

a través

del voluntariado

octubre 2010
revista de la fundación
itaka escolapios vlc

LA SALUD
¿objetivo prioritario?



NÚMERO

10



Fundación
ITAKA ESCOLAPIOS
Valencia

Revista A TRAVÉS DEL VOLUNTARIADO
Fundación ITAKA ESCOLAPIOS-VLC.
Octubre 2010

Colabora



SUMARIO

04 noticias
“MARÍA Y YO”
“A CIEGAS”

08 pobreza cero
ÁFRICA: LA SALUD
COMO OBJETIVO
PRIORITARIO

12 actualidad
SALUD E INMIGRACIÓN
EDUCACIÓN PARA LA SALUD

19 materiales
para la acción

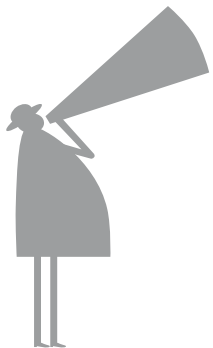
23 reportaje
PROGRAMA DE SALUD
DE LA ROMANA

32 opinión
GENÉRICOS Y PAÍSES DEL SUR

36 historia de vida
AUTISMO

Gracias a Mónica García, Beatriz Tomás, Leidy, Estrella Clemente,
Patricia Muedra y Gerardo Sanchis por su colaboración en la redacción de esta revista.

EQUIPO DE SEDE. *Coordinador de sede:* Manel Camp *Representante de la Fraternidad de Valencia:* Mario Contell *Representante Provincia de Valencia:* Camilo Llorca *Responsable Área de Cooperación:* Laura García *Responsable Área de Voluntariado:* Eva Gascó *Responsable Área de Sensibilización:* Esther Esteban. Esta revista ha sido elaborada por el Equipo de Comunicación: María Casinos, Constanza de las Marinas, Pepe Montalvá y Paz Suñer; con la colaboración de voluntarios/os y otras personas no vinculadas a la fundación. La revista pretende ser un foro de opinión, todo aquello que quieras comentar tiene su sitio en el próximo número. Envíanos sugerencias, artículos o críticas a la siguiente dirección: C/ Pintor Domingo 3-1, 46001 Valencia; a través de los coordinadores de cada área o campo, o por correo electrónico a: valencia@itakaescolapios.org. Esta revista tiene 40 páginas y se ha hecho una tirada de 200 ejemplares.



edito

¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE SALUD?

Suele pasar que, normalmente no te preocupas demasiado por algunas cosas importantes de la vida hasta que te toca sufrirlas. Y más concretamente en temas de salud (exceptuando a los profesionales médicos, que viven con ello todos los días). Mientras eres joven, eres fuerte, tienes energía para “comerte el mundo” y no piensas demasiado en la enfermedad. Conforme te haces un poco más mayor, empiezas a pensar un poco más en ello. No sólo porque ya no tengas la misma vitalidad, sino porque tus padres, abuelos, y demás familia se han hecho mayores contigo y empiezan a tener “achaques”. Entonces empiezan las preocupaciones, los cuidados personales, las hipocondrías, el “porqué a mí”, o el miedo a la muerte.

Y suele pasar, también, que tras vivir experiencias duras de este tipo, caes en la cuenta de la cantidad de sufrimiento que provoca en el mundo la falta de salud. En países más desarrollados y menos desarrollados, en personas con dinero y en personas sin dinero, con o sin seguro médico, guapos o feos, etc. Nos afecta a todos por igual. Bueno, no tan igual. En muchos países de África, América Latina y Asia, la gente muere (especialmente los niños) por enfermedades que en nuestro país superan los

niños bien pequeños en unos días. Debido a la falta de prevención, médicos y medicinas, agua potable, hambre, etc. Situaciones de miseria que se agravan especialmente cuando además llega el huracán de turno y lo pone todo “patas a arriba” (aún más). Cuando suceden terremotos, inundaciones, o cualquier otra catástrofe natural la situación se convierte en pocos días en CATÁSTROFE o EMERGENCIA SANITARIA. Emergencias que ponen en alerta al resto de la población mundial, que suele responder solidariamente, pero que con el paso de los días o meses vamos apartando inconscientemente de nuestra mente sin caer en cuenta que la cosa necesita años para arreglarse.

¿Cómo respondemos los escolapios ante estas situaciones continuas de insalubridad, estas (como otras muchas) situaciones de injusticia que desde tiempos de Calasanz intentamos erradicar?. Fácil la pregunta, fácil la respuesta: a través de la educación.

Educando en nuestros colegios a los alumnos para que sean sensibles a las necesidades (de todo tipo) de quienes les rodean, y también de quienes no conocen; concienciando a toda la comunidad educativa que la falta de recursos de ciertos colectivos tienen más conse-

cuencias de lo que parece; animando a todo el que pueda a colaborar activa o económicamente para paliar estas necesidades; educando a la población dominicana y nicaragüense (se está comenzando a trabajar ahora este tema) con el vital apoyo de las promotoras de salud, en actitudes propias de un estilo de vida saludable; proponiendo (ver páginas centrales de esta revista) algunas dinámicas y talleres que pueden trabajar nuestros/as voluntarios/as con los niños y niñas a quienes sirven; etc.

Seguramente os habréis extrañado un poco al ver que el título de este nuevo número, pero espero que os haya quedado claro el porqué hemos elegido trabajar el tema de la SALUD, y que os haya animado, de algún modo, a interesarnos por situaciones de falta de salud en el mundo (ver pobreza cero); a descubrir en qué consiste el Programa de Salud que se lleva a cabo en La Romana y la vivencia personal de quienes colaboran en él; y también a caer en la cuenta de que existen enfermos cerca de ti que pueden sufrir el rechazo automático por el desconocimiento de una enfermedad. A fin de cuentas, a ser empáticos con aquellos que sufren de alguna u otra manera y ponerte manos a la obra para evitar este sufrimiento.

viajes, cambios y experiencias
breves**CAMPOS DE TRABAJO EN EL SUR 2010**

Ocho voluntarios han viajado este verano hasta Centro América para colaborar en los campos de trabajo de la Fundación Itaka Escolapios. Los primeros en marchar fueron Patricia, María y Beatriz, que estuvieron del 1 al 31 de julio en La Puya (Santo Domingo) donde organizaron campamentos y actividades de tiempo libre con los chavales de allí. Jaume, Carmen y Verónica estuvieron del 8 de julio al 8 de agosto en La Romana (R. Dominicana), encargándose de

la animación del barrio de Maria Trinidad Sánchez. Y Álvaro y África viajaron del 31 de julio al 22 de agosto a León (Nicaragua), para ayudar en la gestión del Centro Cultural Calasanz y trabajar en materia de medio ambiente.

Además, otro voluntario, Vicent, estuvo durante el mes de julio en León ayudando a Ana, la voluntaria de larga duración, a impulsar el proyecto de Salud de los Escolapios en la ciudad nicaragüense.

REGRESO DE VOLUNTARIOS

Rubén García, voluntario de larga duración en La Romana, regresó a España después de casi tres años en Rep. Dominicana. En este tiempo, Rubén ha coordinado el proyecto Calasanz nos une, un programa educativo que gestiona todas las actividades de educación no formal tales como red de bibliotecas (centros culturales), campamentos con niños, Voluntariado Juvenil, etc. El pasado 2 de septiembre, Rubén volvió a cruzar el



charco y se marchó, esta vez, a Costa Rica, donde trabaja como coordinador de obras populares de la Viceprovincia de Centroamérica y Rep. Dominicana, a través de la Fundación Solca, una fundación de nueva creación impulsada por los escolapios de la Viceprovincia.

Esperanza Sanz, voluntaria de larga duración en León, también volvió de Nicaragua después de un año de servicio en el Centro Cultural. Espe-

nuevo personal

Constanza de las Marinas ha sustituido a Maribel Suñer para hacerse cargo de las tareas de gestión y administración de la Fundación Itaka Escolapios. Maribel, quien fuera la primera trabajadora de la Fundación en Valencia, ha dejado su puesto por motivos personales ya se ha reincorporado a su trabajo de profesora de Ciencias en el colegio San Joaquín de Valencia. A partir de ahora, Cons, que fue coordinadora del área de Difusión y Secretaria del VES, se encargará de las áreas de Gestión y Sensibilización, mientras que la otra trabajadora de Itaka, Laura García, se encargará de Cooperación y Voluntariado.

ranza ya se ha incorporado a su puesto de profesora de Primaria en Albacete.

Una nueva Esperanza, esta vez Esperanza Rodríguez, también profesora del colegio de Albacete, ha sustituido a Esperanza Sanz en León, donde permanecerá durante el próximo año. En Nicaragua permanece Ana, que se encarga de los proyectos de salud, de la comunidad de jóvenes y del área de voluntarios del centro cultural.

VOLUNTARIADO EN EL SUR _ por patricia muedra

Suena el teléfono, respondes y una voz conocida, tras saludarte, te pregunta si estaría dispuesta a volver a Santo Domingo. Silencio, y... “pues claro”. Y así comienza la vuelta a un país que dentro de su caos, su desorden, sus manojos de cables envolviendo la ciudad, te enamora.

Este viaje no significaba sólo un conocer sino también un re-conocer, reconocer, lugares, personas, recordar momentos y desde luego, conocer otros lugares, personas, y vivir momentos que te remueven la conciencia. Tener la oportunidad de ver cómo los muchachos del campamento han ma-



durado, asumen la responsabilidad que suponen 150 chavales cada semana y formar parte de ello es un regalo. Este año, además de los campamentos, se realizó un censo en el Barrio de La Puya con la

ayuda de los monitores del Barrio y del Colegio Calasanz. Ver dónde y cómo viven los propios niños y monitores te hace dar gracias por esos muchachos, porque ellos mismos han sido capaces de dejar a un lado sus dificultades, que son muchas, para dedicar su tiempo a que otros se sientan niños por unas horas. Casi sin darte cuenta, surge una palabra, GRACIAS, gracias, a la Comunidad religiosa que nos ha acogido, a los monitores del campamento y a las voluntarias con las que he compartido esta experiencia, por su acogida y su sencillez, y a los niños por sus sonrisas, sus ojos que te regalan tanto cariño y gracias a ITAKA por permitirme volver.

PROYECTO VES (VALENCIA) _ por gerardo sanchis

Durante 15 días del mes de julio tuvo lugar un año más el Campo de Trabajo del VES en el colegio San Joaquín. En él han participado 14 voluntarios nuevos repartidos en los campos de: REC, Carmen, Amaltea y Santa Marta / AFENMVA, que se ha abierto este año para trabajar con chavales con discapacidad física y psíquica. Todo esto coordinado por seis personas, cuatro en los propios campos, una en formación, y otra más como Coordinador General del campo. La experiencia por parte de todos ha sido muy satisfactoria: los voluntarios han tenido una experiencia de voluntariado con niños, ya que iban todas las mañanas a las asociaciones. Pero además de

eso, y gracias a la formación recibida durante las tardes, han aprendido recursos y actitudes para estar con los niños, se han abierto a la realidad social que les rodea, y han profundizado sobre la idea de ser voluntario en la sociedad. Así pues, el buen ambiente y las ganas de disfrutar de la experiencia han contribuido a aprovecharla al máximo. Para los coordinadores, ha sido de gran satisfacción el estar con personas que le han puesto tantas ganas y el saber que han disfrutado tanto. Hablamos por tanto, del inicio de algo nuevo para muchos, y de la posibilidad de recordar y renovar fuerzas para el equipo de coordinación.



el libro

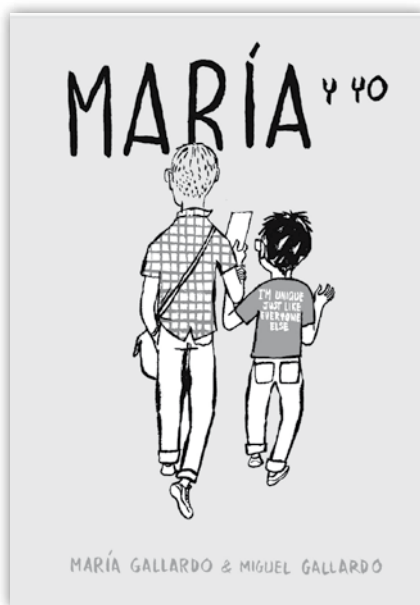
maría y yo. editorial astiberri. 2007

No es el primer libro que trata de autismo ni (esperemos) será el último. Lo diferente es la forma de hablar de este trastorno, ya que Miguel Gallardo, padre de María, ha hecho un cómic para explicar que ella “es única como todo el mundo”.

De las visiones anteriores sobre el autismo, no todas han colaborado a quitar estereotipos: “Rainman” o películas en las que el testigo de un crimen es un niño autista han hecho un flaco favor para dar a conocer el autismo y las peculiaridades de cada persona que lo sufre. Sin embargo, en 2004, “El curioso incidente del perro a medianoche”, de Mark Haddon, consiguió ser uno de los libros que han mostrado, a través de la ficción, la relación de un niño autista con el mundo que le rodea más próxima a la realidad.

El autor de “María y yo”, Miguel Gallardo es ilustrador de prensa y ha dibujado este libro del mismo modo que dibuja a María, su hija, lo que le gusta: todo lo que se le pasa por la cabeza, y sobre todo, las personas que conoce, de las que hace una larga lista que tiene memorizada y que recuerda a menudo. Es así como los profesionales del aprendizaje de niños con autismo recomiendan que se facilite las cosas a estos niños: Con pictogramas, imágenes claras que les ayuden a ubicarse, a saber qué pasa a su alrededor y qué van a hacer.

En el libro se recrean situaciones familiares, cotidianas, en la semana de vacaciones de Miguel y María en Canarias, pero no sólo narra las peculiaridades del trastorno



que padece, sino también la reacción de las personas que se encuentran con ella y que, en ocasiones, no la entienden como debieran. Los gritos en el avión son reflejo de los nervios por el cambio de situación o porque es una niña malcriada... todo depende del cristal con que se mire, de la comprensión de la persona. Y, muchas veces, la escasa sensibilidad es desconocimiento.

Por eso, Miguel Gallardo describe a su hija como una niña más, una persona cariñosa, con una memoria increíble para las personas que han pasado por su vida, aunque sea un instante, y a la que le encanta la playa, el agua y la arena.

Para una persona ajena al trastorno del autismo, el cómic de Miguel Gallardo resulta en un principio, curioso, divertido incluso, hasta hacer caer en la cuenta que no está hablando para hacer reír, sino para explicar una situación diaria que, para los que la viven, tanto niños autistas como sus familias, no es tan sencilla. Para ellos, las anécdotas de María son una realidad que el libro intenta difundir para lograr la comprensión del mundo “no autista”.

— por paz suñer | comunicación itaka vlc

la peli

a ciegas.

brasil, Canadá, japon. 2008

n07
noticias

Imagínate que un día te despiertas, o vas conduciendo, o estás en tu casa, o en el trabajo, y te quedas ciego. Imagínate que descubres que no eres el único que no ves nada, que una extraña epidemia está contagiando a la gente que te rodea y a desconocidos, que cada vez hay más gente ciega y que nadie conoce el origen, ni mucho menos el remedio, a esta enfermedad.

Este es el planteamiento que Fernando Meirelles hace en “A ciegas”, una película basada en el libro “Ensayo sobre la ceguera” del Premio Nobel de Literatura José Saramago y con el visto bueno del autor portugués.

El primer calificativo sobre la película que viene a la cabeza es impactante, incluso, brutal. Y es que, aunque la excusa para hacerla sea el llamado “mal blanco”, la extensión de una enfermedad como es la ceguera entre las personas, es simplemente eso, una excusa, ya que sirve para mostrar los instintos más bajos en situaciones como ésta.

Impresiona, en un primer momento, cómo se desmonta el mundo alrededor de los primeros ciegos contagiados. Impresiona la respuesta cuando se extiende ese extraño mal y deciden aislarlos sin las más mínimas condiciones y, sobre todo, sin buscar



otra solución. Pero, sobre todo, impresiona, la insensibilidad que se va creando en el recinto de los ciegos, la poca comprensión y, poco a poco,

la crueldad que se instaura. Es un enfrentamiento del hombre contra sí mismo y contra los demás.

Las imágenes en blanco y el contraste con los sonidos, habituales en la vida diaria pero potenciados (el del café, los coches, los pasos...) convierten en algunos momentos al mismo espectador en ciego e invitan a reflexionar qué pasaría si él mismo lo fuese. Y, ante todo, cómo reaccionaría ante los demás. Solidaridad, alegría, dolor, egoísmo, racismo, crueldad... van pasando por la pantalla en manos de los personajes ciegos.

Y como en el dicho “En el país de los ciegos, el tuerto es el rey”, la protagonista sufre todas estas actitudes porque las ve. Su valentía se convierte en impotencia y desolación, tanto como la ciudad devastada que descubre. Pero sigue luchando, por su marido y por los que le rodean, aunque se tenga que hacer cargo de ellos y de su enfermedad.

Quizá la película no alcance el nivel de la novela original de Saramago, pero si consigue despertarnos y enseñarnos a reflexionar, ya habrá cumplido una parte de su función: La de sacudirnos y evitar que nos podamos convertir en personas ciegas ante la realidad que nos rodea.

— por paz suñer | itaka vlc

África:

— por maría casinos. comunicación itaka-vlc

08p
pobreza
cero

Septiembre de 2009

Alerta. El mundo se ve amenazado por la pandemia de la gripe A. Los mecanismos sanitarios se activan: vacunas, reparto de mascarillas en los hospitales, fármacos especializados. Los estudios sobre la incidencia del virus, e incluso sobre la eficacia de la vacuna, se suceden...

También en la gripe A, África vuelve a ser la gran olvidada. Han pasado nueve meses desde que se detectara el primer brote en México, y aún así sigue sin haber datos de la incidencia del virus N1H1 en el continente africano. Se da la circunstancia, además, de que la gripe A está presente durante todo el año en los países de clima tropical, a diferencia de lo que ocurre en aquellas áreas donde las temperaturas caen en algunas estaciones.¹

Sin embargo, el predominio y la incidencia de la gripe en la mayoría de las zonas tropicales, sobre todo en África, son en gran parte desconocidos y algunas voces apelan a la necesidad de mejorar la vigilancia.

Sólo el tiempo dirá si la gripe A se convertirá en otra más de las enfermedades que sacuden África y van engrosando las cifras de mortalidad sin que el Primer Mundo haga nada por solventarlo.

Septiembre de 2010

Lo ocurrido con el virus N1H1 no suena a nuevo. En África, el SIDA, el paludismo y la malaria siguen ocasionando una elevada mortalidad. Detener y comenzar a reducir para 2015 la propagación de estas y otras



la Salud como Objetivo Prioritario



“Los países
del África
subsahariana
sólo han
recibido el 60%
de los fondos
prometidos para
la lucha contra
el SIDA”

enfermedades graves es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio cuyo cumplimiento exige la Plataforma Pobreza Cero.

Según los datos que maneja la Plataforma, los países del África subsahariana sólo han recibido el 60% de los fondos prometidos para la lucha contra el SIDA. Si no se adoptan pronto mayores medidas para combatir la enfermedad, las infecciones podrían propagarse a 90 millones de personas en 2025 en África. La prevalencia del VIH ha aumentado en todas las regiones del mundo y su propagación no ha podido detenerse en forma definitiva en ningún país.

Además, el 88% de las personas con VIH no tiene acceso a los retrovirales, a consecuencia en gran medida de que la industria farmacéutica sigue dificultando el uso de genéricos a los estados más empobrecidos, azotados a su vez por la enfermedad. Aproximadamente 15 millones de niños y niñas de todo el mundo perdieron a uno o ambos progenitores por el SIDA.

Y cada año el paludismo y la tuberculosis, que lejos de reducirse aumenta, causan juntos la muerte de casi tantas personas como el SIDA. En África muere un promedio de un niño cada 30 segundos debido a la malaria.

Mortalidad Infantil

Precisamente la reducción de la mortalidad infantil es el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio y hay que decir que en los últimos años ha habido avances, aunque insuficientes para conseguir que el objetivo se cumpla en 2015.

En Eritrea, Etiopía, Malawi y Mozambique, la mortalidad infantil se ha reducido en un 40% desde 1990. En el norte

“La inversión en salud en África es urgente y pasa por la mejora de la atención médica y el control de enfermedades”

de África, el descenso ha sido de un 84% desde 1970, y las defunciones por sarampión han bajado en más de un 90% en todo el continente. Datos para la esperanza.

Pero una vez más, la situación de África subsahariana es escalofriante: uno de cada seis niños muere antes de cumplir su quinto cumpleaños. La mitad de estas muertes se deben a tan sólo cinco enfermedades: neumonía, diarrea, malaria, sarampión y SIDA. La mayoría de estas vidas podría salvarse con medidas de muy bajo costo como sueros, vacunas, antibióticos, instalación de mosquiteros, etc.

Salud Materna

Aún queda un Objetivo del Milenio que está relacionado directamente con la salud y que hace referencia a mejorar la salud materna. También es África el continente donde más hay que trabajar en este sentido. “El riesgo que tiene una mujer africana de morir durante el ciclo reproductivo por causas vinculadas al embarazo o el parto es de más de siete por ciento”, señala Ebenezer Durojaye, investigador nigeriano en asuntos de salud y derechos humanos.

Hay algunas zonas donde el riesgo se multiplica. En Sierra Leona, por ejemplo, la situación es mucho peor y el riesgo de sufrir muerte materna es de 12,5%, frente a países como Singapur donde el riesgo es del 0,03%.

En los últimos años también se han registrado avances en este ámbito, pero la situación dista mucho de ser normal, sobre todo en África Subsahariana. De nuevo es esta área geográfica la que encabeza todos los rankings negativos: de las 529.000 muertes maternas que hay en el mundo por año, la mitad corresponde a esta zona del mundo. Los motivos hay que buscarlos en la falta de acceso a centros médicos y a la escasez de personal cualifica-

do en atención obstétrica. Y es que en África Subsahariana sólo se atiende el 46% de los partos.

La inversión en salud en todo África es más urgente que nunca. Para que este continente se sume al carro del desarrollo, el primer paso es garantizar una calidad de vida a sus habitantes que pasa necesariamente por la mejora de la atención médica y el control de enfermedades que en el Primer Mundo no resultan mortales en la gran mayoría de los casos o simplemente están erradicadas.

La intervención debe ser transversal, pues la mortalidad infantil y materna se relacionan al mismo tiempo con la educación –las niñas constituyen el 70% de los 130 millones de niños que no asisten a la escuela- y el hambre.



“Uno de cada seis niños muere antes de cumplir su quinto cumpleaños. La mitad de estas muertes se deben a tan sólo cinco enfermedades: neumonía, diarrea, malaria, sarampión y SIDA”

Salud e Inmigración, ¿enfermedades



El fenómeno de la inmigración se ha intensificado en España durante la última década y su crecimiento ha sido exponencial en los últimos años. En este año nos podemos aproximar a los dos millones de inmigrantes de los cuales medio millón viven en una situación administrativa irregular¹. La incorporación de la población inmigrante ha supuesto una nueva realidad sociodemográfica, con la que todos convivimos en nuestro día a día. Esta nueva situación genera nuevas necesidades en todos los ámbitos (laboral, sanitario, educacional) con el objetivo de conseguir integrar a los inmigrantes en nuestra sociedad.

importadas?

— por mónica garcía peris. médico pediatra.

Algunos consideran que los inmigrantes suponen una amenaza para la salud y esta idea da pie a sentimientos xenófobos. Sin embargo, la mayoría de enfermedades infecciosas habituales en los países de origen, no lo son tanto en los países de destino occidentales, ya sea por la falta del vector necesario para la transmisión (normalmente especies concretas de mosquitos, moscas u otros insectos) o de los hospedadores intermediarios (animales o personas).

Dentro de las enfermedades importadas por los inmigrantes podemos diferenciar dos grupos. El primer grupo o **enfermedades infecciosas importadas** incluye enfermedades como la malaria o paludismo, la enfermedad de Chagas, la esquistosomiasis, la filariasis y otras enfermedades tropicales poco conocidas hasta ahora en España. Son el grupo menos numeroso y tienen lugar especialmente en hijos y en inmigrantes de larga estancia en nuestro país, que han perdido parte de su inmunidad natural y retornan de forma transitoria a sus países de origen, así como en los hijos de inmigrantes que han nacido en España y viajan al país de sus padres sin inmunidad ni tratamientos preventivos adecuados. El riesgo de transmitir una enfermedad importada a la sociedad de acogida es mínimo, ya que no se dan las circunstancias ecológicas ni los vectores necesarios para su transmisión (clima, saneamiento ambiental, calidad de las aguas...). En los inmigrantes, el riesgo de padecer enfermedades importadas disminuye con el tiempo de estancia en el país de destino, salvo algunas enfermedades que pueden manifestarse muchos

años después de abandonar la zona endémica, como la lepra, la sífilis, la enfermedad de Chagas o algunas hepatitis por virus. El paludismo o malaria se erradicó en España en 1964; actualmente de los casos declarados en España el 60% están provocados por viajeros a lugares de riesgo (América Central y de Sur, República Dominicana, Haití, África, India, Sureste asiático, Oriente Medio y Pacífico Sur) y el 40% corresponden a inmigrantes². En la Comunidad Valenciana se declararon 70 casos en el año 2008, la mayoría provenientes de Guinea Ecuatorial y Nigeria³.

El segundo grupo son las **enfermedades infecciosas transmisibles**, como la tuberculosis, las hepatitis virales, infecciones de transmisión sexual incluido el sida y muchas parasitosis. De entre este grupo de enfermedades merece una mención especial la tuberculosis, que está ligada no tanto a la situación de inmigración, sino a la mayor prevalencia de tuberculosis en el país de origen y al hacinamiento y la pobreza en que vive el inmigrante en el país receptor y que favorece la transmisión de la enfermedad. Paralelamente al descenso observado en los casos de tuberculosis en los últimos años en nuestro país, se observa en cambio un aumento progresivo de los casos registrados en población extranjera, que han pasado del 2,7% del total de casos en 1998 al 28,5% en el año 2006⁴. En la atención al inmigrante, además de las barreras culturales y del idioma, se añaden otros factores como la dificultad de conseguir el seguimiento de un tratamiento largo, las altas resistencias a los fármacos y la dificultad de localizar a todos los contactos y establecer el correcto tratamiento

“La universalización de los viajes intercontinentales ha hecho también que muchos ciudadanos europeos sean los importadores de enfermedades adquiridas en destinos exóticos”

14^a
actualidad

preventivo en ellos para evitar que continúe la transmisión de la enfermedad. Esto hace que la población inmigrante sea un grupo prioritario para la vigilancia y control de la tuberculosis. Los servicios sociales de Ayuntamiento de Valencia, a través del centro de atención a las personas sin techo y del centro de atención a los inmigrantes atienden las demandas de aquellas personas procedentes de países de alta endemia de tuberculosis.

Respecto a enfermedades como el sida, aunque las tasas de infección por el VIH en poblaciones del África subsahariana son elevadas, la incidencia del VIH en España es superior a la de determinados países de Sudamérica y África del norte de donde proceden un alto porcentaje de estos pacientes. Hasta el año 2000, se han notificado en España más de 1.000 casos de sida en inmigrantes (menos del 3% del total de casos), lo que demuestra que la epidemia de infección por VIH es autóctona en España y no está condicionada por la inmigración⁵. La población inmigrante es, por el contrario, altamente vulnerable a la infección, debido al uso de la prostitución de bajo nivel social y al ejercicio de la misma al que se ven abocados/as muchos de ellos.

Por último, también incluiríamos en este grupo de enfermedades transmisibles las hepatitis virales, en concreto la hepatitis A y B. La hepatitis A es una enfermedad aguda y no existe la situación de portadores crónicos. El virus de la hepatitis A se transmite preferentemente de persona a persona a través de su excreción por las heces y espo-

ráticamente contamina alimentos, crustáceos y aguas. Se trata de una enfermedad de distribución universal con una relación directa con el bajo nivel socio-económico y las malas condiciones higiénico-sanitarias. En los países en vías de desarrollo la infección afecta a los niños más pequeños. En los lugares con una tasa de infección baja como España, se afectan sobre todo adultos jóvenes y el mecanismo de transmisión se debe a viajes a países con una alta tasa de infección o personas con comportamientos de riesgo (adictos a drogas por vía parenteral, relaciones sexuales de riesgo, personas que viven en instituciones cerradas, trabajadores de guarderías. La infección por el virus de la hepatitis B es también una infección de distribución universal. Puede causar un cuadro agudo o infectar de manera crónica. Existen regiones geográficas con una elevada prevalencia de portadores de la hepatitis B como China, Sudeste asiático, Pacífico, Amazonas donde la infección se adquiere a edades tempranas; así pues es frecuente encontrar entre los inmigrantes de estas zonas portadores crónicos de la hepatitis B. Otras regiones como España poseen una baja prevalencia (1-2% de los adultos) y la transmisión está relacionada fundamentalmente con grupos de riesgo (contacto con sangre y fluidos corporales, promiscuidad sexual, adictos a drogas por vía parenteral, instituciones cerradas, tatuajes, punciones, viajeros a zonas de prevalencia alta).

Por lo tanto, la realidad sanitaria ha cambiado por el hecho de ver con más frecuencia, pacientes con enfermedades importadas de otros países que en España parecían



controladas o erradicadas. Sin embargo, no es menos cierto que la universalización de los viajes intercontinentales ha hecho también que muchos ciudadanos europeos sean los importadores de enfermedades adquiridas en destinos exóticos. La estigmatización por tanto de los inmigrantes por sus potenciales problemas de salud parece algo exagerada. No debemos, sin embargo, dejar de poner en marcha las medidas de vigilancia sanitaria para detectar estos casos. Desde el punto de vista de la acción social es de vital importancia no olvidar la educación en hábitos saludables, así como dar a conocer el funcionamiento de nuestro sistema sanitario para un correcto acceso al mismo cuando sea necesario.

La realidad de otros países europeos que nos han precedido en la experiencia de la inmigración, puede ayudarnos a superar prejuicios innecesarios y desde el punto de vista de la salud pública establecer mejores programas de vigilancia y control.

NOTAS

- 1) Población inmigrante y enfermedades infecciosas. Antonio Guerrero Espejo y Javier Colomina Rodríguez. Hospital de La Ribera, Alzira, Valencia.
- 2) Patología infecciosa importada. Protocolos Diagnóstico terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría.
- 3) Guía para la vigilancia y control del paludismo en la Comunidad Valenciana 2008. En www.sp.san.gva.es
- 4) Guía para la vigilancia y control de la tuberculosis en la Comunidad Valenciana 2008. En www.sp.san.gva.es
- 5) Salud e inmigración: a propósito del sida. Llácer A et al. Gaceta sanitaria;15:197-9

La necesaria educación para la salud

La Educación Para la Salud (EPS) es uno de los pilares fundamentales de la Salud Pública, que es la encargada de la Salud con mayúsculas, es decir, la que se encarga de que se apliquen bien todas las medidas sanitarias, que se han demostrado realmente eficaces para disminuir la enfermedad y la muerte de las personas y de promover su salud. Por lo tanto, cuando hablamos o hacemos EPS, debemos poner toda nuestra atención.

— por estrella clemente. médico pediatra.

Pero, ¿qué es EPS?. Según la OMS, que a pesar de no acertar siempre, en este caso lo define con mucha soltura, dice: “EPS es el **aprendizaje** que facilita **cambios voluntarios del comportamiento**, que conducen a una mejora de la salud”. Nuestras Consellerías de Educación y Ciencia y la de Sanidad y Consumo defienden que la EPS consiste en impartir conocimientos con el objetivo de modificar conductas y adquirir hábitos, para conservar o mejorar el estado de salud personal y colectivo, lo que viene a ser lo mismo que dice la OMS pero con más palabras. Uno tiende a pensar, “pues no es para tanto, total es un tipo de Educación más y tal como está la educación en nuestro país, es poco menos que nada”.

Pero, analicemos la definición:

***Aprendizaje...** No es una mera adquisición de conocimientos, ni de información. Es el hecho de que un *mensaje* llegue a producir cambios en el *receptor* y para ello, debe llegar a las tres esferas de la conciencia: Cognoscitiva (información), Afectiva (interés) y Volitiva (acción), que parece fácil, pero entraña gran dificultad.

¿Cómo podemos transmitir el mensaje educativo?

- **Información de masas**.....TV., Radio, Internet, carteles, libros, revistas, folletos, ...suelen utilizar métodos audiovisuales. Este tipo de información es poco útil para provocar cambios de conducta. No es verdadera EPS.
- **EPS en grupos**. Es más eficaz. Pueden emplearse:
 - **MÉTODOS DIDÁCTICOS O UNIDIRECCIONALES**, como clases magistrales y conferencias. Tienen la venta-

ja de que llevan la información a gran número de personas al mismo tiempo, pero el inconveniente, de que el público no participa y la atención va disminuyendo a lo largo de la sesión de forma rápida, se retienen pocos aspectos de lo transmitido y los asistentes olvidan pronto el mensaje.

- **MÉTODOS SOCRÁTICOS O MULTIDIRECCIONALES**, son compartidos o dialogados, hay o debe haber intercambio de conocimientos entre educador u receptor y los más usados son los coloquios, talleres, entrevistas,..y en ellos lo ideal es apoyar una buena charla/ debate, con juegos prácticos, y audiovisuales bien ajustados. Se debe planificar de acuerdo a los recursos tanto humanos, como materiales, de que dispongamos, ajustándonos al tipo de población (escolar, laboral, población sana o enferma,...) a la que nos dirigiremos con claridad, cuidando el volumen y tono de voz, la dicción, los gestos, la mirada, procurando que las primeras frases sean las más importantes, resaltando las ideas que queremos aclarar y lo que consideramos esencial y emplear silencios para facilitar la asimilación de la información. Esto mismo, nos sirve en el último tipo de EPS...

- **EPS individual**. Es la que suele hacerse en las consultas de enfermería y medicina. En estas, se personaliza al máximo el contenido educativo y es muy importante la relación personal entre emisor y receptor.

Si nos apoyamos en información escrita, hay que tener claro que nunca puede sustituir a la oral y que debe evitar terminología demasiado técnica, el tamaño de la letra

“Inculcando actitudes, conocimientos y hábitos positivos de salud en los niños, se consigue favorecer su desarrollo y crecimiento, fomentar su salud y prevenir enfermedades en la etapa adulta”

debe permitir la lectura con facilidad, tener márgenes amplios y espacios en blanco, con ilustraciones adecuadas a los contenidos y aportar información clara y concreta.

Pero, si es importante la preparación del educador, no lo son menos los **factores que dependen del receptor, (motivación, percepción, memoria, esfuerzo individual)** y eso, cada vez está más complicado, sobre todo en los jóvenes, que tienen su interés en otros temas. Pero es importante recordar que la memoria va a depender del volumen de información que aportemos (solo se recuerdan algunos datos, generalmente los primeros, o aquellos que más cerca nos tocan), de la rapidez con que se da la información (sin prisas), de la similitud de conceptos (evitar confusión).

También es importante las características del **lugar** donde se da la información y la **hora del día**, entre otras cosas, porque el aprendizaje es mas eficaz si el receptor tiene sentimientos de satisfacción con lo que aprende.

Pero quizás lo mas importante para que la EPS consiga resultados medibles, es decir, para que los cambios en conductas y actitudes sean permanentes, la **EPS debe ser permanente, sistemática y programada**. No vale con una actividad esporádica por bien planificada que esté y eso es difícil, porque los que normalmente realizan tareas de EPS, profesionales de la salud, de la educación y de la comunicación, o nos falta tiempo, o no queremos cargas de trabajo extra no remunerado, o nos encontramos faltos de preparación y/ o confianza para tratar temas informativos o nos agotamos ante un “publico” poco receptivo y motivado.

Por todo ello la EPS en adultos es muy complicada y poco gratificante, por mucho que todo el mundo sanitario

tenga claro, que la salud está más amenazada por formas o hábitos de vida insanos (dietas inadecuadas, sedentarismo, consumo de tóxicos,...) que por las peores epidemias y otras enfermedades más prevalentes. Gracias que alguien pensó, que el periodo escolar, es el momento en el que se crean y consolidan los hábitos, y supuso que seria en la escuela donde más podríamos rentabilizar las acciones en EPS. Inculcando actitudes, conocimientos y hábitos positivos de salud en los niños, se consigue favorecer su desarrollo y crecimiento, fomentar su salud y prevenir enfermedades en la etapa adulta. Manos a la obra. En la última década del siglo pasado las Consellerías de Educación y Sanidad ,pusieron en marcha el Programa de EPS en la Escuela, que ha ido abriéndose paso con dificultad pero que está bien planificado, incluyéndose como Ejes Transversales (aparecen en la mayoría de las asignaturas de alguna manera), temas sanitarios de demostrada influencia en la salud (alimentación, salud bucodental, higiene personal, sexualidad, prevención de accidentes infantiles y de tráfico, prevención de enfermedades Transmisibles y de drogodependencias, ocio y tiempo libre, primeros auxilios y medio ambiente). Normalmente los docentes son los que hacen trabajan las materias, con apoyo de los sanitarios de su zona de salud. Al estar incluidos en las materias de trabajo diario, la actuación es permanente, programada y sistemática y sus frutos los veremos seguramente con los años, cuando estos niños sean adultos.

Pero todos tenemos que tener claro que, la EPS es una responsabilidad de **toda** la comunidad, no solo de los que la trabajan. También la población debe participar en ella. Las personas deben implicarse en el mantenimiento de su salud, así como participar en las decisiones que se refieran al control de su enfermedad. La EPS les capacitará y motivará para asumir su responsabilidad en esta tarea.



MATERIALES

PARA LA ACCIÓN

Los materiales educativos con que pueda contar la maestra en el aula influyen muchísimo en la calidad de la enseñanza que se les da a los niños. Si bien es cierto que, ante las carencias que hay en gran cantidad de centros educativos a nivel mundial, la imaginación y capacidad de adaptación de muchas profesionales hacen maravillas, es igual de válido informarse y conocer acerca de las formas que se ofrecen a distintos niveles y con diferente alcance para hallar nuevas herramientas -y por lo tanto más inspiración- que nos ayuden a seguir creando en nuestro salón nuevos caminos para llegar a los niños y formarlos de manera eficiente y adecuada.

A pesar de las grandes brechas que existen, muchas instituciones educativas internacionales se esfuerzan en llegar con estos conocimientos lo más lejos posible. Casos como el tremendo éxito de un megaevento sobre el software educativo libre, realizado hace poco en España, son un excelente ejemplo. En una serie de presentaciones, se promovió la organización de un portal, tipo Wikipedia, donde se propondrían nuevos modelos de programas educativos, los cuales estarán abiertos a las innovaciones que la comunidad educativa mundial quisiera hacerles. Por supuesto que se incluían todas las ramas; la educación infantil entre ellas.

Otro gran esfuerzo lo constituyen los concursos que promueven la invención de material didáctico especializado, como el Bienal (2008-2009) que se viene convocando por la Fundación ONCE para América Latina, una institución dedicada a la inclusión en el sistema educativo de discapacitados visuales. Su principal objetivo es el de recibir proyectos o propuestas de diseños sobre materiales que faciliten el aprendizaje y la inclusión a los niños ciegos.

Las posibilidades van desde encontrar cursos de aplicaciones didácticas de internet en el aula, pasando por aquellos que promueven la creación por parte de los mismos educadores del material, hasta la oferta o exhibición de estos en el ciberespacio.

La actualización en estos temas no sólo nos enriquecerá a nosotros como profesores (y por qué no, como padres de familia), sino también a los niños, quienes responderán con su atención y mejor aprendizaje a nuestro esfuerzo.

1
**ESTAR BIEN ES
DIVERTIDO**

2
**LA IMPORTANCIA
DE LAS FRUTAS**

3
**JUGANDO,
CREAMOS
HÁBITOS
SALUDABLES**

ESTILO DE VIDA SALUDABLE

ESTAR BIEN ES DIVERTIDO

OBJETIVOS:

- * Darse cuenta de la relación que existe entre hacer ejercicios y tener cuerpos saludables.
- * Aprender una variedad de maneras para hacer ejercicios y estar activos.

TAMAÑO DEL GRUPO: De 6 a 8 niños por voluntario.

TIEMPO DE DURACION: Esta lección está diseñada para una reunión de grupo con una duración de 30 a 60 minutos.

FINALIDAD: Ayudar a los niños para que se emocionen acerca de una buena condición física! Compartir estos juegos y actividades para promover un mejor conocimiento del ejercicio y como éste nos mantiene saludables. Ayudar a los niños a darse cuenta que hay muchas maneras de ejercitar nuestros cuerpos.

“Batuta con Flecós” (7 - 9 minutos)

Materiales: Papel periódico, cinta adhesiva(masking), papel crepe y tijeras.

Haga batutas de muchos colores para usarlas mientras se hacen ejercicios con música. Muéstrole a los niños como enrollar una sección de papel periódico para hacer una batuta corta. Asegúrela con cinta adhesiva. Corte tiras de papel crepe (colas) de 2 -3 pies de largo; asegure las puntas de los flecos a la batuta con cinta adhesiva. Demuestre como las batutas deben ser usadas con toda seguridad. Adviértale a los niños acerca de tener suficiente espacio en el cual puedan moverse con seguridad.

Nota para el Voluntario: Pídale a los niños que preparen muestras adicionales para usarlas en una exhibición de Arte y Clase de Demostración de Cloverbud acerca de las Habilidades para la vida en el área de Comunidad y artes Expresivas

“Diversión con Aeróbicos: Nuestro Pulso Descansando y Acelerándose” (4- 6 minutos)

Materiales: Un reloj con segundera.

Pregunte si alguien alguna vez a escuchado la palabra “aeróbicos. Alguien sabe que significa? Explique que son ejercicios que hacen latir mas rápido el corazón. Esto es bueno para nuestros cuerpos. Enséñeles a los niños como sentir su pulso al poner dos dedos en su cuello debajo de su barbilla. (ayúdelos si tienen problemas localizando su pulso). Cuando cada uno pueda sentir su pulso, pídales que cuenten cada latido por diez segundos. Pídales que compartan cuantos latidos contaron. Haga que los niños corran en su lugar o brinquen por 30 segundos. Pídales que sientan su pulso y que cuenten por otros 10 segundos. Qué pasó? La velocidad de los latidos aumenta porque el ejercicio ha hecho que nuestro corazón trabaje más duro.

Aplicación: Ponle mucha atención a tu corazón la próxima vez que estés verdaderamente activo. Puedes sentir que tu pulso está acelerando?



ALIMENTACIÓN

LA IMPORTANCIA DE LAS FRUTAS

¡Cómete el mundo! Tómate 5 al día y tu cuerpo recibirá el agua, la fibra, los minerales y las vitaminas que necesita para vivir a tope. El consumo de, al menos, 5 raciones de frutas y hortalizas al día, contribuye a llevar una alimentación equilibrada.

Las frutas y hortalizas te ayudan a estar sano y prevenir enfermedades. En las cenas y comidas se pueden disfrutar de mil maneras, como plato principal o de acompañamiento. ¿Te aburren tus desayunos y meriendas? Las frutas son la solución más divertida. Tienes un montón para escoger, son muy fáciles de tomar y puedes combinarlas con yogures, leche, chocolate, miel ¡hasta mil combinaciones! Diviértete preparando las meriendas más ricas y divertidas. Ponte manos a la obra ¡te chuparás los dedos!



Fresones con yogurt

- Limpia los fresones pasándoles agua y después les cortas el tallo.
- Los pones en un recipiente y tiras el yogurt por encima.
- Si quieres que te quede de color rosa, una vez has tirado el yogurt, corta los fresones en varios trozos. Verás como poco a poco el jugo de los fresones irá tiñendo de rosa el yogurt.

Pinchos de frutas

- Eliges las frutas que más te gusten. Manzanas, naranjas, plátanos, melocotones, melón. También, dependiendo de la época del año encontrarás unas u otras.
- Las pelas y cortas en cubitos del mismo tamaño. Que no sean muy grandes porque son para poner en el palito.
- Coges cubito a cubito y los atraviesas con el palito y los vas dejando hasta que ya no quepan más. Entonces, coges otro palito y haces lo mismo.

Tostadas con plátano y cacao

- Tuestas pan en la tostadora.
- Eliges unos plátanos, los pelas y los cortas a rodajitas muy finitas.
- Cuando ya tienes el pan tostado pones las rodajitas de plátano bien repartidas encima de las tostadas.
- Tiras cola-caó con una cuchara por encima de los trocitos de plátano para que se quede enganchado.

HIGIENE DENTAL

JUGANDO CREAMOS HÁBITOS

Desde que el momento en que comienzan a brotar los dientes en los niños, es necesario empezar con los hábitos de higiene dental. Muchos doctores incluso recomiendan empezar desde antes, utilizando gasas suaves y sobando ligeramente con ellas las encías del bebé.

OBJETIVO: Al principio la responsabilidad es exclusiva de los papás, pero conforme pasan los meses y luego los años, los niños ya están en capacidad de valerse por sí mismos en la tarea. Una de las maneras de reforzar este hábito en los niños es enseñándoles en el jardín de infancia acerca de su importancia; y qué mejor forma de hacerlo que a través de juegos divertidos y eficaces. A continuación te brindamos una descripción breve de una de las muchas alternativas que existen.

MATERIALES: Con los materiales con los que contemos, los monitores/voluntarios/ maestros podemos crear un rostro grande de niño -y de ser necesario otro de niña-, sonriendo con la boca abierta y los contornos de cinco dientes dibujados en ella. Luego se pega el rostro en la pared o pizarra. Puede hacerse pegando cartulinas de colores, por ejemplo.

ACTIVIDAD: se pedirá a los niños que le ayuden al del rostro a “cepillarse”, para lo cual hará varias preguntas sobre el hábito de lavarse los dientes y los niños que sepan la respuesta levantan la mano. El voluntario elige a uno para que responda y si lo hace bien pintará de blanco uno de los dientes, utilizando crayola o témpera. Cuando se terminen los dientes, se usará otra carita diferente y se seguirá con otras preguntas, hasta que todos los niños hayan participado. También se puede organizar a los niños en dos grupos; se intercalará las preguntas entre ellos y los pequeños se irán turnando para representar a su grupo, que le podrá ayudar con la respuesta. Al final, el grupo que haya pintado más dientes será el ganador.





Programa de salud en la Romana

“La situación sanitaria en la República Dominicana en general, y en la ciudad de La Romana en particular, es precaria. La sanidad pública es escasa y de todo punto insuficiente para cubrir las necesidades de la población...”. Con esta frase comienza el desarrollo de nuestro Proyecto de Salud. Leído desde España suena a frase vacía o al menos a dato frío y distante, pero cuando se traduce en frases como “este mes tomaré yo el tratamiento y el mes que viene mi esposo porque no tenemos para pagarlo” o en niños que mueren deshidratados por una diarrea al no poder acudir a un centro sanitario, o en mamás que no pueden traer a su hijo a la consulta porque está enfermo y no pueden cargar con él por más de 3 km a pie bajo el sol del mediodía (que se ve bien bonito en las fotos, pero que te quema hasta las ideas cuando está Caribe), o en una niñita que muere en un hospital a oscuras porque les cortaron el suministro eléctrico mientras su mamá la vigila a la luz de su celular...

— por beatriz tomás. médico pediatra
voluntaria de larga duración en La Romana

Entonces deja de ser una frase o un dato para ser una realidad que hiere en lo más profundo. ¿Cómo acercarse a esa realidad? ¿Cómo trabajar por la salud en este país sin sentir que no estamos más que intentando vaciar el mar con un cubito? Miramos entonces a Calasanz y su intuición vuelve a cobrar sentido. Es a través de la educación, de la educación para la salud en nuestro caso, como podremos cambiar la situación sanitaria de este país. Alguien me dijo una vez: "tienes la habilidad de hacer que la gente quiera cuidarse". Ojalá y que consigamos que las personas de La Romana quieran cuidarse y cuidar de los demás.



Ante una sanidad pública que sobre el papel es similar a la española pero que en la práctica es prácticamente (y valga la redundancia) inexistente, cobran mucho sentido las redes de salud comunitarias y la figura de los promotores de salud. Con esta base y buscando asegurar la salud de los niños y con ellos las de sus familias, articulamos desde el verano de 2006 un Proyecto de Salud Preventiva para las áreas de población en las que trabajaba la comunidad escolapia local. Estamos hablando de más de 20 km² con una población no censada y difícil de cuantificar con inmigración constante, legal e ilegal, y por tanto en continuo crecimiento, que va desde el barrio de Savica hasta el de Cumayasa en el Km 10 de la carretera a San Pedro de Macorís cubriendo todo el cuadrante suroeste de la ciudad de La Romana.

Poco a poco y desde el contacto directo y cercano con las comunidades, sin olvidar el durísimo trato con las autoridades sanitarias locales (en interminables reuniones vacías y redundantes), hemos ido articulando un Proyecto que se organiza en 5 programas y que depende en gran medida de un grupo de voluntarios, los promotores de salud, que han aprendido a organizar su tiempo y que dedican sus esfuerzos al cuidado de la salud de sus comunidades

y a la educación para la salud de pequeños y grandes. En las siguientes líneas te contamos cual es nuestro pequeño proyecto, nuestro pequeño cubito para vaciar el mar. Pequeño en números pero muy, muy grande en vida e ilusión.

CONTEXTO DEL PROYECTO

La situación sanitaria en la República Dominicana en general y en la ciudad de La Romana en particular es precaria. La asistencia pública es escasa y de todo punto insuficiente para la atención de toda la población. El nuevo sistema de seguridad social, que trata de organizar la asistencia sanitaria, fracasa con la aparición de faltas de organización (cuando no corruptelas) que hacen que a personas sin recursos les sean denegadas las ayudas oficiales mientras estas se dirigen a personas con mejores posibilidades.

La provincia de La Romana y sus municipios adscritos tiene una población estimada cercana a 500.000 personas y un sólo hospital público con una cobertura de 50 camas y un centro sanitario con internamiento con unas 20 camas más. También hay varias clínicas privadas, muy caras, que

son de muy difícil acceso para los pobres. En el país no existe la denominada, clase media, con una clase alta minoritaria y muy acaudalada y el resto de la población con escasos recursos. Esta polaridad también se manifiesta en el acceso a los recursos sanitarios, que son escasos y muy caros.

Según la ley, por cada 2500 personas debe haber una Unidad de Atención Primaria (**UNAP**) dotada con un médico, un enfermero, un promotor de salud y un técnico familiar. En los barrios se están abriendo algunas de estas **UNAP** atendidas por jóvenes médicos en su año de pasantía o servicio gratuito a la comunidad que deben realizar al terminar la carrera de medicina. Estos centros se ubican en locales bastante pequeños y con pocos recursos para la atención básica; en ocasiones no hay electricidad o suministro de agua. La red de atención primaria en La Romana y su municipio consta de unas 10 UNAP cuando debería haber más de 200. Así pues, con la red actual se atiende a menos del 10% de la población, con una asistencia precaria y lejos de lo que marca la legalidad.



OBJETIVOS

- Impulsar la EDUCACIÓN PARA LA SALUD en la comunidad; especialmente en los sectores de población más vulnerables: familia, infancia y juventud.
- Mantener un SERVICIO PEDIÁTRICO de calidad a las familias pobres.
- Proveer de MEDICAMENTOS básicos a personas sin recursos.
- Mantener una red de PROMOTORES DE SALUD en la zona suroeste de La Romana.
- Facilitar la PROMOCIÓN DE LA MUJER en la zona

Para ello mantenemos una serie de opciones:

- Educación para la salud de los padres, niños y jóvenes; dando prioridad a los alumnos de las Escuelas y del Barrio; especialmente, los más necesitados.
- Apertura a programas de promoción de la familia.
- Promoción del voluntariado juvenil.
- Colaboración con instituciones públicas y privadas que trabajan en el ámbito de la Salud.

“La mayoría de las familias no dan seguimiento médico ordinario a sus hijos por falta de costumbre y porque, debido a la escasez de pediatras, los casos ordinarios no son atendidos en Salud Pública”

26r
reportaje

El hospital de Salud Pública está capacitado para hacer intervenciones quirúrgicas, pero no goza de credibilidad entre la población por lo que estas prácticas las realizan las clínicas privadas con la carga económica que supone. Con respecto a la medicina preventiva, hay esfuerzos por mejorarla; sobre todo, a instancias de la Organización Panamericana de la Salud. A nivel preventivo se han hecho algunas campañas de vacunación masivas e información sobre enfermedades endémicas como el Dengue, el SIDA y la Malaria, pero con escaso predicamento y nulo seguimiento posterior. Los programas de vacunación siguen la filosofía de la vacunación universal por medio de campañas, en vez de la vacunación personalizada (medida mucho más eficaz a nivel preventivo). Las Escuelas Primarias no tienen una conciencia clara de su función educativa en el ámbito de la salud y los padres tampoco están bien formados en este tema.

La mayoría de las familias no dan seguimiento médico ordinario a sus hijos por falta de costumbre y porque, debido a la escasez de pediatras, los casos ordinarios no son atendidos en Salud Pública. En definitiva, los que quieran tener un pediatra, lo deben de pagar. En estas circunstancias es fácil imaginar que las familias pobres no gastan dinero en llevar a su hijo sano a un pediatra y cuando consultan es, en ocasiones, demasiado tarde.

Así pues, con esta importante deficiencia sanitaria, la mayor parte de la atención médica es privada, con unos

precios que la mayoría de personas no pueden asumir, por lo que se acude a recibir asistencia tarde en muchas ocasiones, cuando las enfermedades se han agravado o son ya incurables. Por supuesto, es impensable el acudir a los médicos de forma preventiva o para revisiones rutinarias, práctica que se ha demostrado de tremenda utilidad en la población infantil.

Como en otras partes de Latinoamérica o de África cobra pues una gran importancia la figura de los Promotores de salud (personas de la propia comunidad a las que se proporcionan conocimientos higiénico-sanitarios) que son el enlace con el sistema de Salud y dinamizadores de actividades de promoción de la Salud. En la ciudad de La Romana únicamente hay 6 promotores de Salud oficiales en el momento actual que reciben una compensación económica irrisoria por su trabajo con muy escasa motivación y con un trabajo que sobrepasa en mucho sus capacidades.

DESARROLLO DEL PROYECTO

Nuestro proyecto es como un árbol con 5 ramas que se interrelacionan: Gestión del dispensario Padre Cavalotto, Atención Pediátrica, Programa de Promotores de Salud, Gestión de Medicamentos y Educación para la salud.

DISPENSARIO PADRE CAVALOTTO

Cuando, en 1984, los padres escolapios llegan a La Romana se les encomienda la Parroquia de Cristo Rey, en cuyos locales se encuentra un pequeño dispensario médico.



Desde el principio, los escolapios se hacen cargo del proyecto mejorando las instalaciones y buscando recursos para su sostenibilidad. En el momento actual, el centro se articula como un policlínico donde se ofrece asistencia primaria para adultos y niños y asistencia especializada en las áreas de ginecología, dermatología, diabetología, psicología y cardiología; todo ello a precios económicos gracias a que los médicos trabajan en régimen semi-voluntario (cobrando un 10% de lo que cobran habitualmente) ofreciendo una asistencia de calidad y centrada en el enfermo.

Así mismo, el centro también ofrece servicios de enfermería, un laboratorio de análisis clínicos, sonografía, centro de vacunación gratuita y una farmacia que ofrece medicamentos gratuitos o a precios muy populares.

r 27
reportaje



Nuestros esfuerzos se dirigen en el momento actual a conseguir una fuente de financiación estable que permita abaratar aún más el importe de las consultas manteniendo la calidad de la asistencia y a conseguir del estado la colocación de una UNAP con su dotación correspondiente en nuestros locales que permita asegurar la asistencia primaria gratuita para la comunidad.

ATENCIÓN PEDIÁTRICA

Desde el verano de 2006 mantenemos una atención pediátrica gratuita y estable a diversas comunidades. Con periodicidad semanal en el dispensario padre Cavalotto y con periodicidad quincenal en diferentes barrios (Caleta, Cumayasa, Cucama y María Trinidad Sánchez) se visita a los niños entre 0 y 14 años.

Pretendemos fomentar en las madres la conveniencia de la prevención en el cuidado de sus hijos, proponiendo visitas mensuales durante el primer año de vida para el seguimiento de peso, talla y desarrollo neurológico, y cumplimentación personalizada del calendario vacunal. Así mismo les entregamos su “cartilla de salud infantil” donde se va recogiendo la evolución de su hijo. Para ello contamos con la colaboración de una pediatra local gratificada por el proyecto, con lo que la atención proporcionada se mantiene de alta calidad. Hemos abierto más de 2000 historias clínicas, con una media de 1400 consultas anuales, evidenciando una creciente frecuentación (en torno a 4 visitas por año), que responde a nuestros objetivos. Más de la cuarta parte de los niños que atendemos está por debajo del año de edad y en ellos la regularidad en las visitas crece cada día.

Pero más allá de estos números, lo que vemos cada día cuando nos acercamos a las comunidades es una implicación creciente en nuestro proyecto, una “normalización de la consulta” y un ambiente, difícil de traducir en números o datos, de cuidado en la salud de los niños y de ganas de aprender por parte de las mamás.

GESTIÓN DE MEDICAMENTOS

Si hablamos de salud, no podemos obviar la necesidad de medicamentos. En este país el acceso a las medicinas es realmente difícil; no existe un sistema de recetas o una posibilidad de recibir medicación gratuita o barata. Así pues la gente se medica mal, y en el caso de los enfermos crónicos la toma de la medicación depende sobre todo de la disponibilidad económica. Nuestro programa necesita pues de medicinas, tanto para la atención pediátrica, como para el tratamiento de los enfermos crónicos que controlan los promotores en los barrios, para surtir los botiquines que los promotores gestionan en cada barrio o para dispensarlos en nuestra botica popular del dispensario.



Hasta ahora se compraban a los laboratorios, pero esto ha supuesto una deuda histórica de miles de pesos. En el momento actual, hemos conseguido una dotación estable por parte del gobierno para medicamentos básicos. Con esto y con donaciones que recibimos a través de la fundación SOLCA (Solidaridad Calasanz) proporcionadas por algunos laboratorios farmacéuticos locales o por médicos colaboradores podemos suplir la mayor parte de las necesidades del proyecto.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

En este punto nuestros esfuerzos se reparten entre la educación para la salud en los diferentes barrios mediante charlas y actividades diversas, y el programa de educación para la salud en la escuela que llevamos a cabo en los colegios escolapios de La Romana (San Pedro y San Eduardo). Este consta de una revisión médica sistemática de los niños con una charla para padres informativa y for-

“Desde este año se ha puesto en marcha en el Liceo técnico San Eduardo, la especialidad de Bachilllerato técnico de enfermería donde se realizan actividades con los muchachos”

mativa posterior así como un programa estructurado por meses en el que trabajar diferentes temas relacionados con la salud mediante juegos, dramas, cuentos y otras actividades.

Desde este año se ha puesto en marcha en el Liceo técnico San Eduardo, la especialidad de Bachilllerato técnico de enfermería en la que además de las asignaturas curriculares se realizan actividades con los muchachos para el resto de la escuela. Del mismo modo, comparten la formación de los promotores de salud, pudiendo integrarse también en este grupo, potenciando así un voluntariado joven en el área de la salud y educando una nueva clase médica que focalice sus esfuerzos en el enfermo y no en el mantenimiento de un determinado status.

PROGRAMA DE PROMOTORES DE SALUD

Sin duda este es el Programa que sostiene y vertebra el resto del proyecto. Se trata de la formación de un voluntariado para la salud que trabaje para la salud de cada una de sus comunidades. Además del importante trabajo que realizan impresiona ver el crecimiento personal que estas personas, en su mayoría amas de casa con escasos estudios, han tenido en los últimos dos años. La participación en el programa de promotores les ha llevado a salir de sus casas, a organizar su tiempo y a pasar de alumnas a profesoras multiplicando así nuestra acción.

El programa ofrece un itinerario formativo de implicación creciente. Se inicia con un cursillo intensivo de 3 días, con clases impartidas por los promotores más veteranos sobre diversos temas de salud (control del embarazo, lactancia, diarrea, hipertensión y diabetes...). Posteriormente se les ofrece una sesión formativa mensual que completa su formación, a la vez que se les invita a participar del resto de programas del proyecto y a iniciar la labor en sus barrios (ayuda a la atención pediátrica, censos de salud, charlas formativas en los barrios...). De forma voluntaria y progresiva, quien lo desea pasa al grupo de promotores veteranos que se reúne de forma semanal y que organiza el resto de actividades. De entre ellos, se eligió un equipo coordinador, formado por 6 promotores, que se encargan de la coordinación de cada uno de los barrios.

En la última convocatoria del curso se inscribieron 70 personas de edades entre 12 y 70 años, mayoritariamente mujeres, de todos los barrios donde trabajamos. Con ellos se están comenzando a realizar actividades en los diferentes barrios mientras siguen aprendiendo cosas tan especializadas como la utilización de un termómetro o la dosis de Paracetamol para un bebé de 20 libras.

Trabajando en red conseguimos llegar a muchísimas personas de los diferentes barrios, mejorando en cierta medi-

DATE.

SUBJECT

NO.

Leidy es una de esas voluntarias que dedican su tiempo y esfuerzo a mejorar las condiciones de vida de aquellos que los rodean mediante la promoción de hábitos saludables y la difusión de conocimientos básicos para la salud de las personas.

testimonio de promotores de salud _ leidy

¡Hola! Que la paz del Señor esté en cada uno de ustedes.
Mi nombre es Suleida Mercedes Ubiera (Leidy). Nací en una familia cristiana católica, en un campo de Higüey llamado Sanate. Siempre fui a misa y al catecismo cuando niña; luego fui creciendo y alejándome del camino del Señor; me casé y empecé a tener hijos (son cinco); los bautizaba, los mandaba al catecismo, los acompañaba a su primera comunión... pero no pasaba de ahí. No tenía ocupación en la Iglesia, sólo iba a misa los domingos. Hasta que un buen día me mudé a un sector llamado Km 10 de Cumayasa, sin una familia cerca; pregunté donde quedaba la Iglesia católica y empecé a asistir a misa y a los apostolados hasta que un día me dijeron que el padre Javier había mandado a buscar a algunas personas para hacer un curso de Promotores de Salud.

Sin saber lo que era, dije sí y ahí empezó a tener sentido el ser cristiana católica; porque asumí obligaciones, empecé a hacer las cosas que me gustan hacer: ayudar. Mi vida cambió: de ser una cristiana de domingo a ser una cristiana de fe, de compromiso. Y me he dado cuenta que ahora mi vida de fe ha cambiado porque uno se regocija cuando uno ayuda a un niño, a un viejito o a cualquier persona enferma.

Después de ser Promotor de Salud he pasado por muchas pruebas, por muchos sufrimientos, pero como me he acercado más a Dios puedo soportarlas con más esperanza, porque sé que Jesucristo es fortaleza y que todo lo podemos si creemos y confiamos en Él. Por eso, todos los días le doy gracias a Dios por ese día en que me mandaron a buscar y por haber conocido a personas que nos han enseñado a dar todo a cambio de sólo de la gratitud y el amor a Dios. Por eso le pido a Dios que me ayude a mantenerme firme en la fe de Cristo y a seguir ayudando a los demás y que la familia que me regaló el Señor, que son cada uno de mis hermanos promotores e salud y mis hermanos en Cristo, permanezca hasta que Él quiera.
¡Amén!



da la salud de sus barrios o al menos consiguiendo que se preocupen por su propia salud. Es curioso ver a doña Elsa a sus 70 años hablando sobre métodos anticonceptivos a los muchachos del liceo de Cumayasa o ver a Adamaris a sus 7 años desmayarse con mucho arte en los dramas sobre la diarrea en el Centro Cultural. Pero también es bonito ver a Mayra coordinando la atención pediátrica en Caleta o a Ángela rellenando los registros o a Sandra, pesando y midiendo a los niños, o a Amadeo coordinando a las mujeres de Brisas del Mar en un censo de enfermedades crónicas, o a Teresa y Mari Luz curando las úlceras de Cristian día a día en su casa desde hace más de 7 meses, o a Leticia dando una clase sobre la diabetes ante 70 personas...

Cada uno de estos promotores crece en cada acción que realiza, pero sin duda, está llevando esa buena noticia a cada persona que visita, con el mejor modo de evangelizar.

Mucho aprovechamiento

Con estas armas nos enfrentamos cada día a ese inmenso océano de necesidad y urgencia. De todos modos vamos cargados de ilusión y la frescura de lo nuevo, confiados en la ayuda de Dios que cuida de sus pequeños, quizá un poco a través de nosotros y nuestras pequeñas obras. Calasanz decía *“Soy del parecer de que no abandone la ayuda a los enfermos, que me parece de mucho aprovechamiento y caridad apostólica despreciar en situaciones semejantes la propia vida por la salud del prójimo; y puesto que el Señor le ha otorgado este espíritu, no lo cambie por ningún otro”*. Sin duda, y después de más de año y medio por estas tierras, puedo decir que el trabajar por la salud de estos enfermos, y en especial de los más pequeños, es de mucho aprovechamiento, comprobando cada día que perdiendo un chin de vida en cada uno de los enfermos con los que nos encontramos, recibimos mucho más del ciento por uno; y si no, dime tú, qué mejor sueldo que una funda de mangos, un bolón o una sonrisa al final del día.



Genéricos y países del sur,
otro frente en esta batalla contra
la injusticia

— por pepe montalvá.
comunicación itaka-vlc

En medio de la desesperanza un rayo de luz puede iluminarlo todo. El pasado mes de febrero, merendaba con una buena noticia. Un tribunal de la India le ha parado los pies a Bayer en su intento por bloquear la competencia de genéricos. No se trataba de una victoria pírrica, la sentencia permite a la India producir medicamentos genéricos vitales, incluyendo los tratamientos del VIH para millones de personas en la India y en otras partes del mundo (1).

La noticia es un resquicio de esperanza para todos aquellos escépticos de esos acuerdos internacionales con los que los gobiernos de turno hinchan su vanidad y que acaban convirtiéndose en un indigesto menú de buenas intenciones, que siempre –o casi siempre– acaba atragantándose. La retahíla de experiencias podría ser interminable, basta con echar una mano a los (des)acuerdos de Kyoto, los objetivos del Milenio, o esa Alianza de Civilizaciones que tanto cacarea nuestro presidente. Ejemplos de que no sólo de intenciones vive el hombre y de que, cuando la voluntad política se limita a la foto de turno, todo acaba siendo en vano. También en el terreno farmacéutico tenemos para explayarnos; los *Acuerdos de Doha* (que, por cierto, está en Qatar) tenían una intención directísima: anteponer la salud pública de los países al lucro de las farmacéuticas (2). Un principio esencial para que aquellos países con menos recursos puedan acceder a tratamientos hasta entonces prohibidos por su alto coste. La declaración facilita que los países en desarrollo antepongan la garantía de salud pública a las reglas de propiedad intelectual de la Organización Mundial del Comercio, permitiendo la introducción de genéricos que forzasen los precios a la baja y asegurar de esta forma el acceso a un tratamiento médico completo.

El objetivo era deshacer una contradicción mortal, una realidad que clamaba al cielo con sus cifras a corazón abierto: el hecho vergonzoso de que el 99% de las personas que tienen acceso a, por ejemplo, tratamientos retrovirales para el VIH vivan en países desarrollados, mientras que el 75% de las personas de todo el planeta viven en los países pobres, donde sólo se venden el 8% de todos

los medicamentos del mundo (3). De este modo, se les permite a los países del Sur flexibilizar los períodos de vigencia de las patentes (4) y recurrir a los medicamentos conocidos como genéricos, marcas blancas con el mismo principio activo y la misma eficiencia, pero mucho más baratos. Los acuerdos han permitido, por ejemplo, que la India fabrique un genérico similar al medicamento Glivec de los laboratorios Novartis, para los tratamientos de cáncer. El coste se ha reducido de 27.000 dólares por paciente y año a 2.700 por paciente y año con el empleo de medicamentos genéricos (5).

“La declaración de Doha contempla medidas adecuadas, pero exige voluntad política para ponerlas en marcha”, comenta Ariane Arpa, directora general de Intermón (6). Aún poniendo en duda el esfuerzo investigador de las empresas farmacéuticas en el desarrollo de nuevos medicamentos (7), nadie pone en cuestión, a estas alturas de la película, los derechos de las marcas farmacéuticas sobre sus patentes. Y es cierto que la Declaración de Doha ha servido en muchos casos de bastión y plataforma para que algunos países del Sur puedan atender a sus ciudadanos sin que suponga un saqueo a las maltrechas arcas nacionales. La India se ha convertido, en este sentido, en una potencia mundial en la fabricación de genéricos, que exporta a otros países en desarrollo e incluso a ONGs como Médicos sin Fronteras (8). También países como Tailandia y Kenya, han reducido de forma drástica los precios de los tratamientos del VIH/Sida con la inclusión de genéricos.

No obstante, todos sabemos que “hecha la ley –en este caso “la declaración”–, hecha la trampa”. Y lo cierto es



que, como denuncia Intermón Oxfam en su informe “Patentes contra pacientes”, desde 2001 los países más desarrollados han incumplido sus promesas. Las fórmulas para incumplirlas han sido variadas y diversas. La primera es, simplemente, no hacer nada. La inacción constituye un puntal que provoca la muerte “de facto” de las buenas intenciones. Practicar la pasividad en estos casos no estanca las situaciones de injusticia sino que, más bien, las hace más profundas y las agudiza. Otras fórmulas echan mano de argucias legales y trabas administrativas, en forma de *adjuntos* a tratados bilaterales que debilitan o eliminan las salvaguardas de salud pública. Como denuncia Intermón en su informe, EE.UU. constituye un claro ejemplo ya que utiliza recursos como la amenaza de sanciones comerciales o el bloqueo a procesos de negociación para tratar de obligar al otro país a salvaguardar la industria farmacéutica americana. Las presiones han logrado que países como Malasia hayan dado su brazo a torcer a los altos precios de las compañías farmacéuticas.

Por su parte, las triquiñuelas de la industria farmacéutica pasan por subir de forma desorbitada determinados medicamentos según el país y su demanda (9) o intentar retrasar lo máximo posible la fecha de vencimiento del

NOTAS

- (1) *Victoria para el acceso a medicamentos*. <http://www.msf.es/noticia/2010/victoria-para-acceso-medicamentos>
- (2) http://www.wto.org/spanish/tratop_s/dda_s/dda_s.htm
- (3) Machado, Carlos. *La Mafia farmacéutica, peor el remedio que la enfermedad*. En <http://www.ecoportal.net/content/view/full/67184>
- (4) El periodo de exclusividad de una patente se inicia desde el momento en el que el producto se pone a la venta y vence a los 10 años, pero la protección de la patente del fármaco original, dura 20 años.
- (5) Machado, Carlos. *Op. cit.*
- (6) *Los intereses comerciales impiden el acceso a medicamentos esenciales*. En <http://www.elmundo.es/>

salud/2000/372/00383.html

- (7) Al parecer, muchos de los costes de investigación de nuevos fármacos, la industria farmacéutica los afrontan conjuntamente con los gobiernos. Se estima, según leo en la wikipedia, que gobiernos y ciudadanos financian el 84% de la investigación, sólo el 12% corresponde a los laboratorios y un 4% a organizaciones sin ánimo de lucro. Los más críticos sostienen que el mayor generador de gastos de la industria farmacéutica no son ni la fabricación de moléculas cada vez más complejas, ni el uso de aparatos cada vez más sofisticados, ni el aumento de mano de obra... En realidad, los mayores gastos de la industria derivan de la comercialización y el marketing de sus productos. Visto en <http://>

“Intermón Oxfam denuncia que los países más desarrollados han incumplido sus promesas. Practicando la pasividad o echando mano de triquiñuelas legales y trabas administrativas”

periodo de protección de patentes (10), hasta el punto de que el director del Programa Mundial de Medicamentos de la OMS, Germán Velásquez, sostiene que las patentes de los medicamentos “pueden estar bloqueando el desarrollo de nuevos fármacos en lugar de potenciarlos, pues se trata de un monopolio que conlleva altos precios” (11). Incluso un informe de este año de la Unión Europea sostiene que, en el comercio de medicamentos, la competencia no está funcionando (12).

La potencia financiera de las grandes farmacéuticas es colosal. Una docena de empresas controla la mitad de un mercado que mueve anualmente cerca de 700.000 millones de euros (13). La ofensiva de los monopolios fármaco-industriales no tiene fronteras. El Observatorio Social Centroamericano, sostiene la implicación de la industria farmacéutica en el golpe de estado que derrocó el gobier-

no hondureño de Manuel Zelaya, un país que importa el 100% de sus medicinas (14). Desde que Honduras ingresó en la Alianza Bolivariana de los pueblos de América, Zelaya negociaba un acuerdo comercial para importar genéricos cubanos. El proyecto amenazaba de forma directa a los intereses de la industria e impulsó a los grupos farmacéuticos transnacionales a apoyar con fuerza el movimiento golpista que derrocaría a Zelaya el 28 de junio del pasado año.

Por eso, en medio de esta compleja maraña de intereses encontrados, chantajes y codicias varias, la pequeña victoria en los tribunales indios contra Bayer constituye un pequeño alto en el camino, un respiro, una garantía para todos aquellos que necesitan tratamiento y no podrían costárselo, una luz de esperanza, una pequeña victoria en esta batalla cruenta contra la mismísima injusticia.

es.wikipedia.org/wiki/Industria_farmacéutica

(8) Informe *Patentes contra pacientes. Cinco años después de la Declaración de Doha*. Intermón Oxfam. Puede descargarse en http://www.oxfam.org/es/policy/briefingpapers/bp95_patentsvspatients_061114

(9) Pfizer obtiene por el Norvasc en Filipinas 60 millones de dólares anuales, con un precio que es el doble que el vigente en otros países, aprovechándose de que en Filipinas las enfermedades cardíacas constituyen la principal causa de muerte.

(10) Las críticas a este respecto son constantes. “De 200 a 2004 se han registrado sólo 32 nuevos fármacos de un total de 314 aprobados. Muchos critican que las farmacéuticas hayan dejado a un lado la investigación

para centrarse en hacer pequeños cambios a fármacos ya conocidos y presentarlos como nuevos”. En Angell, Marcia. *La verdad acerca de la industria farmacéutica*. Puedes descargarlo en <http://www.scribd.com/doc/17681222/la-verdad-acerca-de-la-industria-farmacéutica-marcia-angell>

(11) Machado, Carlos. *Op. cit.*

(12) <http://ec.europa.eu/comm/competition/sectors/pharmaceutical/inquiry/index.html>

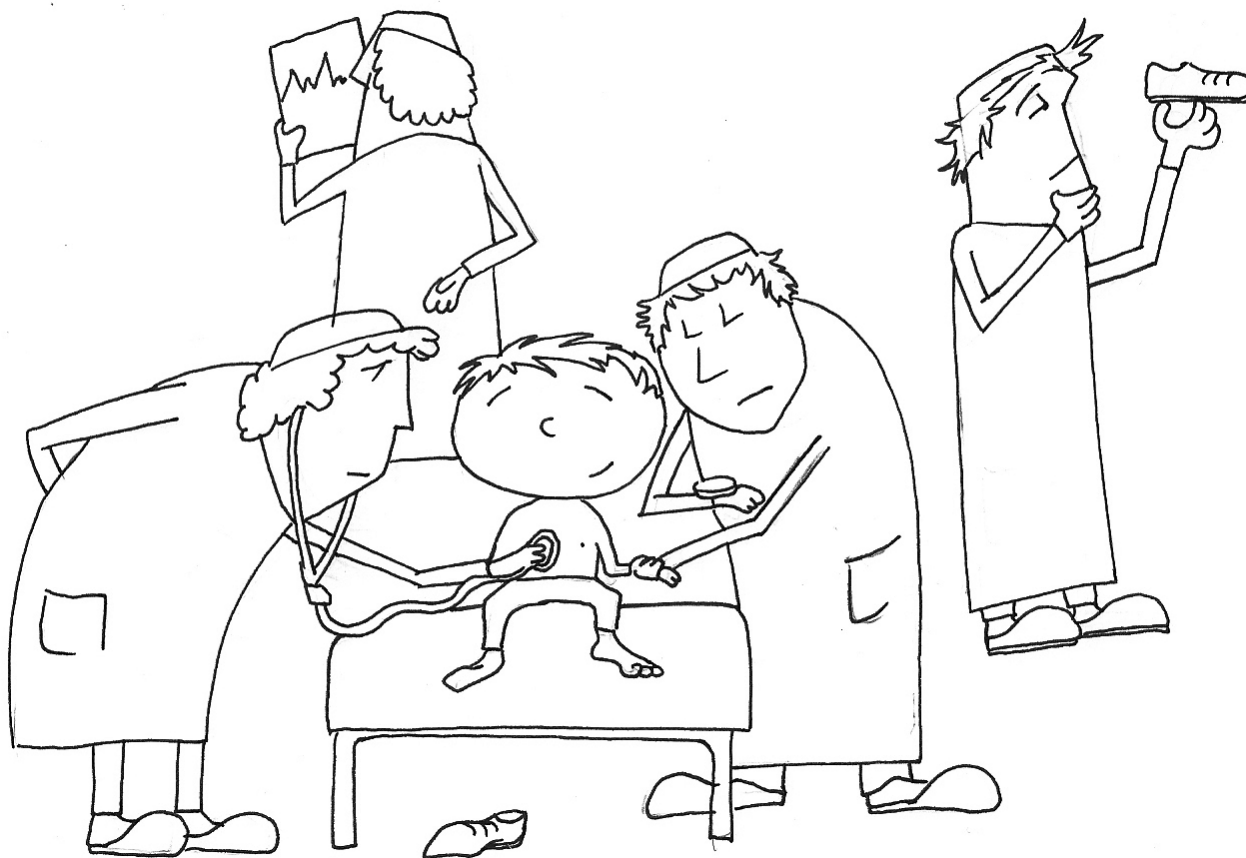
(13) Ramonet, Ignacio. *Mafias farmacéuticas*. Puede verse en <http://www.rebelion.org/noticia.php?id=90805>

(14) <http://www.prensadefrente.org/pdfb2/index.php/a/2009/07/06/p4881>

[historia de vida. AUTISMO]

**“No son bichitos raros,
son niños que no pueden expresar lo que sienten y
hay que ayudarles
a salir de su mundo”**

Ligia Gutiérrez tiene 38 años y dos hijos, Amanda, de 9 años, y Alejandro, de 5. Cuando su niño empezó el colegio se dio cuenta que el motivo de que no hablara iba más allá de un simple retraso para su edad: Alejandro tenía autismo, un trastorno desconocido y estereotipado que lo encierra en su propio mundo, sin entender lo que le rodea. Ahora Ligia habla de las alegrías y dificultades de un niño autista y su familia.



« El embarazo de Alejandro fue de una placenta previa. Aún no se ha demostrado que tenga algo que ver con el autismo, pero tuve que estar de reposo y a los cinco meses ya pude hacer vida normal, porque la placenta fue a su sitio. Después de nacer el niño, durante el primer año, tuvo tres ingresos en el hospital por neumonía. Yo atribuía el retraso de habla o incluso de empezar a caminar a que pasó mucho tiempo con los ingresos, a que no había tenido con él la misma marcha, la misma estimulación que con la hermana, “¿Por qué? Porque ha estado malito”. Caminó al límite de edad, a los quince meses y es verdad que iba escaso de habla pero hablaba, repetía palabras y reaccionaba a los estímulos, a las canciones, a las risas, a todo.

El pediatra decía que había que llevarlo a estimulación del habla, que es verdad que le faltaba vocabulario pero siempre en la guardería me decían que no todos los niños arrancan igual. Hasta que no tuvo año y medio no comencé a reaccionar, ya que en la guardería no tenía ningún comportamiento de aislamiento ni nada, simplemente que no hablaba; en los festivales participaba, se aprendía el tono de la danza, del baile... lo que tenía que hacer él lo hacía. No se veía aislado, no se veía que no estaba con el grupo, él también participaba en todas las actividades.

Pero empieza el cole y empieza la alarma, de ver que el primer día el niño cambió de ambiente y la profe ya me dijo: “A este niño le pasa algo” y ahí ya comenzó la investigación: Si era sordera, algún tipo de trastorno psi-

cológico, psiquiatra, otorrino y neurológico. Cuando no hay ningún tipo de malformación neurológica, entonces ya lo atribuyen a autismo. De hecho, en el mismo centro de autistas, al hacer la prueba y las entrevistas, en un principio creyeron que tenía sólo un trastorno del habla porque, pero al ir al colegio y verlo en el medio, con sus compañeros le ven aislado, y le diagnostican el autismo.

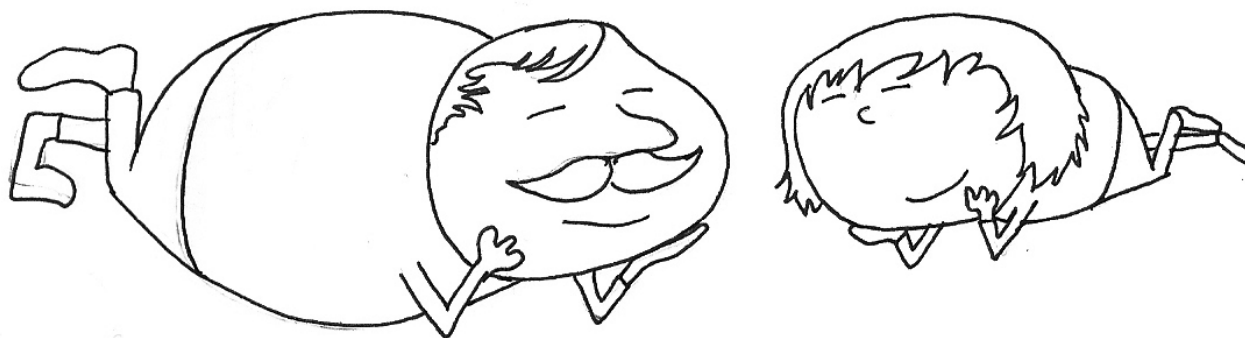
Es un palo gordo, más que nada porque es una enfermedad bastante desconocida, es un trastorno, no enfermedad, desconocido. Antes no conocía ningún caso de autismo, tenía la idea preconcebida del típico niño que está en un rincón mirando a la pared. Ahora conozco casos como esos, niños que te dicen algo y tres años después te dicen otra palabra. He visto que el autismo no es sólo eso, que la gama es muy amplia, que el misterio que hay en su cabeza es mucho más grande de lo que aún se sabe. Yo ya lo he asimilado, al padre del niño aún le cuesta asimilarlo, porque él dice que sí le entiende, le habla como si el niño le entendiera. Y Alejandro no te entiende, te mira a los ojos, te escucha, y te hace pensar que si no ha hecho lo que tú le has dicho es porque es un malcriado y, no, es porque no te entiende. Yo pensaba que mi hijo me entendía todo lo que yo le decía, lo que pasaba es que no hablaba bien, pero es que encima no me entiende. Todo lo que les rodea para ellos es desconocido, no le dan una explicación al por qué hay viento, por ejemplo. En un día de viento, notar el viento en la cara supone que un niño se puede poner muy nervioso, histérico, y en cambio, ayer, a Alejandro le daba el viento y sonreía, pero sin embargo, por el sonido de un taladro en la calle o en la casa se asusta. ¿Por qué es el palo? Porque te das cuenta que no puedes llegar a él, porque, bien, tu hijo no entiende, bien, tu hijo no habla, pero yo le puedo explicar lo que pasa, pero es que yo no puedo ni eso. Es que ni siquiera le puedes explicar lo que pasa a su alrededor. Hay muchos métodos, estamos ahora con la anticipación, enseñarle con fotos todo lo que va a hacer: se va a lavar los dientes, pues una foto del cepillo, y así él está entendiendo un poco más su entorno, lo notas un poco más tranquilo,

pero sin embargo, cuando le descolocas en situaciones que él no entiende se pone muy nervioso.

Amanda, su hermana, al inicio, cuando veía que él con tres años estaba agresivo, que si lo tocabas huía de ti porque si le dices “vamos a la ducha” y le tocas, él grita, porque no sabe lo que le dices y me explican que no es que él lo entienda, él no ha escuchado “vamos a la ducha”, él ha notado que tú lo has cogido del brazo y has tirado de él pero no sabe qué vas a hacer con él-, no lo entendía. Fue una época muy, muy dura en casa, con todo lo que le hacías él chillaba y pegaba. Y su hermana lloraba y decía “Mamá, ¿por qué tiene que ser así? ¿Por qué me tiene que tocar un hermano así?” y yo le comenté “igual que hay niños blancos o negros, rubios o morenos, más guapos o menos guapos, hay niños que son autistas y niños que no son autistas; hay niños más inteligente y menos inteligentes, pues tu hermano ha nacido autista y nos toca ayudarlo a sacarle de ese mundo, a que te pueda entender”. Y mi niña lo ha entendido así y de hecho está en el mismo colegio, el Balmes de Ruzafa, están en la hora del patio y los compañeros de ella se acercan a donde él está “vamos a ver a tu hermano, vamos a darle un beso”. Y yo le pregunto: “¿qué estaba haciendo?” “Pues hoy estaba en el columpio... hoy le he visto que estaba llorando... hoy me iba acercando al columpio donde está él, me ha visto, se ha bajado y ha venido a darme un besito, él solito, sin yo decirle nada”. Y la hermana lo entiende. Incluso este año ha empezado el aula de los nenes autistas de la zona que están allí, en el mismo colegio, y ya no es su hermano, ahora hay más y me dice “Mamá, pero ¿hay niños que están peor, verdad?”. Sí, mi hija lo entiende perfectamente, lo asume, y de hecho, a través de su forma de ser y de la forma de asumir lo de su hermano, hace que también las que están a su alrededor lo vean igual.

Claro que da alegrías, Alejandro, por ejemplo, afortunadamente expresa un poco más el sentimiento: sonríe, te abraza... Sí que veo avances: Está aprendiendo el lenguaje de signos, estamos intentando hacer que hable... y cada

“En la mente de estos niños hay un potencial grande, grande”



vez que veo que va dando pasitos es una alegría. El ver que está más tranquilo, que no está tan nervioso me gratifica. Por el mero hecho de ser tu hijo, ya tienes que estar feliz pero es duro el día a día. Hay muchas familias que lo están pasando muy, muy mal y yo puedo tal vez disfrutar cositas que sí me da: sentarme con él a ver una peli, verle cantar canciones, repetir frases de las pelis, lo veo transmitir alegría.

En el autismo se dice que hay grados: Hay nenes autistas que están muy, muy, muy metidos en su mundo y otros, no tanto. Lo que se está viendo que el autismo no es el típico niño que está repitiendo movimientos, en una esquina, arisco, que no habla; se está viendo que hay niños autistas que tienen otro tipo de relación, no hay patrones fijos. Como cada vez se sabe más de la enfermedad, cada vez hay más diagnósticos, incluso se está hablando de epidemia.

El futuro está crudo. A los siete años se nos termina la

ayuda de Sanidad de 500 euros para la terapia que está haciendo Alejandro ahora y si tuviera 7 años ya yo no lo podría llevar a terapia, yo no tengo 500 euros para pagarla. Además, lo tienen considerado sólo como una minusvalía de un 40%, es decir, que no tenemos derecho a la ley de dependencia, no tienen considerado el autismo como un trastorno en el que los niños sí dependen de nosotros, para darle de comer, para vestirlo, para darle la mano por la calle... Si no tienes posibilidad de más ayudas, hay familias que a partir de los siete años ya no pueden llevar a su hijo a terapia y el niño se estanca.

En las mentes de esos niños hay un potencial grande, grande, grande; son niños muy inteligentes, no son niños que tengan un retraso mental, es un trastorno a nivel de la mente ellos no pueden expresar lo que sienten, es como un bloqueo mental. No son bichitos raros, son simplemente niños que no pueden expresar lo que sienten y niños que hay que ayudarlos a salir de su mundo y que puedan entender y vivir en el entorno.»

experiencias de verano

República Dominicana,
Nicaragua, Valencia

