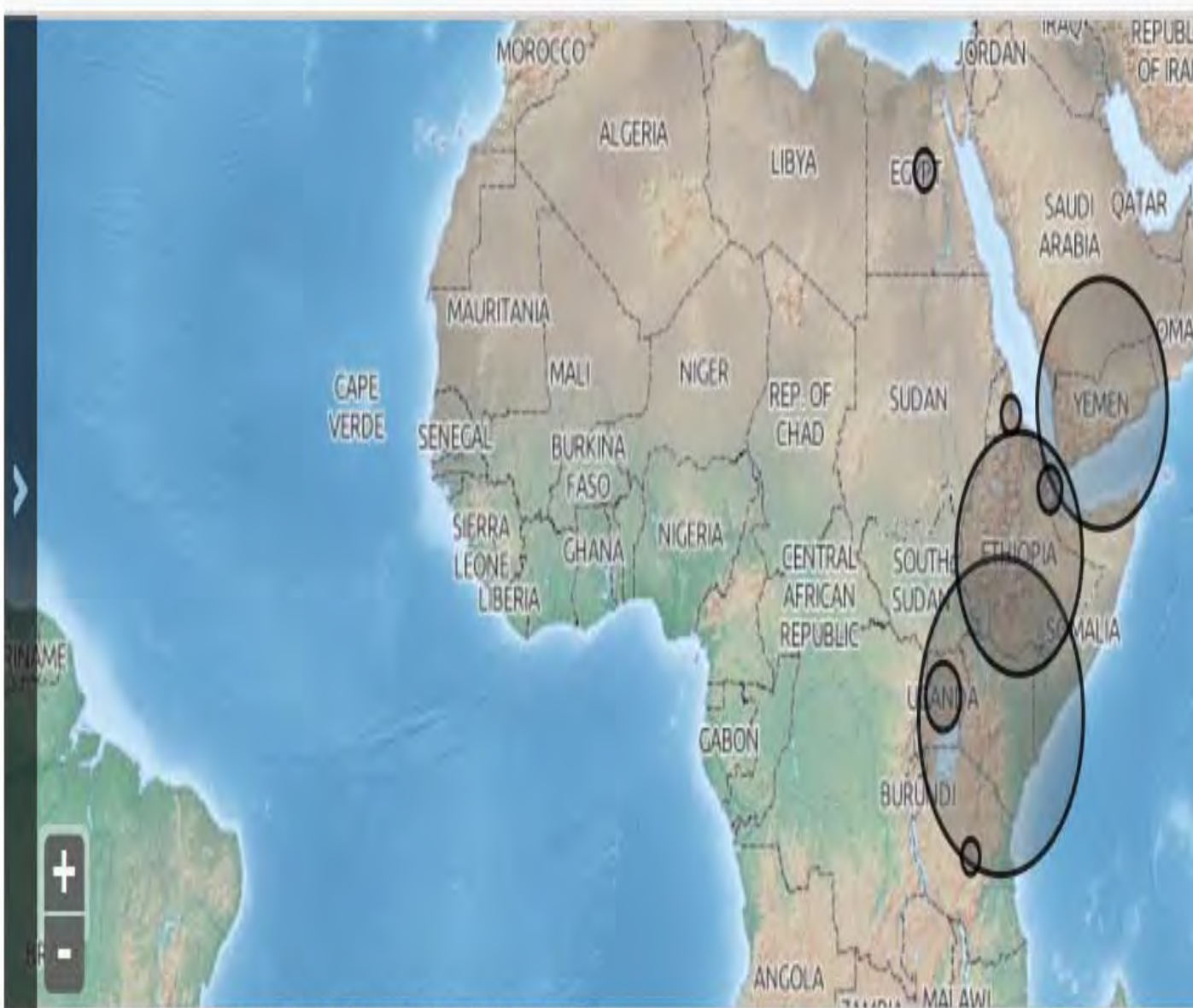
Desk area containing a laptop, keyboard, printer, and other office equipment. A black office chair is positioned in front of the desk.







<http://data.unhcr.org/horn-of-africa/regional.php>



This map does not imply official endorsement or acceptance by the United Nations

Registered Somali Refugee Population

895,280

Households*

132,813



DADAAB REFUGEE CAMPS, KENYA

UNHCR DADAAB BI-WEEKLY UPDATE

16 - 31 December 2016

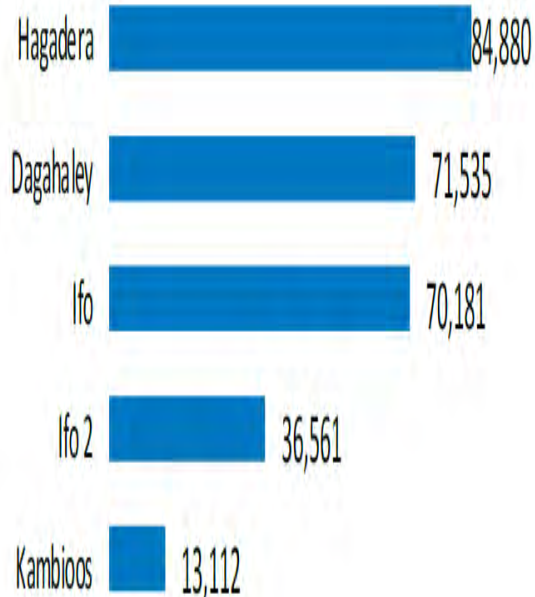


UPDATES

Population as of 31st December 2016: **275,529**

Refugees: 272,957

Asylum seekers: 2,572



**United Nations High Commissioner for
Refugees (UNHCR)**

www.unhcr.org

Cierre de los campos Dadaab & Kakuma, Kenia

Kenya will close the world's largest refugee camp at Dadaab (Garissa county), also Kakuma camp (Turkana), may 2017, saying it harbours terrorists.



MEDECINS
SANS FRONTIERES

**Dadaab to Somalia:
Pushed Back Into Peril**

October 2016

Repatriació
n /
Reasentami
ento



DADAAB REFUGEE CAMPS, KENYA
UNHCR DADAAB BI-WEEKLY UPDATE
16 - 31 December 2016

UPDATES

Population as of 31st December 2016: **275,529**

Refugees	272,857
Asylum seekers	2,672

Dadaab	184,880
Idi	71,555
Idj	70,181
Idk	36,561
Kakuma	33,112

HIGHLIGHTS

Voluntary repatriation

- In total, as of 31st December, 39,316 Somali refugees had returned home since 9th December 2014, when UNHCR started supporting voluntary return of Somali refugees in Kenya, out of which 33,725 were supported in 2016 alone. The number of flights has been significantly increased as it remains the only mean of transportation to Somalia. Returns movements by air are organized to Mogadishu, Kismayo and Baidoa.
- UNHCR Dadaab will resume road movements to Somalia on 16th January 2017 and the plan is to organize four convoys a week (each convoy will carry 350 – 500 refugees).
- Verification, assessment and screening is ongoing for the registered refugees who have protection, health concerns and People with Specific Needs. These cases will be verified before being processed at the voluntary repatriation desk.



11-year-old Sid Ahmed was happy as his parents check in for the flight that took them home to Mogadishu, Somalia under UNHCR voluntary repatriation program.

Relocation to Kakuma

- UNHCR Dadaab had a meeting with the Gambella community in its camp on 17th December in order to update them and clarify their concerns relating to the relocation process. They had some concerns with the postponement of their relocation which should have started on 16th December 2016, as they were the next group scheduled for relocation.
- The relocation flights for the non-Somali refugees will most likely resume in the second week of January 2017. Dadaab office is working on the preparation of manifests and sharing information with the community leaders in coordination with Refugee Affairs Secretariat (RAS) and other partners involved. The relocation will start with 1,401 refugees of the Gambella community from Ethiopia who are ready to be relocated.

DADAAB REFUGEE CAMPS, KENYA

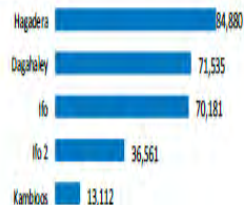
UNHCR DADAAB BI-WEEKLY UPDATE

16 - 31 December 2016

UPDATES

Population as of 31st December 2016: **275,529**

Refugees: 272,957
Asylum seekers: 2,572



HIGHLIGHTS

Voluntary repatriation

- In total, as of 31st December, 39,316 Somali refugees had returned home since 8th December 2014, when UNHCR started supporting voluntary return of Somali refugees in Kenya, out of which 33,725 were supported in 2016 alone. The number of flights has been significantly increased as it remains the only mean of transportation to Somalia. Returns movements by air are organised to Mogadishu, Kismayu and Baidoa.

- UNHCR Dadaab will resume road movements to Somalia on 16th January 2017 and the plan is to organize four convoys a week (each convoy will carry 350 – 500 refugees).

- Verification, assessment and screening is ongoing for the registered refugees who have protection, health concerns and People with Specific Needs. These cases will be verified before being processed at the voluntary repatriation desk.



Six-year-old Sidahmed was happy as his parents check in for the flight that took them home to Mogadishu, Somalia under UNHCR voluntary repatriation program.

Relocation to Kakuma

- UNHCR Dadaab had a meeting with the Gambella community in Ifo camp on 17th December in order to update them and clarify their concerns relating to the relocation process. They had some concerns with the postponement of their relocation which should have started on 16th December 2016, as they were the next group scheduled for relocation.
- The relocation flights for the non-Somali refugees will most likely resume in the second week of January 2017. Dadaab office is working on the preparation of manifests and sharing information with the community leaders in coordination with Refugee Affairs Secretariat (RAS) and other partners involved. The relocation will start with 1,401 refugees of the Gambella community from Ethiopia who are ready to be relocated.

Dadaab to Somalia: Pushed Back Into Peril

October 2016



10 prioridades en emergencias

- 1. Initial assessment = Evaluación inicial**
- 2. Measles immunization = Vacunación de sarampión**
- 3. Water and sanitation = Agua y excretas**
- 4. Food and nutrition programs = Alimentación, programa nutricional**
- 5. Shelters and site planning = Refugio**
- 6. . Emergency health care = Servicios médicos básicos**
- 7. Control of communicable diseases & epidemics = Epidemias**
- 8. Surveillance system = Sistema de vigilancia**
- 9. Human resources & training = Formación de recursos humanos**
- 10. Co-ordination and Security = Coordinación y seguridad**



Reflexión

Pese al compromiso de las ONGs y la sociedad civil, la responsabilidad de los gobiernos y agencias internacionales es fundamental y necesaria:

1.- para evitar o minimizar los conflictos que originan flujos migratorios,

2.- para responder adecuadamente a corto y largo plazo a las necesidades de las poblaciones desplazadas.



MUCHOS AÑOS
COMBATIENDO
EPIDEMIAS NOS HAN
ENSEÑADO
QUE LO MÁS CONTAGIOSO



ES
LA RISA



Sacar el agua

Construir latrinas

Levantar hospitales

Vacunar

Estar higiénico

Esto es lo que contagia

cada vez que nos ayudan

Contagiar salud

Contagiar esperanza



¡¡ MUCHÍSIMAS
GRACIAS POR SU
ATENCIÓN !!



II CONGRESO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMC

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

26 Y 27 ENERO 2017
SANTANDER



COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS
DE CANTABRIA

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

pascualcaballero@hotmail.com
ail.com



www.msf.es

www.msf.org

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



de izquierda a derecha:

Dr. Pascual Caballero. Profesional médico de Médicos Sin Fronteras.

D. Jorge Gutiérrez. Director general de Juventud y Cooperación al Desarrollo del Gobierno de Cantabria

D. Emilio Romero Trigo. Enfermero de Cruz Roja .

Dr. Mohamed Lamin Deddi. Ministro de salud de la República Árabe Saharaui Democrática (RASD)



Dr. Mohamed Lamin Deddi. Ministro de salud de la República Árabe Saharaui Democrática (RASD)



Dr. Pascual Caballero. Profesional médico de Médicos Sin Fronteras.



D. Emilio Romero Trigo. Enfermero de Cruz Roja

Panel

OMC 

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

La misión
médica en
contextos
violencia

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



ICRC

ASISTENCIA DE SALUD EN PELIGRO

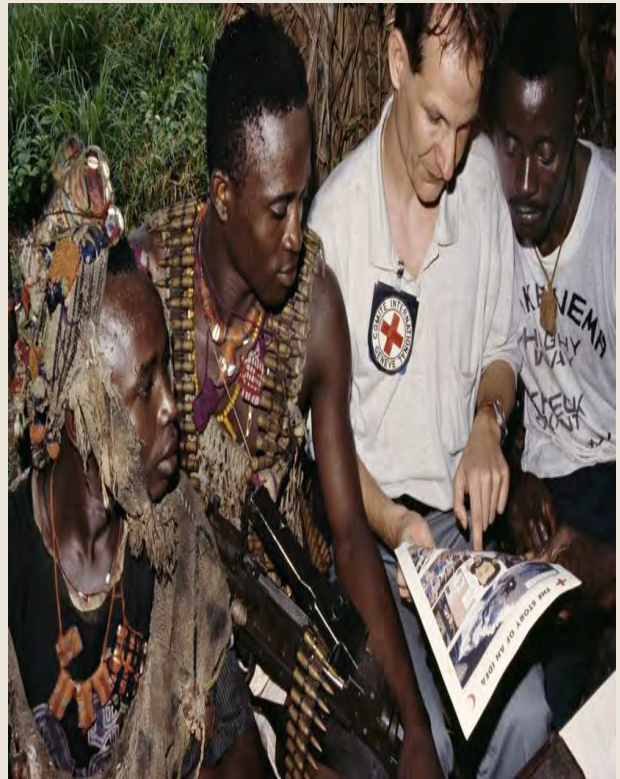
*Una cuestión de **vida** o muerte*



II Congreso de Cooperación Internacional de la OMC 27.01.2017
Giovanni Trambaiolo, Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR)



ICRC





ICRC

Aleppo, Siria, 2016



A damaged hospital in Aleppo, Syria. © CC BY-NC-ND / ICRC / Ricardo Garcia Vilanova, 2016

“Nadie quiere vivir cerca de un hospital en Aleppo”



ICRC

Yemen, 2016

Más de 160 ataques contra personal y instalaciones de salud en los dos años del conflicto



Mueren en promedio 20 personas por día: no hay medicamentos disponibles, y los hospitales no funcionan





ICRC

Pakistan, Quetta, 2016



Ataque causando 70 muertos y numerosos heridos, incluso personal del hospital

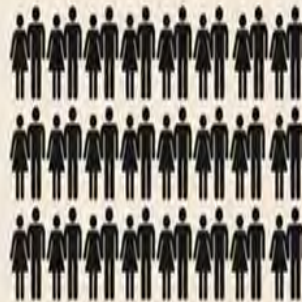


ICRC

ESTUDIOS CICR: UN PROBLEMA GRAVE Y GENERALIZADO

- 11 países analizados
- Varias fuentes de información
- Cerca de 2.400 ataques recogidos

- + 90% de los operadores de salud afectados son nacionales



More than **4,200** people were victims of violence against health care.



Over **50%** of attacks were around, inside or targeted health-care facilities.



598 health-care workers were killed or beaten / wounded.



Over **700** medical transports were affected, directly or indirectly.



ICRC

Servicios de salud afectados por la violencia



Personal



Transporte



Instalaciones



Instalaciones



ICRC

¿QUÉ CLASE DE VIOLENCIA?



- ataques contra las ambulancias
- retrasos en los puestos de control militar
- discriminación de pacientes

- utilización de armas explosivas en proximidad de los hospitales
- ocupación/uso abusivo de la estructura de salud
- robo de medicamentos
- detención de pacientes contra el aviso médico
- agresión del personal de salud



ICRC

El Proyecto “Health Care in Danger” (“Asistencia de Salud en Peligro”)

- Recolección de datos
- Sensibilizar la opinión pública
- Movilizar actores implicados y reunir expertos
- Elaborar medidas recomendaciones y determinar mejores prácticas





ICRC

ENCONTRAR SOLUCIONES ...JUNTOS





ICRC

HCiD: Mobilization at global level: Consultations

Issues for global consultations	Location
1. <u>Military practice: from training to operational orders</u>	Sydney - December 2013
2. <u>RC/RC Societies response to HCiD</u>	Oslo - December 2012 Teheran - February 2013
3. <u>Ambulances and pre-hospital services</u>	Mexico - May 2013
4. <u>Responsibilities and rights of health-care personnel</u>	London - April 2012 Cairo - December 2012
5. <u>Preparedness and Security of Health-Care Facilities</u>	Pretoria - April 2014 Ottawa - September 2013
6. <u>National legislation and penal repression</u>	Brussels - January 2014
7. <u>Civil society: mobilizing opinion and religious leaders</u>	Dakar - April 2013
8. <u>Non-State Armed Groups</u>	Dialogue in various countries in 2013-14
9. <u>Ethical Principles of Health Care</u>	Workshops/consultations with partners 2014



ICRC



IFMSA

International Federation of
Medical Students' Associations



CICR

HEALTH IT'S A
CARE MATTER
IN OF LIFE
DANGER & DEATH



SAFEGUARDING
HEALTH
IN CONFLICT





ICRC

Seguridad de las
instalaciones
de salud

Prácticas militares y de
los grupos armados

Preparación del personal de
salud

Marcos normativos nacionales

Sensibilización de la opinión pública
y esfuerzos diplomáticos



ICRC



Consejo de Seguridad, Resolución 2286:

Profundamente preocupado porque, a pesar de esas obligaciones, en situaciones de conflicto armado se perpetran actos de violencia, ataques y amenazas contra el personal sanitario y el personal humanitario dedicado exclusivamente a misiones médicas, sus medios de transporte y equipo, los hospitales y otros establecimientos sanitarios, así como por el número cada vez mayor de tales actos

“Insta encarecidamente a los Estados y a todas las partes en los conflictos armados a que elaboren medidas eficaces para prevenir y combatir los actos de violencia, ataques y amenazas contra el personal sanitario...[]”





ICRC



Avances diplomaticos:

- **32 Conferencia Internacional de Cruz Roja, RES IV, Dec 2015;**

- **Consejo de seguridad S/RES/2286, Mayo 2016;**

- **Asamblea Mundial de la Salud: *Global Strategy on Human Resources for Health; Workforce 2030*, Mayo 2016**



ICRC

Áreas de acción:

- Marcos normativos nacionales
- Integración de recomendaciones para fuerzas armadas y fuerzas de seguridad, y grupos armados, en el marco de sus competencias respectivas, en la planificación y la conducción de operaciones
- Mejorar la comprensión de la naturaleza de la violencia que afecta los servicios de salud en contextos nacionales propios: recolección de datos por Ministerios de salud, o por otras organizaciones
- con este fin, intercambios regulares, p.ej. en el marco de Comisiones nacionales de DIH o cualquier otro foro apropiado
- Continuar el trabajo sobre principios éticos en la prestación de servicios de salud; esfuerzos para integrar cuestiones éticas en currículos universitarios
- Apoyar la implementación de medidas por el personal de salud para fortalecer la seguridad de las instalaciones de salud



ICRC

**¡NO MÁS VIOLENCIA CONTRA
LA ASISTENCIA DE SALUD!**

**ES UNA
CUESTIÓN
DE **VIDA**
O MUERTE**

**[WWW.HEALTHCAREINDANGER
.ORG/ES/](http://WWW.HEALTHCAREINDANGER.ORG/ES/)**

@HCIDproject

#ProtectHealthCare #HCID



de izquierda a derecha:

D. Diego Guerrero. Voluntario Gestión de Seguridad Cruz Roja Española.

Dña. Mercé Rocaspana. Coordinadora médica de Médicos Sin Fronteras.

Dr. Serafín Romero Agüit. Vicepresidente de la Fundación para la Cooperación Internacional.

Dr. Giovanni Trambaiolo. Asesor de operaciones del HCID Project. Comité Internacional de la Cruz Roja.



Dr. Giovanni Trambaiolo. Asesor de operaciones del HCID Project. Comité Internacional de la Cruz Roja.



D. Diego Guerrero. Voluntario Gestión de Seguridad Cruz Roja Española.



Dña. Mercé Rocaspana. Coordinadora médica de Médicos Sin Fronteras.



Mesa Redonda

OMC 

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

La Sanidad
Militar
operativa en el
contexto
humanitario



de izquierda a derecha:

Dr. Juan Manuel Sieiro Enríquez. Teniente Coronel Médico del Cuartel General de la Flota. Rota. Cádiz.

Dr. Juan Ramón Campillo. Coronel Médico. Inspección General de Sanidad.

Dr. Tomás Cobo Castro. Presidente ICOM Cantabria

Dra. Ana Betegón Sanz. Teniente Coronel Médico, Unidad Médica Aérea de Apoyo al Despliegue de Madrid.

Dr. Pedro Gil López. Teniente Coronel Médico. Jefe del Servicio de Telemedicina del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla" de Madrid.



Dr. Juan Manuel Sieiro Enríquez. Teniente Coronel Médico del Cuartel General de la Flota. Rota. Cádiz.



Dr. Juan Ramón Campillo. Coronel Médico. Inspección General de Sanidad.



Dra. Ana Betegón Sanz. Teniente Coronel Médico, Unidad Médica Aérea de Apoyo al Despliegue de Madrid.



Dr. Pedro Gil López. Teniente Coronel Médico. Jefe del Servicio de Telemedicina del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” de Madrid.

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

Sanidad Militar en los conflictos armados.

Dra. Ana Betegon

Tcol. Médico

II CONGRESO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMC

SANIDAD MILITAR EN LOS CONFLICTOS ARMADOS



TCOL. MEDICO ANA BETEGON SANZ
JEFE DE LA UMAAD MADRID

FUERZAS ARMADAS

ESPAÑA DESDE
HACE AÑOS
PERTENECE:

- ONU
- OTAN
- UE



Unión Europea

SANIDAD MILITAR

Sanidad militar tiene como razón de ser :

APOYAR A LA FUERZA

Sanidad militar tiene como misión fundamental:

APOYO SANITARIO EN LAS OPERACIONES,

con el fin de garantizar la salud de los miembros de las FAS, su recuperación y evacuación si fuera necesario



SEGÚN CLASIFICACIÓN DE LA OTAN:

LAS MISIONES A CUMPLIR POR NUESTRAS FAS SON:

- ***MISIONES ARTICULO 5:*** aquellas en las que es atacado alguno de los países del tratado y los demás interaccionan como si también les hubieran atacado
- ***MISIONES NO ARTICULO 5:*** operaciones de **“MANTENIMIENTO DE LA PAZ”**, generalmente bajo mandato de una Resolución del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas



MISIONES INTERNACIONALES

Cuando se va a realizar un despliegue para una misión internacional, **LA SANIDAD MILITAR** se tiene que plantear tres preguntas:

- 1.- LUGAR DE LA MISIÓN
- 2.- TIPO DE MISIÓN
- 3.- POSIBLE NÚMERO DE BAJAS

En función de la información obtenida:

DESPLÉGAMOS DIFERENTES TIPOS DE ESTRUCTURAS SANITARIAS:



ROLES

ROLE 1

- Estructura sanitaria más básica:
- Médico
- Enfermero
- Sanitario/conductor
- **Capacidades:**
- Recogida y transporte de bajas
- Soporte vital básico
- Triage y tratamiento inicial
- Tratamiento de lesiones y enfermedades menores
- Medicina preventiva



ROLE 2 LM



ROLE 2 E



ROLE 3



TRASLADO DE BAJAS



El traslado de bajas entre la zona del incidente y las diferentes estructuras sanitarias se puede realizar de varias formas:

1.-AMBULANCIA

2.-HELICÓPTERO MEDICALIZADO

3.-AVIÓN MEDICALIZADO

EL QUE PERMITE MAYOR RAPIDEZ SON LOS HELICÓPTEROS (MEDEVAC).





PERSONAL CIVIL



OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

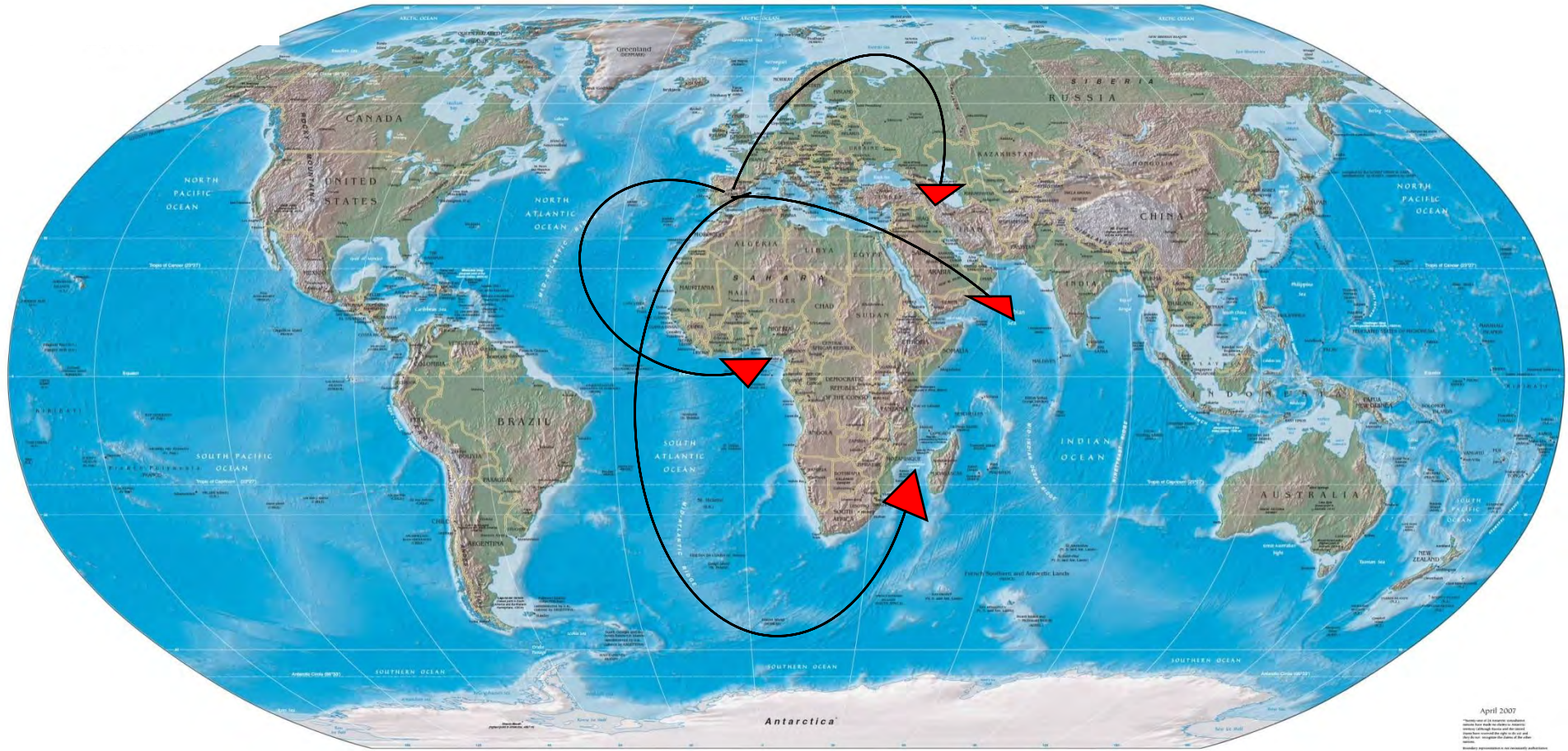
La Sanidad Militar en Misiones Internacionales.

Dr. Juan Ramon Campillo
Coronel Médico



La Sanidad Militar
en
Misiones Internacionales.





April 2007

This is not a map of the world. It is a map of the world as it is seen from the perspective of the United States. The map is based on the Mercator projection, which distorts the size of objects as the latitude increases from the equator to the poles, making the regions near the poles much larger than they actually are. The map is also distorted in other ways, such as the shape of continents and the relative positions of cities. The map is intended to be used as a reference tool, not as a source of geographical information.

© 2007 National Geographic Society

TERRITORIAL

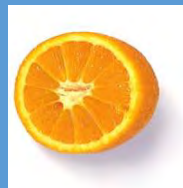
MÉDIC@ de UNIDAD

MÉDIC@ ESPECIALISTA

OPERACIONES

MÉDIC@ de UNIDAD

MEDICINA DE EMPRESA



- Medicina Preventiva
- Prevención de riesgos laborales
- Control del cumplimiento de las normas de seguridad laboral.

EMERGENCISTA



- Aplicación de técnicas de Soporte Vital Avanzado Traumatológico (**SVAT**)



MÉDIC@ ESPECIALISTA



ESPECIALIDADES CRÍTICAS

- Cirugía General y de Aparato Digestivo
- Traumatología y Ortopedia
- Anestesia y Reanimación
- Medicina Intensiva

OTRAS ESPECIALIDADES DE INTERÉS MILITAR

- Psiquiatría
- Radiología
- Neurocirugía
- Cirugía Torácica
- Dermatología
- Oftalmología
- Hematología
- Otorrinolaringología
- Ginecología
- Medicina Interna
- ...



ESPECIALIDADES DE ESPECIAL INTERÉS MILITAR

- Medicina Preventiva
- Medicina Aeronáutica
- Medicina Subacuática

TIPOS DE CATÁSTROFES

CATÁSTROFES NATURALES

CATÁSTROFES ANTRÓPICAS

El Paradigma de crueldad y desestructuración de la sociedad que la padece son los conflictos armados

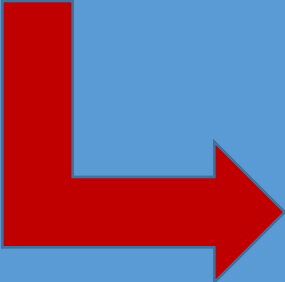
Emergencias Complejas

Tras la caída del Muro de Berlín, el Mundo abrigó la esperanza de que la guerra fuera una pesadilla del pasado. Pero han aparecido por todo el mundo una serie de conflictos, que hemos bautizado como EMERGENCIAS COMPLEJAS... estas lleva asociado un fuerte efecto destructivo y desestructurador, que las asemeja a las anteriores.

**HAMBRE
DESNUTRICIÓN
ENFERMEDADES OLVIDADAS
EPIDEMIAS**



COMPETENCIA POR LOS POCOS RECURSOS QUE QUEDAN



VIOLENCIA

En estas circunstancias, solo las ORGANIZACIONES FUERTEMENTE JERARQUIZADAS pueden prestar su auxilio de forma eficaz a la población afectada.

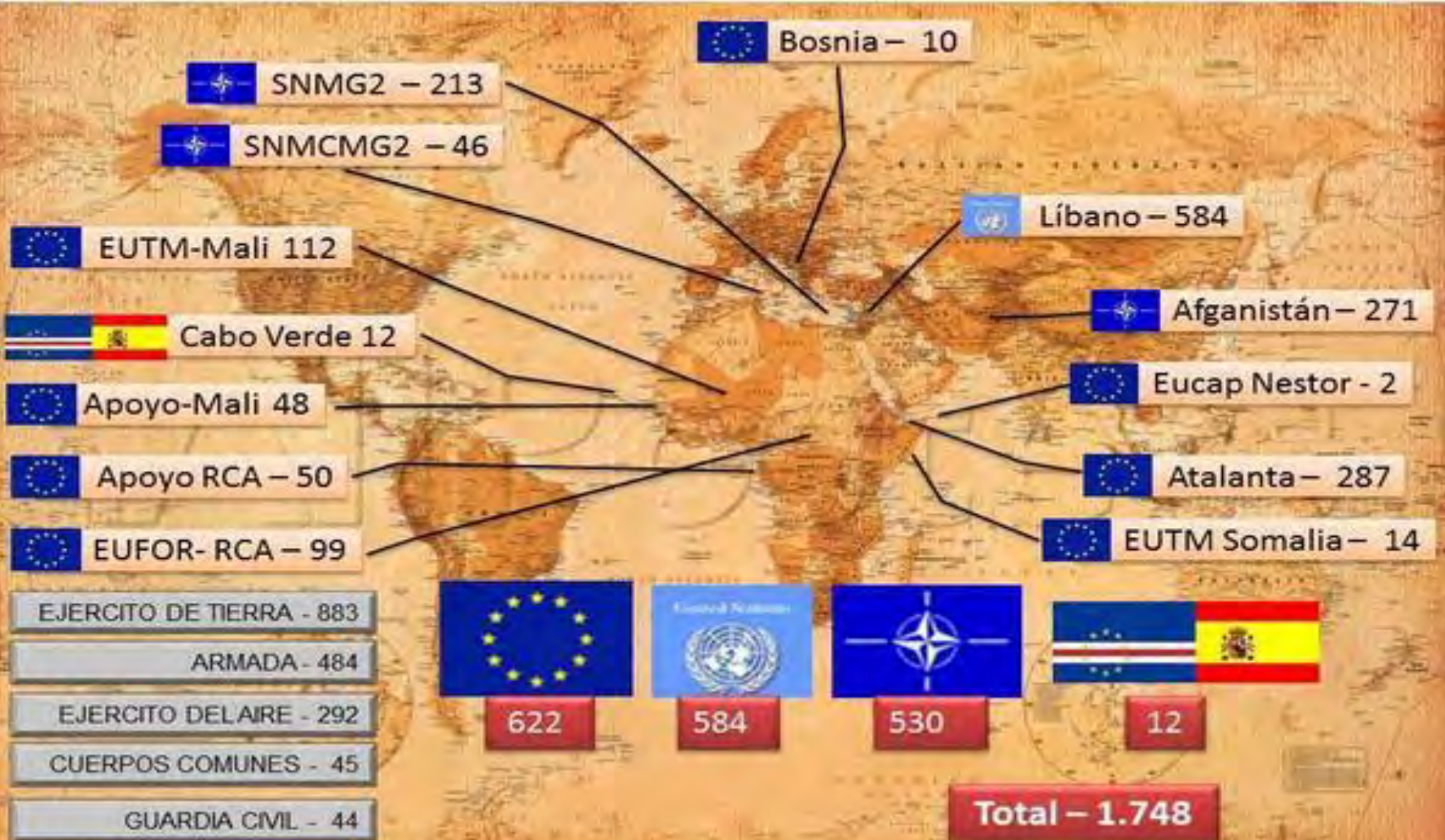


MISIONES DE LA FUERZAS ARMADAS ESPAÑOLAS

- Misiones Humanitarias
- Misiones de evacuación a la población civil
- Misiones de prevención de conflicto
- Misiones de interposición entre combatientes
- Misiones de apoyo a ejércitos amigos
- Misiones artículo 5 del Tratado de *Washington*



PERSONAL EN OPERACIONES SEPTIEMBRE 2014







OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

Telemedicina en las Fuerzas Armadas.

Dr. Pedro Gil

Tcol. Médico.



TELEMEDICINA EN LAS FUERZAS ARMADAS



MINISTERIO
DE DEFENSA



Hospital Central de la Defensa
"GÓMEZ ULLA"

TENIENTE CORONEL MEDICO
PEDRO J GIL
JEFE DE SERVICIO TMD

Sanidad Militar

Misiones Internacionales

El **diagnóstico y tratamiento correcto** de las bajas, junto con un **tiempo de evacuación adecuado** son **puntos clave** que aseguran una asistencia sanitaria de **alta calidad** sobre el terreno.

Habitualmente, en todas las misiones que lleva a cabo la Sanidad Militar existe implícito un componente de **atención sanitaria a la población civil**, que se enmarca dentro de la **Cooperación Internacional**.



ESCENARIOS

LAS FUERZAS ARMADAS ESPAÑOLAS EN MISIONES EN EL EXTERIOR

2.101 ESPAÑOLES DESPLÉGADOS - SEPTIEMBRE 2016

SNMG 1 / SNMCMG 2
 Unidades navales primera respuesta ante crisis en que OTAN decide intervenir
 226 MILITARES



EUNAVFOR MED SOPHIA
 Lucha tráfico seres humanos y prevenir pérdida de vidas en el Mediterráneo.
 249 MILITARES / Inicio 2015



ACTIVE FENCE (A/T)
 Refuerzo defensa aérea de Turquía frente amenaza de misiles balísticos desde Siria
 149 MILITARES / Inicio 2015



RESOLUTE SUPPORT (AFG.)
 Adiestramiento/asesoramiento fuerzas de seguridad afganas.
 19 MILITARES / Inicio 2015



EUFOR ALTHEA BOSNIA
 Asesoramiento Fuerzas Armadas de Bosnia-Herzegovina
 2 MILITARES / Inicio 2004



INHERENT RESOLVE (IRAK)
 Adiestramiento de fuerzas iraquíes para lucha contra el Daesh
 307 MILITARES / Inicio 2014



APOYO A SENEGAL
 Actividades de Seguridad Cooperativa con otros países (Diplomacia de Defensa)
 25 MILITARES / Inicio 2016



UNIFIL (LIBANO)
 Vigilancia cese de las hostilidades Apoyo Fuerzas Armadas Líbano
 600 MILITARES Y GUARDIAS CIVILES / Inicio 2006



APOYO A MALI (Senegal)
 Transporte aéreo a operaciones de Francia y UE en Mali y el SAHEL
 54 MILITARES / Inicio 2013



ATALANTA (EUNAVFOR)
 Protección programa alimentos ONU y lucha contra piratería en Índico
 280 MILITARES / Inicio 2008



EUTM MALI
 Asesoramiento sector seguridad y adiestramiento Ejército Nacional Mali
 108 MILITARES / Inicio 2013



APOYO A RCA (Gabón)
 Transporte aéreo operaciones de Francia y UE en RCA
 45 MILITARES / Inicio 2013



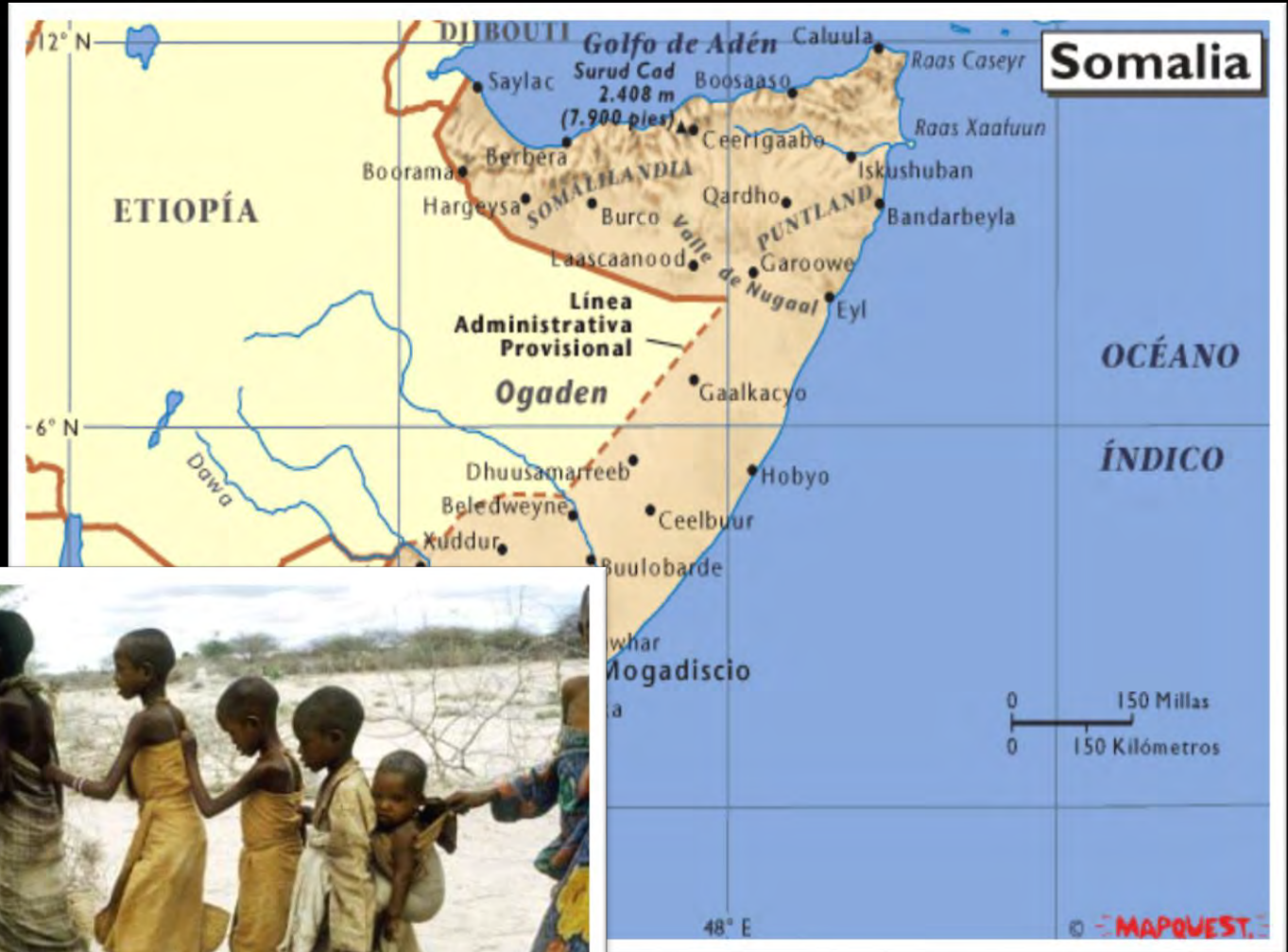
EUTM RCA (EUROCUERPO)
 Asesoramiento Gobierno Transición para reforma sector seguridad RCA/Banghi
 22 MILITARES / Inicio 2015



658 600 412 99 307 25

1.182 653 216 12 38

ESCENARIOS



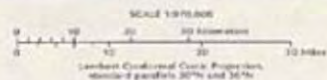
ESCENARIOS



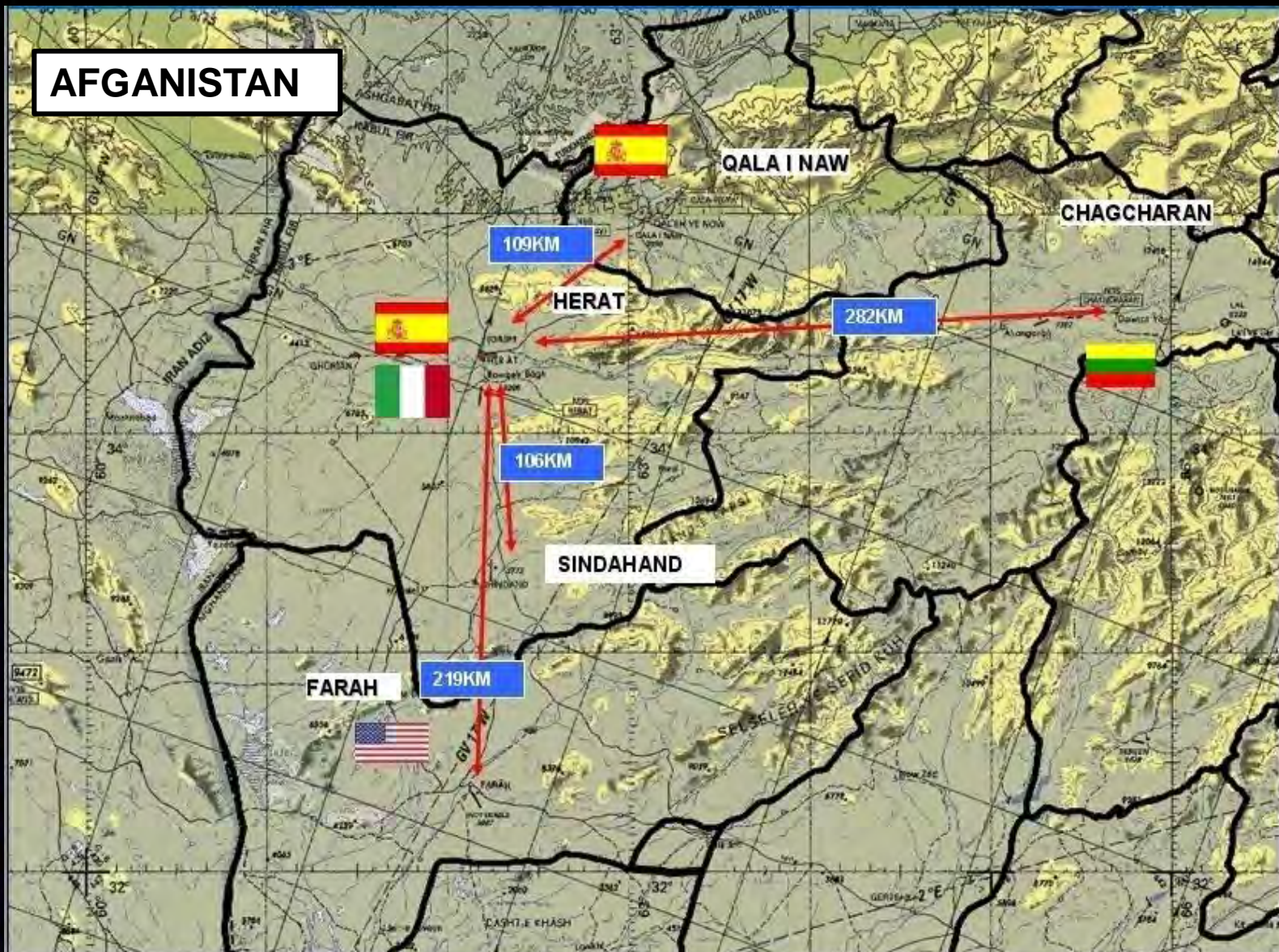
ESCENARIOS



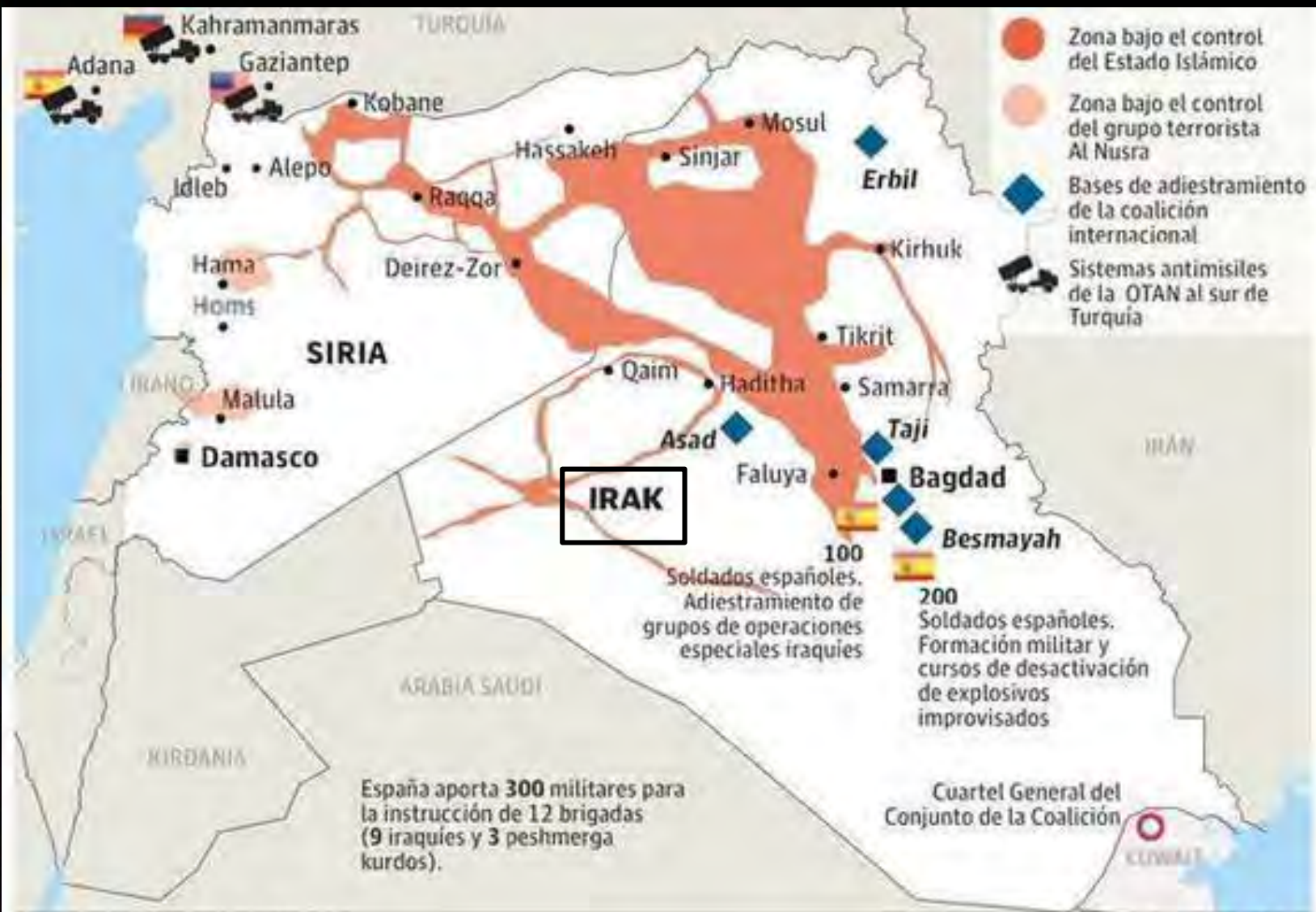
- International boundary
- ★ National capital
- Governorate capital
- Railroad
- Expressway
- Road
- Urban area



ESCENARIOS



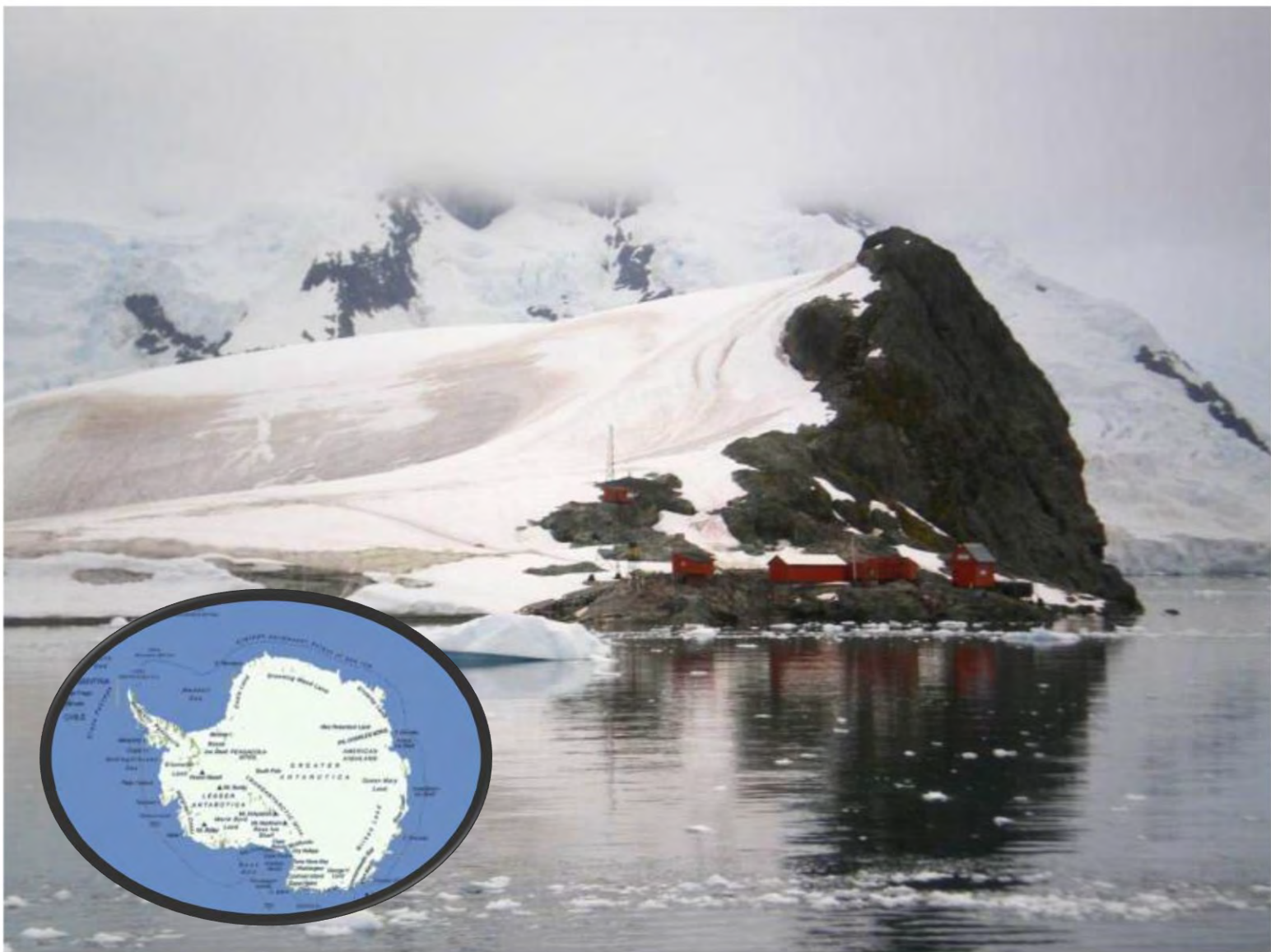
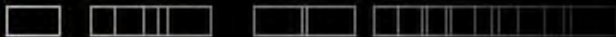
ESCENARIOS



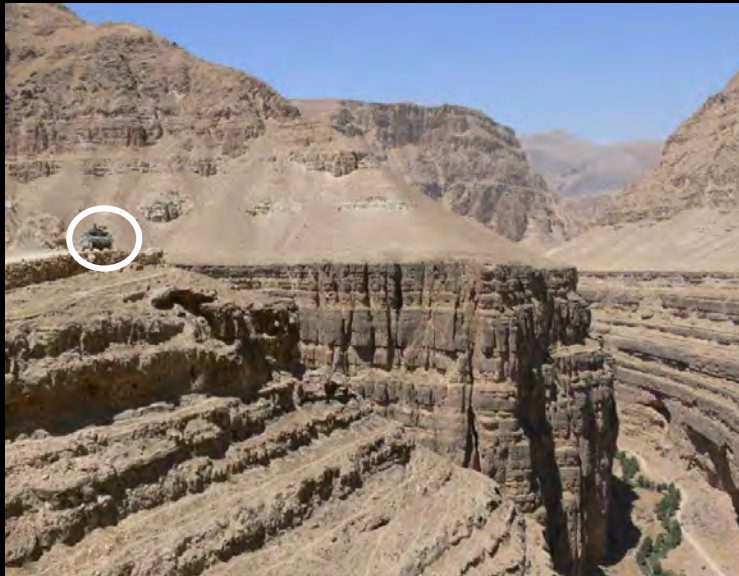
ESCENARIOS



ESCENARIOS



ESCENARIOS



ESCENARIOS

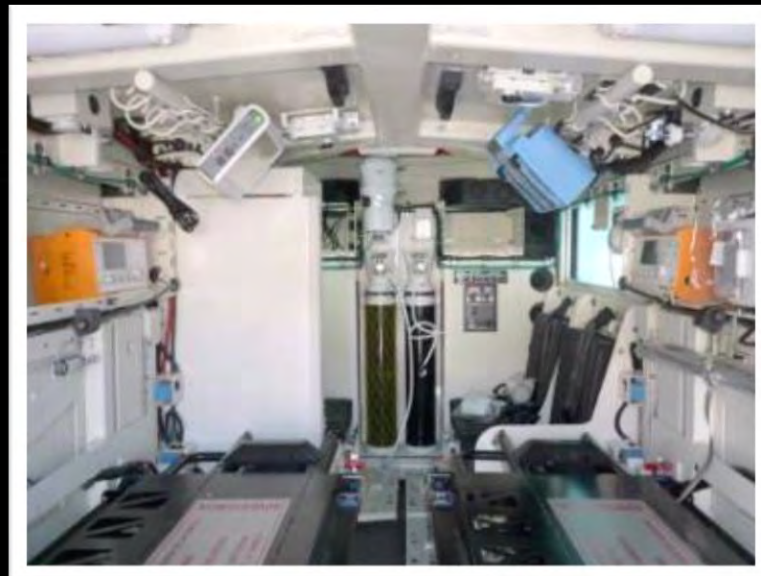


ESCENARIOS

Medios Evacuación



RG-31



ESCENARIOS

Medios Evacuación



Afganistán 2007



Photography - Majed El



ESCENARIOS



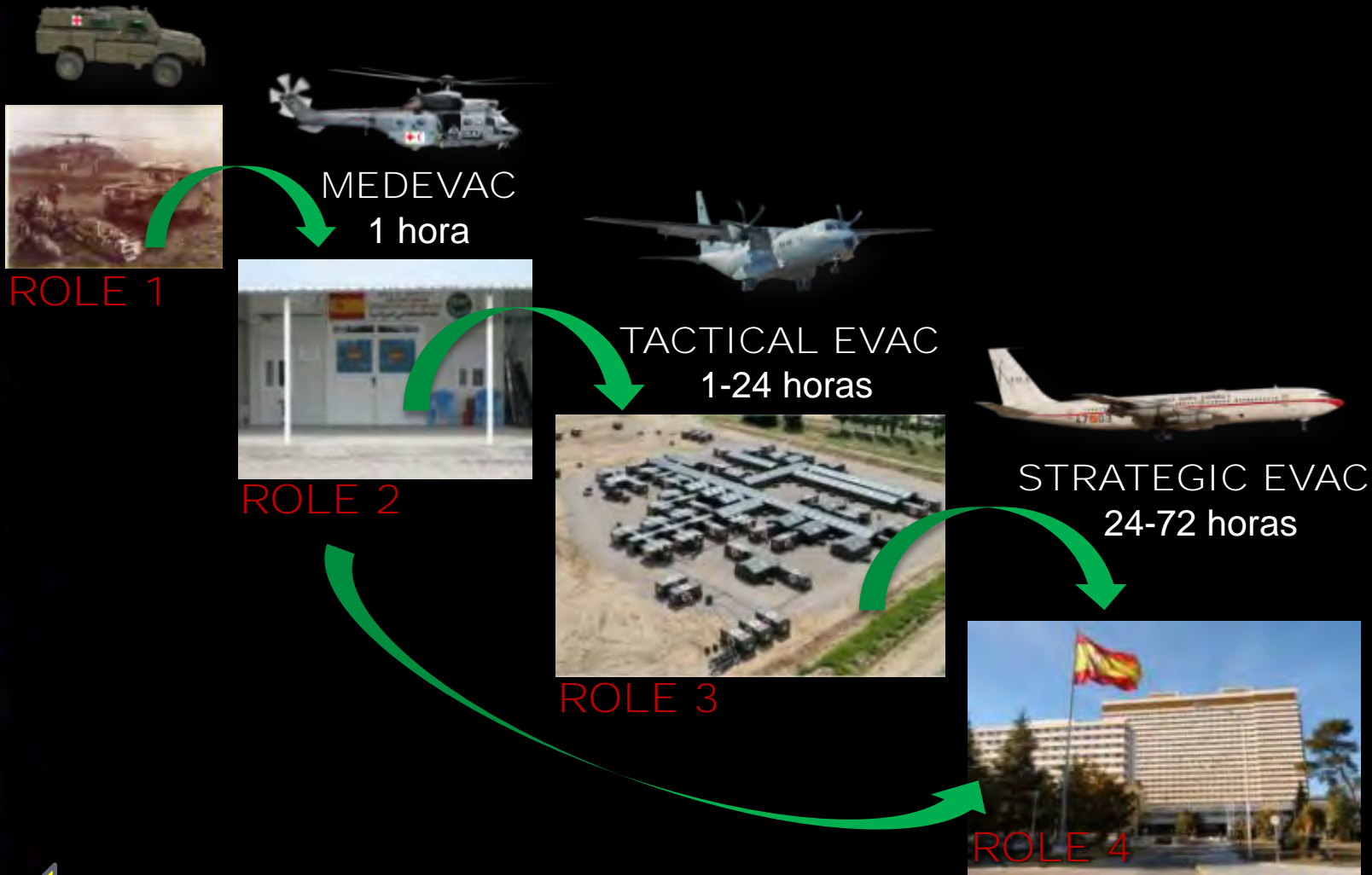
HOSPITAL CAMPAÑA

ROLE 2



Escalones de Sanidad Militar

CUIDADOS CONTINUOS HASTA LA ATENCIÓN DEFINITIVA



CAPACIDAD QUIRÚRGICA

Telemedicina

“Proporcionar atención sanitaria, cuando la **distancia** es un factor determinante, mediante el empleo de las **TIC (tecnologías de la información y comunicaciones)** para **intercambiar información** entre profesionales sanitarios, que sea útil para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades, investigación, así como para la formación continuada.”



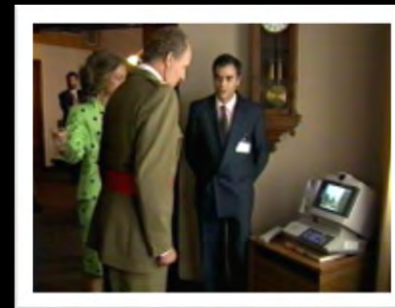
Definición de la O.M.S. (2010)
Global Observatory for eHealth series

Telemedicina en las FAS

1930, inicio de la Telemedicina Militar Española.



1996, inauguración de la Unidad de Telemedicina del HCD coincidiendo con el Centenario del Hospital.



Bosnia. Primeras misiones en Zona de Operaciones con Telemedicina.



Telemedicina en las FAS

Misión: Proporcionar apoyo y asesoramiento sanitario **a distancia**, a personal en Zona de Operaciones o localizaciones remotas o de difícil acceso.

Organización:

- **Centro de Referencia:** Servicio de Telemedicina del HCD “Gómez Ulla”

- **Nodos Remotos:** titularidad y dependencia heterogénea (FAS, G. Civil, Buques Hospital del Instituto Social de la Marina, Hospitales Civiles, Hospitales de ONG, etc).

Potencia fundamental y básica del Servicio:

Disponibilidad de todas las especialidades médicas y quirúrgicas del **HCD “Gómez Ulla”**, accesibles **24/7/365**.



Telemedicina en las FAS



Apoyo al diagnóstico



Optimización del tratamiento



Ayuda a la estabilización paciente crítico



Determinar la necesidad de traslado



Seguimiento evolución del paciente



Telemedicina en las FAS



“Objetivo: proyectar **una atención sanitaria de la misma calidad** a la que se da en territorio nacional, a zona de operaciones o difícil acceso/ localización remota”



Servicio de Telemedicina HCD

MISIONES:

ASISTENCIAL:

Apoyo y asesoramiento sanitario **a distancia**, a personal en Zona de Operaciones o localizaciones remota o de difícil acceso, contribuyendo a la misión del HCD, Escalón Superior de Apoyo a Operaciones (Role 4)

DOCENTE:

Instrucción personal usuario del sistema
Sesiones Clínicas Interhospitalarias
Interconexión Quirófanos-Aula telemedicina

PERICIAL:

Apoyo a Juntas Médico Periciales FAS
Apoyo Tribunales Militares de Justicia

INVESTIGACION:

Nuevos Equipos según necesidades tácticas

CONSULTORIA:

Grupos de trabajo nacionales (SERMAS) o internacionales (ESA)



Servicio de Telemedicina HCD



Buques



E.V.A.'s

- J.S. de Elcano
- Juan Carlos I
- Castilla.
- Galicia
- Hespérides
- Juan de Borbón
- Mendez Nuñez
- Patiño
- Cantabria
- Rayo
- Tornado
- Arnomendi
- Tarifa
- Buque Rio Segura.
- Juan de la Cosa.
- Esperanza del Mar.

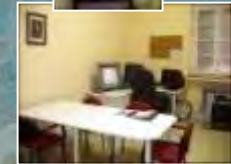


Misiones

- LIBANO
- IRAK
- SENEGAL
- DJIBUTI

Red Sanitaria FAS

- HM Zaragoza.
- CM San Fernando.
- CM Valencia.
- HM de Ceuta.
- HM de Melilla.
- HC de Melilla.
- UMAAD Madrid
- UMAAD Zaragoza

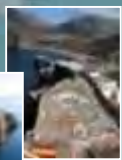


C.Ref. H.C.D. "Gómez Ulla"



Otras Fuerzas Armadas

- H. Militar de Nouakchott (Mauritania)
- San Salvador, H Militar (El Salvador)
- Bosnia-i-Herzegovyna (Sarajevo)
- Beirut, Hospital Militar (Libano)



O.N.G.'s

- H. de la Fraternidad, Chinguetti (Mauritania)

HOSPITALES CIVILES

- Hospitales del SERMAS
- Hospitales de otras CCAA

Peñones

- Peñón de Alhucemas.
- Peñón de Vélez de la Gomera.
- Islas Chafarinas.

Servicio de Telemedicina HCD

Activación del Servicio

- Unidad solicita una Tele-consulta



- Alerta Sv Telemedicina del HCD "Gómez Ulla"



- Centro de Referencia Telemedicina



- Se localizan enfermeros y médicos especialistas

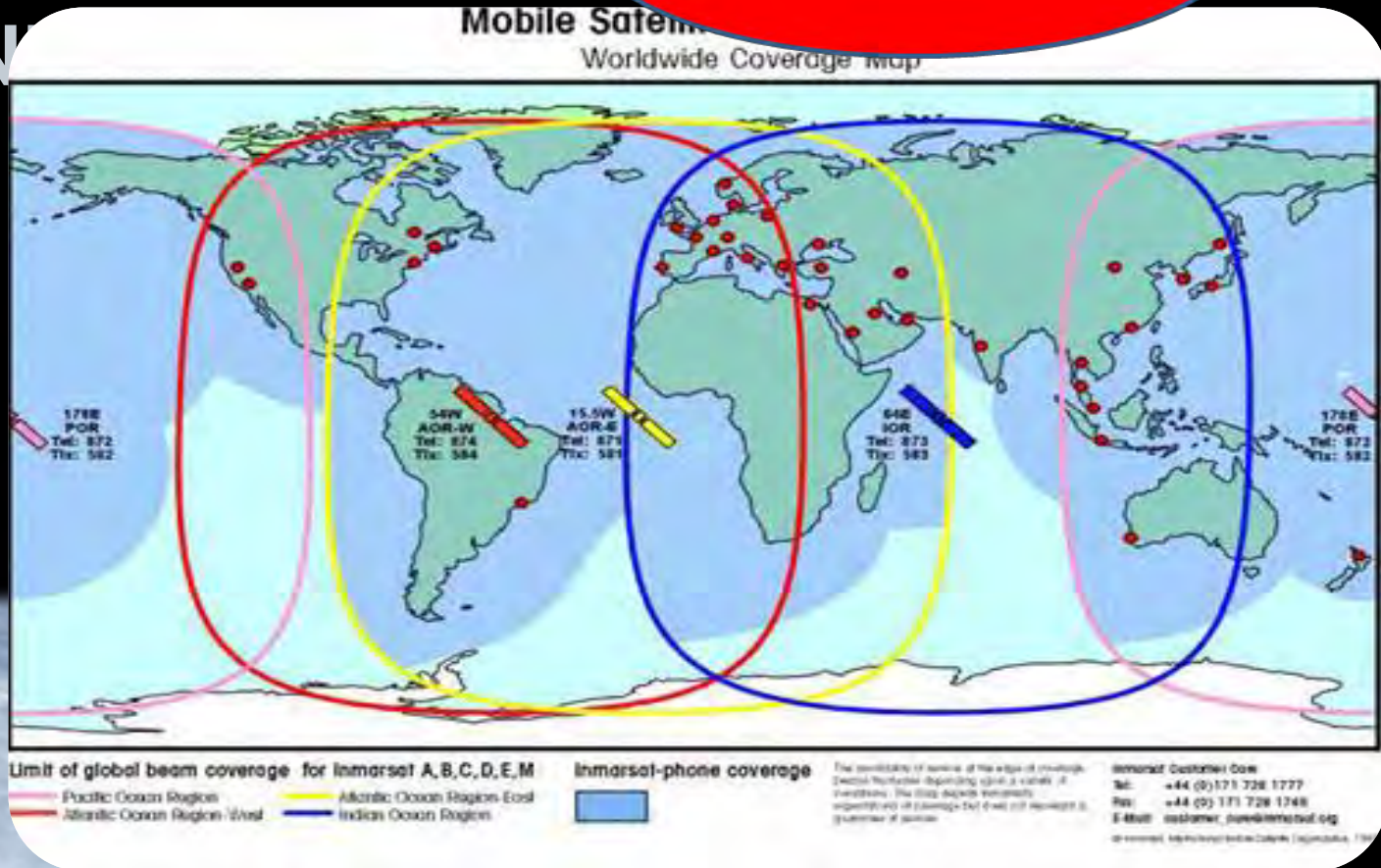


Servicio de Telemedicina HCD Comunicaciones

Satélites

IN

“Sancho, amigo, con la Iglesia hemos topado...”

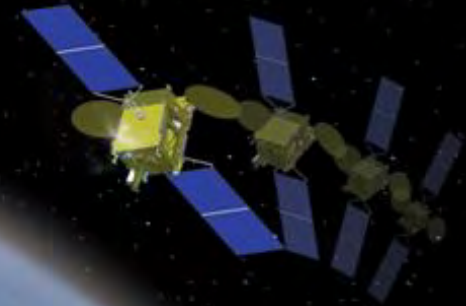
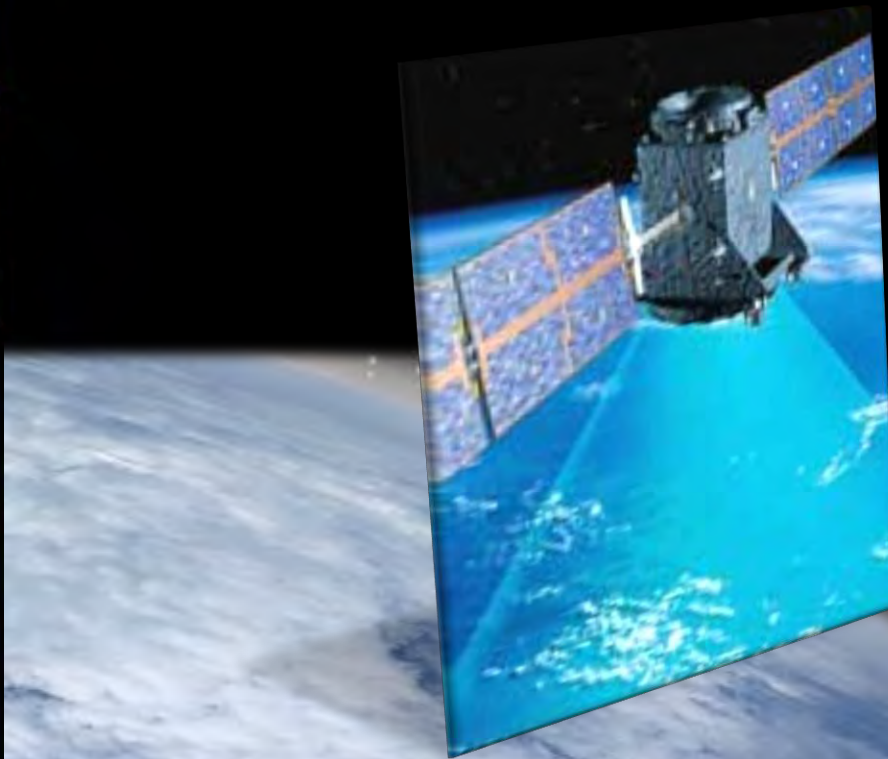


Servicio de Telemedicina HCD

Comunicaciones

Satélites SECOMSAT

- 512 kbps de ancho de banda.
- Menor coste de funcionamiento.



Servicio de Telemedicina HCD

Comunicaciones



- Otros medios de comunicación empleados:
 - Satélite VSAT
 - WAN PG
 - INTERNET
 - Red SARA
 - Redes Tácticas

Costes
Elevados

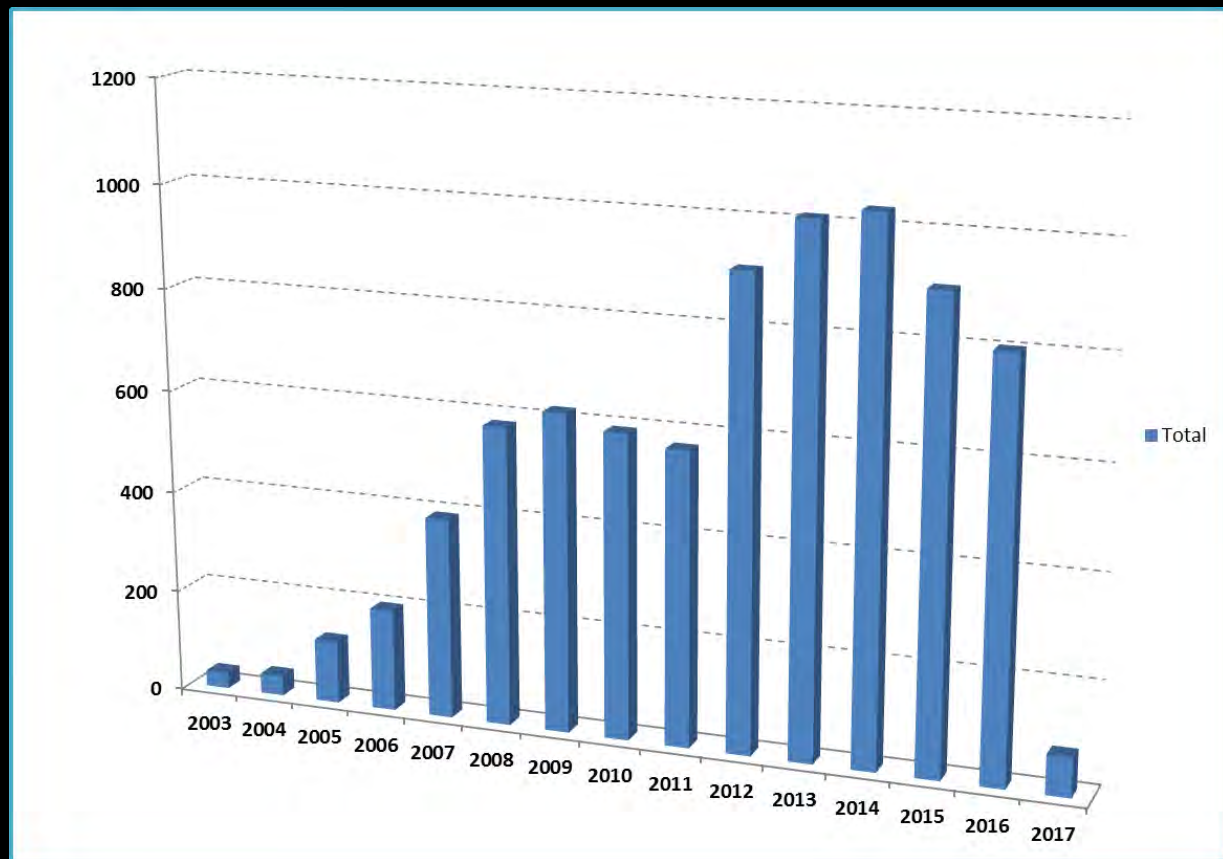
Gestión
Compleja

Coordinación

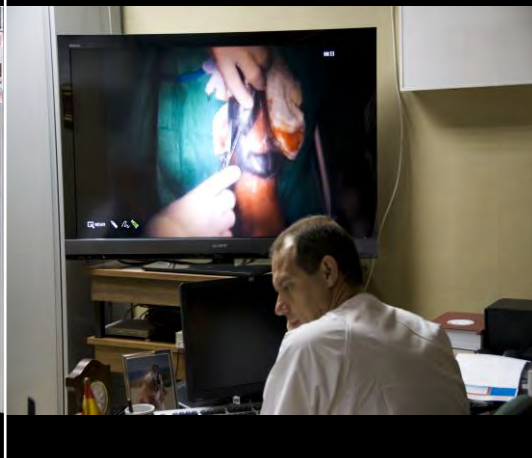
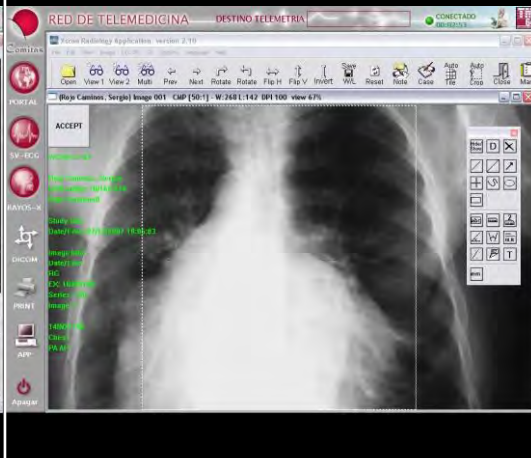
Servicio Telemedicina HCD

Estadísticas

TELECONSULTAS (Global)



Servicio de Telemedicina HCD



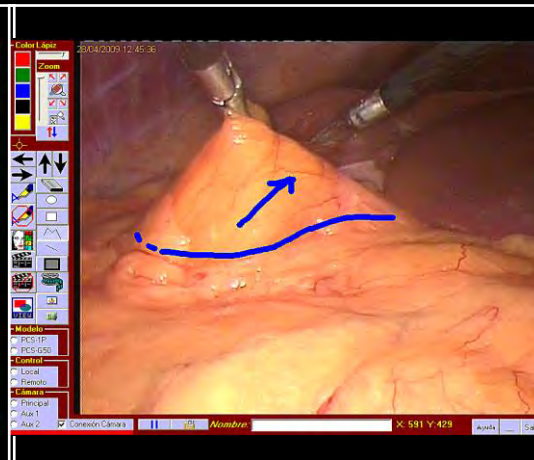
Servicio de Telemedicina HCD

Capacidades

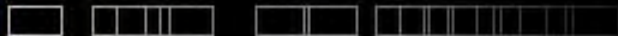
- Videoteleconferencia (VTC)
- Signos Vitales y ECG en tiempo real (TR)
- Cámara de exploración externa (TR)
- Fuente de luz fría: otorrinoscopio, dermatoscopio, oftalmoscopio (TR)
- Ecografía (TR).
- Tele-asistencia quirúrgica (TR)
- Radiología.



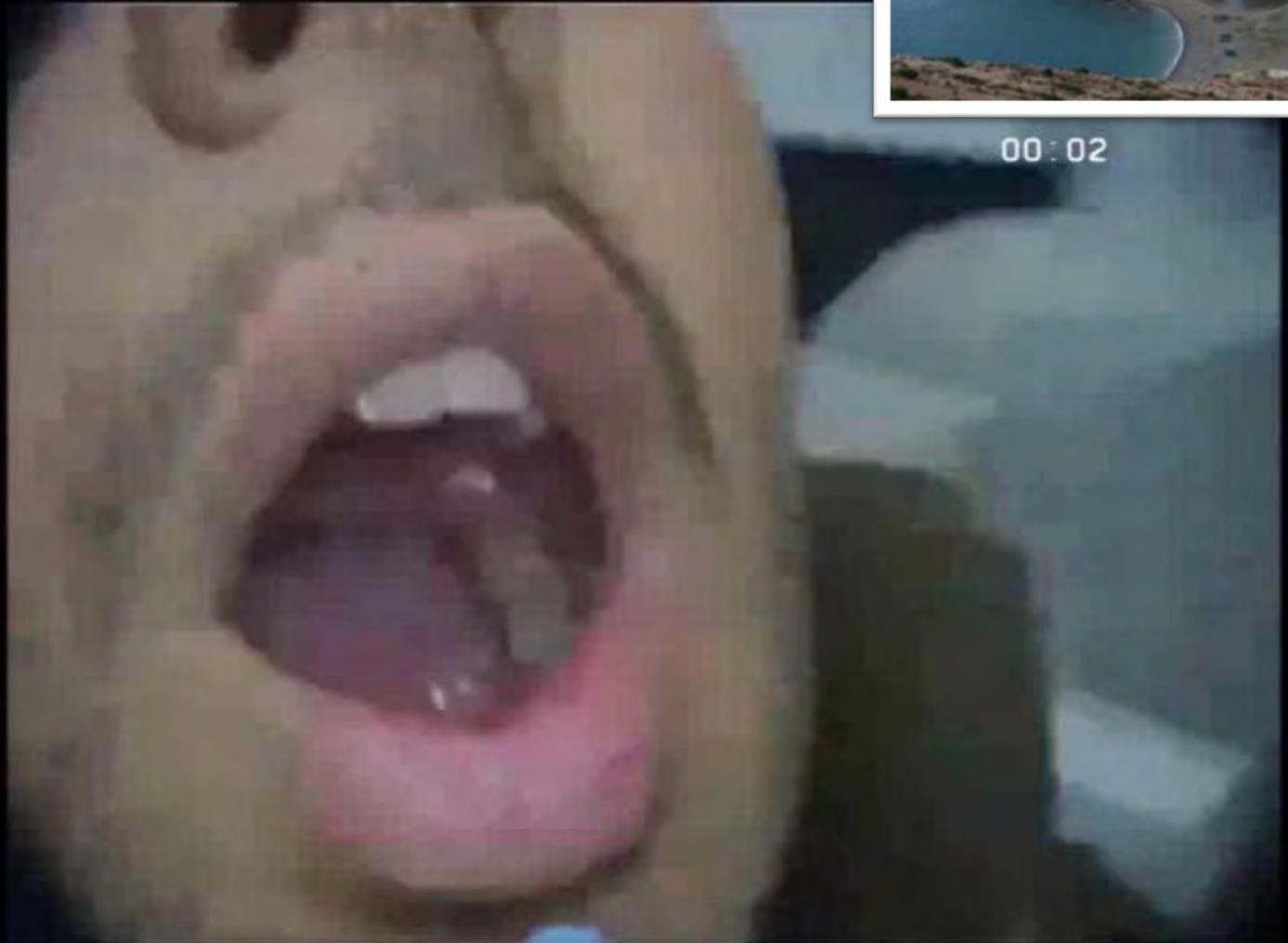
Equipos Telemedicina



Interconsultas hospitalarias



Interconsultas localizaciones difícil acceso Peñón de Velez

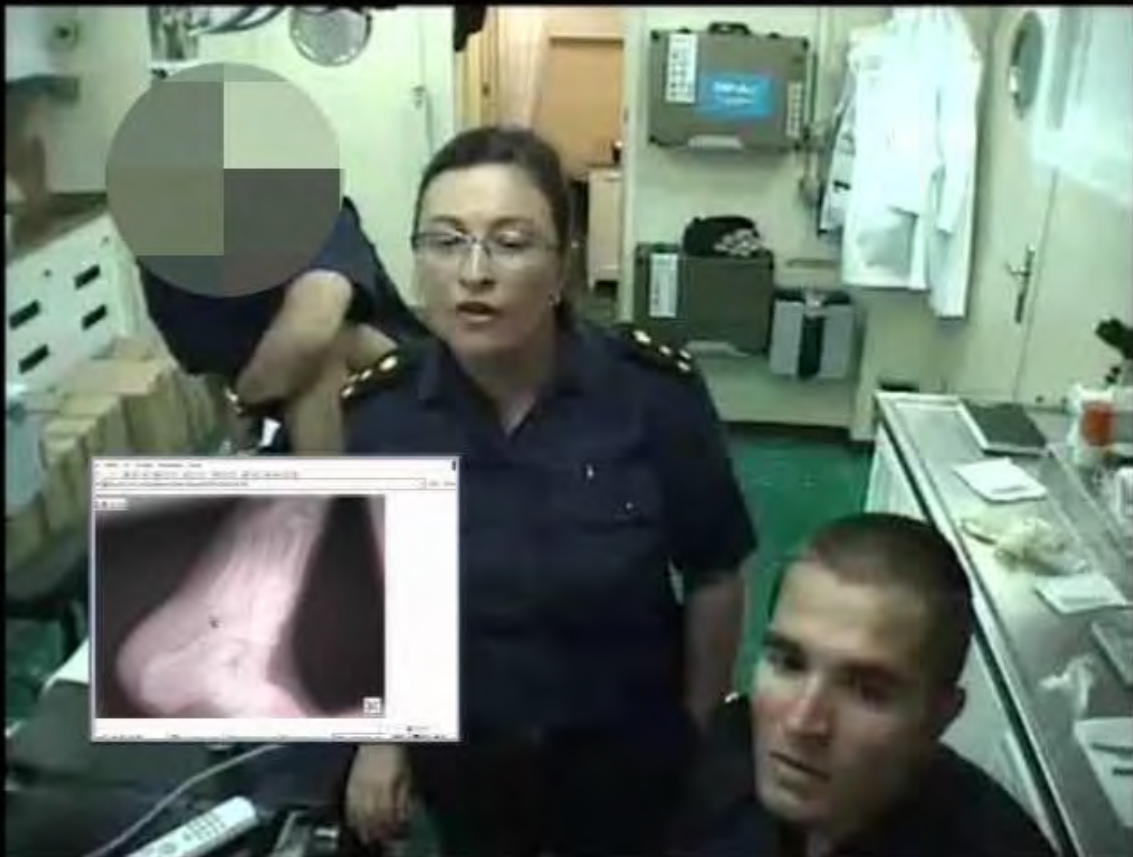


00:02

Interconsultas lugares remotos



Buques Armada Navegando



FRAGATA
Álvaro
de
Bazán

Misiones internacionales/ Otros Apoyos



BOSNIA

HIMALAYA G2



KOSOVO

HAITÍ



ESTACION
ESPACIAL

ANTÁRTIDA



AFGANISTÁN

LÍBANO



Convenios/ Colaboraciones

Instituto Social de la Marina



Líneas de Investigación

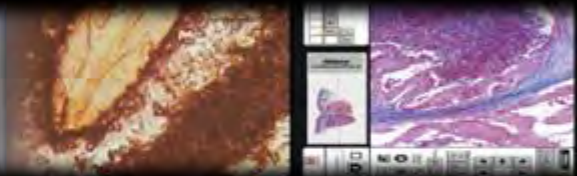
TELE-ECOGRAFÍA ROBOTICA



TELE-ASISTENCIA QUIRÚRGICA



TELE-PATOLOGIA



TELEMEDICINA EN LOS MEDIOS EVACUACION



TELE-UCI



TELE-ENDOSCOPIA



Nuevas líneas de investigación

EQUIPOS PORTATILES
TELEMEDICINA



TEMPUS PRO



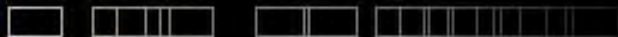
SAFETRIAGE PRO



SCHILLER



Nuevas líneas de investigación



GAFAS REALIDAD AUMENTADA



FUJITSU

Nuevas líneas de investigación



HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

SISANDEF

(SISTEMA DE INFORMACION SANITARIO DE LA DEFENSA)

- BALMIS
- CENDALA
- SALVANY





GRACIAS POR SU ATENCIÓN



Clausura

OMC 

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

Acto de Clausura
del II Congreso de
Cooperación
Internacional de la
OMC

Conclusiones

OMC 

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

Declaración de la Magdalena

II CONGRESO DE COOPERACION INTERNACIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MEDICA COLEGIAL – O.M.C.

Santander (Cantabria), 26-27 de Enero 2017

DECLARACION DE LA MAGDALENA

1. En un mundo en el que se acrecientan las profundas desigualdades sociales y hay millones de personas que mueren por falta de acceso a alimentos, agua potable, atención sanitaria y medicamentos, desarrollar soluciones efectivas y sostenibles que contribuyan a mejorar la salud en un mundo globalizado pasa por el cambio de paradigma de la salud pública a la salud global.
2. En el campo de la cooperación internacional y voluntariado para el desarrollo, las enfermedades olvidadas, apartadas, menospreciadas, también por la investigación, y que no son de interés de la población en general pero que afectan a poblaciones muy vulnerables en países en vías de desarrollo y son fruto de la desigualdad, la inequidad, los determinantes sociales de la salud y las necesidades básicas desatendidas, constituyen una verdadera prioridad.
3. Las enfermedades olvidadas (tracoma, helmintiasis, dengue, cisticercosis, lepra, úlcera de Buruli, cólera, TbPulmonar, VIH-Sida, leishmaniasis, tripanosomiasis africana humana, etc), tienen además mucho que ver con el incumplimiento de la Declaración Universal de los derechos humanos (art 25), y constituyen un desafío mundial en salud pública y salud global , que han de ser abordadas desde la cooperación y el voluntariado, pero con : inteligencia epidemiológica , financiación y recursos, formación, planificación y gestión estratégica, comunicación y divulgación científica , innovación y transferencia .
4. De diversa índole y multifactoriales son las causas de las migraciones en la crisis de desplazados y refugiados del mediterráneo, a saber; (1) huida

de zonas de conflicto extremo y de guerra; (2) búsqueda de una oportunidad de mejora en lo básico y en su dignidad como persona huyendo de la miseria, la persecución, y la desesperación; (3) huida de Estados fallidos, con absoluto desprecio por la vida y los derechos humanos.

5. La intervención médico-humanitaria en el drama del mediterráneo, la realidad de los refugiados, los movimientos migratorios de personas, así como la actitud, muchas veces pasiva, de los Estados y sus responsabilidades a la hora de abordar y dar soluciones a este drama humanitario, pone en cuestión el cumplimiento de los Tratados adoptados por los gobiernos y los acuerdos de los Estados en el marco del Derecho humanitario internacional.
6. Se ha expuesto en el marco de éste II Congreso de Cooperación Internacional la realidad de la asistencia sanitaria de los refugiados y desplazados por conflictos y crisis humanitarias, desde la situación grave de la crisis del mediterráneo derivada del conflicto en Siria, pasando por la situación sanitaria de conflictos pasados no resueltos como el caso de la Sanidad de los refugiados de los campamentos Saharahuis del Sahara Occidental, hasta la situación sanitaria extrema en el mayor campo de refugiados del mundo en Dadaab, en la frontera entre Kenia y Somalia, en espacios sin infraestructura sanitaria que están generando no sólo una vulneración de los DDHH sino problemas de salud pública (enfermedades de la pobreza).
7. Pese al compromiso de las ONGs (Médicos sin Fronteras, Cruz Roja Española, Médicos Mundi, Salvamento marítimo, FCIOMC, etc) y la sociedad civil, la responsabilidad de los gobiernos y las agencias internacionales es fundamental y necesaria para (1) evitar ó minimizar los conflictos que originan los flujos migratorios y para (2) responder

adecuadamente a corto y largo plazo a las necesidades de la población desplazada.

8. El papel de la Sanidad Militar en las catástrofes naturales y en los conflictos armados y la Telemedicina Militar Española en la Cooperación Internacional han sido puestas de manifiesto como contribución significativa a la hora de evitar la pérdida de un gran número de vidas en el mar y en tierra, poniendo asimismo en valor la capacidad de la ayuda humanitaria de la medicina militar en éste tipo de operaciones. En todas las misiones de las Fuerzas Armadas existe implícito un componente de ayuda humanitaria y atención sanitaria a la población civil.
9. En las próximas dos décadas, los objetivos de Desarrollo Sostenible van a regir las políticas de desarrollo mundial y entre ellas la salud. La educación de los futuros médicos en los países en desarrollo debe estar diseñada para satisfacer las necesidades asistenciales locales. Se deben utilizar modelos educativos validados que deben adaptarse a la realidad sanitaria, social y económica del país, e incluir en la formación también el estudio y abordaje de los determinantes de la salud. No siempre las autoridades sanitarias y académicas son las adecuadas para conocerlas y se hace imprescindible recabar la información de los médicos locales y sus órganos colegiados y de representación.
10. La excelencia de las organizaciones que se dedican a cooperación y voluntariado al desarrollo en la salud, en emergencias e intervención médico – humanitaria, no se pueden entender sin la excelencia de los profesionales y las personas que conforman éstas organizaciones; el talento, el compromiso y el profesionalismo al servicio de los demás, sobre todo de los más vulnerables y de los que sufren. Todo ello ha quedado de manifiesto en los paneles de experiencias de organizaciones humanitarias con pequeña estructura con voluntariado que cubren necesidades donde otros no alcanzan como es el caso de Bomberos

Unidos sin Fronteras (BUSF), Aviación sin Fronteras (AVF) y Grupo de cooperación del Colegio de Enfermería de Cantabria.

11. En cooperación y voluntariado, la financiación, los recursos humanos, el desarrollo de las dotaciones / recursos estructurales e infraestructuras adecuadas, la actitud, la vocación y el compromiso vital, social y profesional son esenciales, necesarios, pero no son por sí solos suficientes, se precisa asimismo calidad en la intervención, formación y exhaustiva preparación previa, logística, estandarización de los procesos y procedimientos, vocación de servicio, compromiso y valores.
12. La práctica de la Medicina y los cuidados de la salud en zonas de conflictos y de guerra, con implicaciones políticas y militares, tiene efectos indeseados y en muchas ocasiones los contextos en los que operan las agencias humanitarias hoy en día son más complejos, menos predecibles y cada vez más volátiles y violentos. El desarrollo de políticas, procedimientos y prácticas de seguridad son fundamentales para su gestión y junto a esto la comprensión del contexto, sus riesgos y amenazas, es crucial para desarrollar las medidas más apropiadas que garanticen, en lo posible , una adecuada seguridad y la protección del personal y los programas.
13. La Organización Médica Colegial (OMC) y su Fundación para la Cooperación Internacional (FCOMCI) denunciamos y repudiamos los ataques contra la asistencia sanitaria, profesionales, pacientes y estructuras, como hemos hecho en reiteradas ocasiones a través de nuestros posicionamientos públicos ante organismos internacionales médicos como la Asociación Médica Mundial (AMM) o la Confederación Médica Latino Iberoamericana y del Caribe (CONFEMEL).
14. Desde nuestras instituciones hemos exigido la condena de estos ataques para que no queden impunes y hemos solicitado, reiteradamente, el

respeto al Derecho Internacional Humanitario y los Protocolos de Ginebra.

Recientemente nos hemos adherido a la Carta Abierta del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), como socios del proyecto “Asistencia de salud en peligro”, una iniciativa del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, que solicita a los Estados Miembro de Naciones Unidas un compromiso para apoyar las medidas enunciadas en la resolución S/RES/2286 (2016) del Consejo de Seguridad de la ONU y que adopten legislaciones internas que protejan a los médicos y demás personal y hospitales en zonas de conflictos armados.

15. En el marco del **II Congreso de Cooperación Internacional de la OMC**, también manifestamos nuestro total rechazo a este tipo de acciones que cuestan la vida a personas que dan la suya para atender a la gente que más lo necesita, lo que supone una grave violación del Derecho Internacional Humanitario y los Protocolos de Ginebra.
16. La Fundación de Colegios Médicos para la Cooperación Internacional, ha de ser interpretada como un valor de responsabilidad social corporativa de la OMC, que nace de la voluntad de los Colegios Médicos y del colectivo médico en su conjunto, por apoyar los esfuerzos de la comunidad internacional por mejorar el acceso a la sanidad de las poblaciones más vulnerables de los países en desarrollo. Asimismo constituye una excelente plataforma de trabajo, consulta e intercambio de experiencias e información para todos los profesionales médicos y las organizaciones de desarrollo del ámbito médico y socio-sanitario.
17. Los médicos reiteramos nuestro compromiso permanente en la defensa de los derechos humanos y dignidad de las personas en cualquier parte del mundo, así como en la lucha contra el sufrimiento, el dolor y la enfermedad.

18. Este II CONGRESO DE COOPERACION INTERNACIONAL DE LA OMC, es un ejemplo claro de compromiso de la profesión médica y las corporaciones médicas que la representan, con la sociedad en su conjunto y con los seres humanos que sufren, y se constituye en un marco de referencia con periodicidad bianual y de integración de las demás organizaciones profesionales internacionales, también en el ámbito Ibero latino americano.

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

Fundación para la Cooperación Internacional de la OMC

Con la colaboración de:

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Cantabria



COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS
DE CANTABRIA

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos:

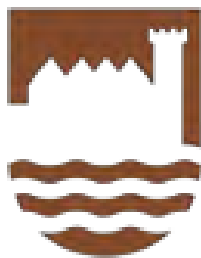
AGRADECIMIENTOS:

Ayuntamiento de Santander



AYUNTAMIENTO DE
SANTANDER

Palacio de la Magdalena



PALACIO DE LA
MAGDALENA

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

Videos

OMC 

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

Videos de las
ponencias del
II Congreso de
Cooperación
Internacional de la
OMC

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

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