

contact

Publicación del Consejo Mundial de Iglesias

LA SALUD Y LA CURACIÓN EN TIEMPOS DE VIOLENCIA



Curar el cuerpo y la mente y restaurar las relaciones rotas

No **152**

Noviembre -
diciembre 1999

Impreso: Marzo 2001

CURAR EL CUERPO Y LA MENTE Y RESTAURAR LAS RELACIONES ROTAS

- | | | | |
|----|--|----|--|
| 2 | Editorial | 16 | Recursos |
| 3 | Introducción | 17 | Estudio bíblico
¿Paz, perdón o ambas cosas? |
| | Curación y reconciliación en Sierra
Leona | 18 | ACTUALIDAD
Los derechos de propiedad intelectual
relacionados con el comercio y los
productos farmacéuticos |
| 8 | Experiencias | | REDES |
| | El programa de mujer a mujer | 20 | Cartas y anuncios |
| 12 | Alternativas | | |
| | Lo que nos enseña la crisis de Ambon | | |
| 15 | Principios de acción | | |
| | El papel de los agentes de salud en
tiempos de violencia política | | |

En tiempos de
ruptura y de violencia,
los agentes de salud
son con frecuencia
promotores de salud
y de paz.



Portada

Dos jóvenes de Sierra Leona, amputados como consecuencia de la violencia de los rebeldes. CHASL

En estos albores del siglo XXI, el mapa de nuestro mundo está lleno de luces encendidas que denuncian la existencia de violentos conflictos. Las vidas de miles de mujeres, hombres y niños están en peligro. Y la salud física, psicológica y emocional de individuos y comunidades se ve alterada por los profundos traumas que en ellos provoca la crueldad de otras personas.

Una de las características más escandalosas de los conflictos actuales es la violencia de que sistemáticamente es víctima la población civil. En contra de todos los valores fundamentales, mujeres, niños, ancianos, son el blanco premeditado de la crueldad. El objetivo de los grupos armados, más que “ganar”, parece ser humillar al enemigo. De lo que se trata es de eliminar comunidades enteras mediante la limpieza étnica, mediante el genocidio.

En este número de *Contact* se expone la acción de personas que por todos los medios se esfuerzan por proteger y por socorrer a las poblaciones afectadas por los conflictos. En Sierra Leona, por ejemplo, se cuentan por millares los hombres y las mujeres, jóvenes y viejos, que han sido violados, torturados o mutilados y que necesitan con urgencia una atención médica que restañe las heridas de sus cuerpos. Por otra parte, tanto las víctimas como los victimarios —que son generalmente niños que, raptados por las milicias y obligados a matar, humillan y destruyen a sus vecinos— necesitan un tratamiento que restablezca sus mentes perturbadas. Finalmente, las relaciones sociales, alteradas como nunca por sucesivas olas de violencia, tienen asimismo que ser restauradas con miras a un proceso de reconstrucción. Las referencias morales y los sistemas de valores han quedado destrozados. Y el proceso de curación social exige que esos traumas individuales y colectivos sean enfocados con unos criterios holísticos basados en un espíritu de reconciliación.

“La tarea es enorme”, dice Marion Morgan en el artículo sobre Sierra Leona, país en el que, con un gran valor y con espíritu de compromiso, iglesias y organizaciones sanitarias cristianas han seguido prestando servicios de salud y promoviendo la reconciliación.

El artículo de Bosnia nos cuenta la ejemplar historia de unas mujeres que, sobreponiéndose a sus propios traumas, se han esforzado por atender las necesidades sanitarias de otras mujeres, desplazadas en remotos lugares. Las mujeres han sido, en efecto, físicamente heridas y con frecuencia violentamente arrancadas de su medio habitual, las víctimas principales de los conflictos. El programa “De Mujer a Mujer”, que ha permitido a muchas mujeres reconstruir

sus comunidades deshechas, ilustra el papel fundamental que tantas veces han desempeñado las mujeres en procesos de curación y reconciliación. Porque, con demasiada frecuencia, las autoridades eclesiásticas y civiles, e incluso muchos organismos, pasan por alto la contribución, realmente única de las mujeres a esos procesos. Este artículo interesará a todos los que consideran a las mujeres como víctimas o como “parte del problema”, cuando en realidad las mujeres podrían ser casi siempre la “parte (esencial) de la solución”.

El mismo enfoque de “capacitación” de las víctimas para la solución de sus problemas puede encontrarse en el caso de Indonesia. Aquí también, la violencia ejercida contra la población civil es causa desde hace tiempo de temores, de inquietud y de ansiedad. Y los autores del artículo subrayan la necesidad de abandonar la actitud demasiado miope de una “caridad de emergencia”, para examinar los efectos, de muy diversa índole pero también relacionados entre sí, de la violencia. Como ellos dicen, “además de prevenir y de tratar las enfermedades, hay que atender a la necesidad igualmente importante de apoyo psicológico y de formación en la solución de conflictos menores, en la defensa de los derechos fundamentales y en la rehabilitación”. Su experiencia les ha enseñado que un enfoque comunitario es más eficaz para responder a las necesidades sanitarias y de recuperación general de las víctimas de los conflictos interreligiosos.

Estos ejemplos y otros de muchas partes del mundo nos ayudan a comprender que el trabajo de mantenimiento y restablecimiento de la salud de las víctimas de los conflictos violentos, tanto en el curso de éstos como en una fase posterior, es un proceso de curación de cuerpos, mentes y de restauración de relaciones perturbadas. Significa también que la misión de los agentes de salud y de sus asociaciones tiene que ser parte integrante de los procesos de paz y de reconciliación. “La necesidad de reconciliación está en proporción con las heridas causadas por la violencia. Y estas heridas afectan a todos los aspectos de la vida”.

Por ser de los primeros que han comprendido la profundidad de estas heridas, los agentes de salud están bien situados para convertirse en agentes de curación y promotores de paz y de reconciliación en tiempos de ruptura y de violencia.

Geneviève Jacques

Directora del Sector de Relaciones del CMI.

RECONSTRUYENDO LA MURALLA

CURACIÓN Y RECONCILIACIÓN EN SIERRA LEONA

La CHASL (Asociación Cristiana de Salud de Sierra Leona), que antes de la guerra proporcionaba cerca del 40% de los servicios de asistencia médica en el país, ha seguido prestando servicios sanitarios y parasanitarios a los pobres pese a las numerosas víctimas y los daños causados entre sus miembros. Marion Morgan describe la reacción de la CHASL ante la crisis en Sierra Leona.



Refugiados de Sierra Leona en Liberia, en un centro administrado por la Federación Luterana Mundial, 1996.

Jonas Ekstromer/CMI

La incursión de los rebeldes en Sierra Leona en marzo de 1991 marcó el comienzo de la guerra, que, durante siete años limitada a las partes meridional, oriental y septentrional del país, obligó a miles de personas a abandonar sus hogares para refugiarse en países vecinos y en la capital, Freetown, entonces relativamente segura. Esta seguridad, por otra parte, no iba a durar mucho, ya que, en mayo de 1997, los militares dieron un golpe de Estado y estuvieron en el poder hasta febrero de 1998, momento en el que fueron derrocados por las fuerzas del Grupo de Control de la Comunidad Económica (ECOMOG), brazo militar de la Comunidad Económica de los Estados de Africa Occidental (ECOWAS).

Los rebeldes invadieron la ciudad de Freetown en enero de 1999 y, armados hasta los dientes con armas de todo tipo, se abrieron camino hasta las prisiones de máxima seguridad y liberaron a cerca de 4.000 presos, algunos de los cuales eran peligrosos criminales en espera de juicio.

Las muchas atrocidades cometidas anteriormente no fueron nada en comparación con las que se han registrado a partir de 1999. Mujeres y niños inocentes han sido los más afectados durante estos años de guerra, ya como blanco de fuego directo, ya por haber sido obligados a llevar armas,

torturados, violados o mutilados. A este respecto se calcula en más de 3.000 el número de niños, muchos de menos de 16 años, que han sido secuestrados por los rebeldes, drogados y obligados a unirse a los combatientes. La proliferación de armas ligeras y fáciles de utilizar como los AK47 y los M-16 ha contribuido enormemente al empleo creciente de niños soldados en nuestras guerras. Y la venta ilegal de nuestros diamantes ha ayudado a financiar la compra de armas, contribuyendo así a la continuación de la guerra durante ocho largos años.

Para promover una asistencia de salud basada en la comunidad, tenemos que encontrar y formar a personas procedentes de las propias comunidades.



Jonas Ekstromer/CM

Niños soldados/armas de pequeño calibre, Liberia, 1996.

El estado general de salud de la población se deteriora

La situación sanitaria del país se ha deteriorado considerablemente. Las tasas actuales de mortalidad de menores de cinco años (316/1000) y de mortalidad infantil (182/1000) son de las más elevadas del mundo. Sierra Leona figura en penúltimo lugar en la clasificación de los países establecida por las Naciones Unidas a efectos de evaluación de la crianza de los niños, y es considerada por la misma organización como el país menos desarrollado del mundo. Por otra parte, el 30 por ciento de los menores de cinco años sufren de malnutrición, y ese porcentaje está aumentando.

También aumentan los casos de VIH/SIDA, y son varios los brotes de cólera y de sarampión que se han notificado desde la terminación de la guerra. Miles de niños y jefes de familia han perdido brazos o piernas. Y casi toda la población, de más de 4,5 millones de personas, ha quedado traumatizada.

Infraestructura y personal

Lo malo es que son muchos los hospitales y los dispensarios, con inclusión de todos los relacionados con las iglesias, que han sido destruidos, o tan gravemente dañados que han tenido que cerrar. También se ha reducido considerablemente el número de personas de los servicios de salud. Los misioneros han tenido que salir del país, y

Las tasas de mortalidad de menores de cinco años y de mortalidad infantil son de las más elevadas del mundo, y el 30% de los niños de menos de cinco años sufren de malnutrición.



“El ruido y los disparos me despertaron hacia las dos de la mañana del miércoles 6 de enero de 1999. Tan tremendo era que no pude por menos de mirar por la ventana. Y vi a miles de personas que entraban en la ciudad desde el Este con fardos sobre sus cabezas y mochilas a las espaldas. Todos, hombres, mujeres y niños, iban en la misma dirección. Y apenas me di cuenta que se trataba de rebeldes que llevaban fusiles y municiones de distintos tipos. Ya más avanzado el día, docenas de esos rebeldes entraron en mi casa y, con un hacha sobre mi cabeza, me exigieron dinero. Y, mientras yo lo buscaba en el dormitorio, otros saquearon la casa apoderándose de todas las pertenencias de mi familia y del único saco de arroz que teníamos. En aquel momento estaba yo “albergando” a más de 30 personas desplazadas, ancianos y jóvenes. Y nos quedamos sin nada de lo que poseíamos, aunque gracias a Dios salvamos la vida. Por miedo a que nos mataran, ni salíamos de casa. Y desde ella veíamos cómo otras eran pasto de las llamas, a las que incluso arrojaron a algunos niños. Días más tarde vi a otros niños jugando al fútbol con cráneos humanos.”

Narrado por una de las víctimas de la invasión de los rebeldes en enero de 1999.

gran parte del personal local se ha refugiado en otros países o se ha establecido lejos de donde vivía. En lo que al personal profesional se refiere, hay aproximadamente un médico por cada 20.000 pacientes, y menos de veinte farmacéuticos calificados en todo el país.

La tarea de reconstrucción de sus atormentadas vidas con que ahora se enfrenta la población de Sierra Leona es enorme. Y, paradójicamente, el único hospital psiquiátrico del país quedó parcialmente destruido por un incendio, y Sierra Leona no tiene más que un psiquiatra calificado en todo el país.

Por eso la gente se pregunta: “¿Puede Sierra Leona tener todavía un porvenir?” Algunos de nosotros nos preguntamos cuánto hemos de sufrir todavía. Y, como el pueblo de Judá, decimos:

“La fuerza del cargador desmaya ante tal cantidad de escombros, y nosotros somos incapaces de reconstruir esta muralla” (Nehemías, 4:10).

¿Podremos reconstruir algún día nuestro país? Como cristianos creemos que, con la

ayuda de Dios, sí lo conseguiremos. Y, entre los primeros signos de mejora, vemos que, como resultado de la intensa presión política ejercida en ese sentido, el gobierno y los rebeldes firmaron el 7 de julio de 1999 un acuerdo de paz. Este acontecimiento engendró un sentimiento de esperanza entre la población, y las personas están gradualmente empezando a reconstruir sus vidas, pero los progresos son muy lentos.

La pobreza ha aumentado, y es grande el número de desempleados. Además, hay muchas vacilaciones, mientras el pueblo espera que se llegue al desarme y a la desmovilización de los combatientes. En todo caso, esperamos que, a su debido tiempo, el polvo empezará a asentarse.

Las iglesias como agentes de paz...

¿Cuál ha sido el papel de las iglesias en este país devastado por la guerra y cuyos habitantes tienen tan perturbados los ánimos y tan torturados los cuerpos?

“Ha llegado la paz. Unamos nuestras manos para construir Sierra Leona”, dice una



La campaña de paz

El camino de la reconstrucción nacional es largo. La CHASL organiza talleres sobre el tratamiento de los traumas y la creación de las condiciones de paz que necesitan las personas desplazadas dentro de las fronteras del país y que residen en distintos campamentos. Mediante representaciones teatrales y otros métodos, los talleres se ocupan de análisis de conflictos, casos de estrés y traumas, capacitación para la ayuda de base, paz y reconciliación, asesoramiento y desarme.

Esas reuniones dan generalmente lugar a animados y significativos debates, así como a la puesta en común de experiencias vividas. La CHASL recuerda a los participantes la necesidad de adoptar rápidamente medidas adecuadas para ayudar a las personas que se encuentran en circunstancias difíciles para evitar de ese modo graves complicaciones. Y, al final de la formación, los participantes trazan planes de acción de los que puedan beneficiarse otras de las personas que con ellos viven en el campamento.

Recientemente, un plan de acción concebido a raíz de un taller de lucha contra los traumas y de construcción de la paz, incluyó actividades de teatro para la comunidad como parte de una campaña en favor de la paz que se desarrolló en el campamento de desplazados de Grafton. Los organizadores llevaban banderolas y leyeron consignas de paz. Y sus cantos y bailes atrajeron a muchos de los residentes en el campamento. Muchos se mostraban asombrados ante los talentos de los participantes en el programa, gran número de los cuales eran además antiguos combatientes. El grupo continuó, por otra parte, sus representaciones en las distintas secciones del campamento de Grafton con objeto de aumentar la eficacia de su labor.

Nancy Massaquoi, CHASL

CHASL



CHASL

Un grupo de personas desplazadas de otros lugares de Sierra Leona participa en un taller sobre curación de traumas y reconciliación, CHASL.

En los talleres que, basados en la comunidad, se organizan con miras a la sanación de traumas y a la reconciliación, se trata de las causas y la dinámica de los conflictos, el estrés, los traumas, las actividades asistenciales, la paz y la reconciliación, el apoyo psicológico y el desarme.

El Consejo de Iglesias de Sierra Leona, después de participar activamente en las negociaciones que condujeron a la firma del acuerdo de paz, ha colaborado positivamente en las actividades de ayuda y, a través de su secretaría de defensa y promoción de derechos, ha organizado una serie de reuniones para el público en general destinadas a facilitar el intercambio de experiencias. También la Comunidad Evangélica de Sierra Leona ha participado activamente en la prestación de asistencia y administra uno de los muchos campamentos que, con destino a las personas desplazadas, funciona en la región occidental del país.

... y de curación

La Asociación Cristiana de Salud de Sierra Leona (CHASL), que antes de la guerra prestaba cerca del 40% de los servicios de asistencia sanitaria en el país, ha seguido proporcionando servicios sanitarios o de carácter conexo a los pobres, pese a las pérdidas sufridas por sus propios miembros. El primero de los hospitales que tuvo que cerrar sus puertas en los primeros días de la guerra fue un hospital católico miembro de la CHASL, en el que dos misioneros fueron asesinados. Pocos años más tarde y como resultado de ataques de los rebeldes, se produjo el cierre de otro hospital católico. Como resultado asimismo de tales ataques cerró también un tercer hospital, el de los Hermanos Unidos en Cristo (UBC). Y como

consecuencia del cierre de esos tres hospitales, ya antes del golpe de Estado de mayo de 1997 no eran más que cuatro los hospitales de propiedad de las iglesias que seguían prestando sus servicios.

A raíz de los acontecimientos de 1997, los demás hospitales tuvieron también que cerrar sus puertas cuando los rebeldes de las regiones oriental y septentrional del país los convirtieron en blancos de sus ataques. En 1998, el último de los hospitales que todavía mantenía en pie un programa no gubernamental de formación de enfermeras, sufrió dos ataques que provocaron la huida de las alumnas y la interrupción de tal programa.

Ninguno de los siete hospitales de misión, ni del gran número de dispensarios y proyectos de salud que prestaban servicios, está actualmente en funcionamiento, y la mayoría de sus edificios han sido destruidos o saqueados. Esto ha creado una grave situación de dependencia de las ONG, así como de otros servicios sociales, situación que representa una gran preocupación para las instituciones miembros de la CHASL.

Del total de 47 instituciones que antes de la guerra eran miembros del CHASL no quedan actualmente más que unas 20, la mayoría de las cuales han sido además desplazadas y están funcionando fuera de sus ámbitos normales de acción. Algunos de los centros de salud y hospitales que antes de la guerra estaban situados fuera de la ciudad se encargan ahora del funcionamiento de minicentros de salud o minidispenarios en zona urbana, a gran distancia de los lugares en que solían actuar. En todo caso, aunque desplazados, siguen prestando servicios a la zona y a la comunidad en las que se encuentran.

Los agentes de salud de la comunidad trabajan a pesar de todos los pesares

El personal de salud de la comunidad, especialmente los agentes que pertenecían a las comunidades en las que trabajaban,

Los agentes de salud de la comunidad trabajan a pesar de todos los pesares

El personal de salud de la comunidad, especialmente los agentes que pertenecían a las comunidades en las que trabajaban,

continuaron su labor mientras sus vidas no estuvieron en peligro. Tal es la razón por la que, al promover el funcionamiento de una asistencia sanitaria basada en la comunidad, no podemos menos que seleccionar y formar personal proveniente de las propias comunidades.

La curación de traumas y la reconciliación

La tarea de reconciliación, rehabilitación y reconstrucción es enorme, y, en este sentido, enfermeras de la CHASL han iniciado, tomando como base la comunidad, un programa ampliado de formación para la curación de traumas y la reconciliación, en varias partes del país.

En esos programas han participado, entre otros, enfermeros y enfermeras desplazados provenientes del programa de formación de personal de enfermería del CHASL y otras organizaciones no gubernamentales, así como personas internadas en campamentos para desplazados. Los programas los hemos organizado en la región occidental, pero también en la oriental donde las condiciones son relativamente seguras.

El programa de los cursos

El programa de los talleres de curación de traumas comprende temas tales como "saber discernir y tratar los efectos del estrés y de los traumas", y el tratamiento de los niños traumatizados, o víctimas de otras pérdidas y sufrimientos. Comprende también conocimientos complementarios tales como la comunicación eficaz, la orientación y el apoyo psicológico, los procedimientos tradicionales de ayuda y el trabajo de equipo. Por otra parte, se analizan las causas y las dinámicas de los conflictos, y los procedimientos más eficaces de transformación y solución de los conflictos. Los participantes aprenden a planificar intervenciones, trazar perfiles de las comunidades, ayudar a los gobiernos a prestar servicios de salud, sensibilizar a este respecto a las comunidades, y

elaborar, coordinar y evaluar los programas de formación.

Aunque son muchas las ONG nacionales que están ayudando al gobierno a prestar servicios de salud, estos programas tienen que tener una acción duradera. La iglesia, por su parte, no puede renunciar a su papel de mejor proveedora de servicios de asistencia sanitaria a los pobres. Y es preciso que los que desde el extranjero apoyan esta acción no se cansen de contribuir a ella. Como advertía a los gálatas el Apóstol Pablo: "No debemos cansarnos de hacer el bien... Por eso, siempre que podamos, hagamos el bien a todos, y especialmente a nuestros hermanos en la fe."

Marion Morgan, Directora Ejecutiva de la Christian Health Association of Sierra Leone, 4B Kingharman Road PMB 20, Freetown, Sierra Leona. Tel 232-22-241374. Fax: 232-22-241 257. E-mail: chasl@sierratel.sl.

Un grupo de personas desplazadas canta una canción de paz. Campamento de personas desplazadas de Grafton, Sierra Leona. CHASL



CHASL

EL PROGRAMA DE MUJER A MUJER

Carolyn Boyd, consultora de campo del Fondo Ecuménico de Solidaridad con las Mujeres, relata cómo un programa iniciado en Bosnia-Herzegovina para asistir a las mujeres víctimas de "violencia organizada" durante la guerra se ha convertido en un modelo para la asistencia sanitaria de las familias en las comunidades rurales.



Peter Williams/CMI

Refugiados de Kosovo en Albania, marzo/abril de 1999.

Las mujeres que sobrevivieron a la pesadilla seguían siendo víctimas del miedo, de la confusión, del aislamiento y del dolor.

El Programa de Mujer a Mujer está destinado a proporcionar asistencia sanitaria general a las comunidades rurales y recurrir a mujeres capacitadas, ya sean locales o desplazadas de otras partes del país, para edificar un sistema de asistencia sanitaria en zonas rurales

Después de consultar a las mujeres de la región, hemos establecido un dispensario administrado exclusivamente por mujeres, en una zona predominantemente musulmana. Este equipo de personal médico se encargará también de fomentar aún más la participación de las mujeres en estas comu-

nidades. En otra zona rural de Bosnia central, hemos constituido un equipo médico móvil, también integrado por mujeres, que ofrece asistencia sanitaria a la población que regresa a sus poblados.

Esperamos que, organizando esa asistencia médica básica para las comunidades rurales, las familias desplazadas se vean alentadas a regresar. Al mismo tiempo, esos nuevos servicios ofrecen empleo a mujeres locales altamente capacitadas que, de otro modo, habrían abandonado la región.

Ubicación

El programa tiene su base en el pueblo de Kosovo, en la Bosnia-Herzegovina central, y en los poblados cercanos que rodean Novi Seher (al sudoeste de Kosovo). Kosovo es un pueblo predominantemente musulmán situado en las orillas del río Bosna, que se encontró en la línea del frente en el curso de la guerra. Y, aunque milagrosamente preservado de graves destrucciones, la población sufrió graves daños psicológicos.

Novi Seher, que está a unos 40 minutos de Kosovo por carretera, se encuentra en una zona completamente devastada por la guerra. Y toda la población, que la abandonó, está ahora regresando. El Departamento de Estado de los Estados Unidos estima entre tres y cuatro millones el número de minas terrestres que hay en Bosnia-Herzegovina. Y aunque la región ha sido recientemente desminada, los habitantes siguen siendo muy precavidos. La mayoría de ellos llegan por la mañana para trabajar en sus casas y regresan, al final de la jornada, a sus lugares de refugio. El trabajo es lento, pero constante, y en las casas hay ahora electricidad y agua, aunque no gas ni líneas telefónicas.

La tasa de desempleo es muy elevada. Antes de la guerra la mayoría de la población dependía de la vecina ciudad de Dobojo para las escuelas, el empleo, la asistencia de salud y las compras. Pero, desde que la zona ha sido étnicamente dividida, estas

comunidades no pueden ya recurrir a Doboj para esos servicios.

Buenos comienzos

La esperanza media de vida en esta región es de 50 años. Las elevadas tasas de humedad en el aire y en la tierra provocan enfermedades de los bronquios. Y los pacientes crónicos que no pudieron ser médicamente asistidos durante la guerra tienen ahora múltiples problemas y enfermedades del corazón. Existe también el problema de la larga exposición al estrés. La primera actividad del programa de salud fue la inmunización en masa de los niños, que se había descuidado durante la guerra.

La idea que sirvió de base al Programa de Mujer a Mujer surgió en 1995. Y el Programa ha evolucionado desde entonces, pasando de proporcionar asistencia sanitaria a la población de refugiados de la Bosnia central, en Zagreb, a seguir a la población desplazada en su retorno a Bosnia después de la firma de los Acuerdos de Paz.

Asistencia sanitaria completa

El Programa ha estado ofreciendo una asistencia sanitaria completa a la población, tanto local como de los alrededores. El Programa ofrece también exámenes por especialistas, con visitas semanales de psiquiatra, ginecólogo y pediatra. Todos los viernes pasa también por el dispensario un farmacéutico que despacha las medicinas

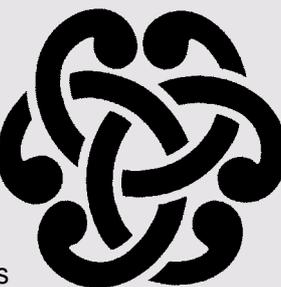
Manos solidarias

Violaciones, torturas, guerra, terror, expulsión, humillación, traición, dolor y miedo son sólo algunas de las palabras que vienen a la mente cuando se repasan los cinco últimos años de la vida de las mujeres de Croacia y Bosnia-Herzegovina. Mientras que Europa celebraba los cincuenta años de paz siguientes a la Segunda Guerra Mundial, en Bosnia-Herzegovina eran pocos los motivos de celebración.

Durante el duro invierno de 1992, el Consejo Mundial de Iglesias envió a Croacia, Bosnia y Serbia un equipo de investigación de la Oficina de la Mujer, en Ginebra. Su informe, *Las violaciones de mujeres en la guerra*, examinaba la violencia organizada que, en el curso de la guerra, habían dejado una horrible e imborrable huella de dolor en la vida de mujeres de todas las comunidades.

Las mujeres que habían sobrevivido a esa pesadilla se sentían asustadas, confusas, aisladas y doloridas. Tenía que haber una respuesta. Tenía que haber un signo de solidaridad con todas las sobrevivientes. Y, en 1993, se creó, en respuesta a las conclusiones del informe, el Fondo Ecuménico de Solidaridad con las Mujeres (FESM). Iglesias, consejos de iglesias y organismos donantes de Europa y América del Norte apoyaron la rápida acción del Fondo, el cual debía ser utilizado por las mujeres, para las mujeres y en favor de las mujeres que habían sufrido y que tenían que recobrar su propia estima, su dignidad y sus derechos humanos fundamentales. Y tenía que ofrecerles apoyo y solidaridad.

En un ambiente desgarrado por las divisiones étnicas, el Fondo sigue apoyando a las mujeres víctimas de la guerra y a sus familias, sin distinción de nacionalidad, religión u origen étnico. El Fondo ha apoyado más de 100 proyectos de autoayuda en Croacia, Bosnia-Herzegovina, Serbia y Macedonia, proyectos de los que se han beneficiado más de 55.000 personas, y ha conseguido establecer una red basada en la confianza y en el respeto mutuo.



Miembros del personal y del comité del Fondo Ecuménico de Solidaridad con las Mujeres examinan en Zagreb nuevos proyectos. Abril de 1999.



Peter Williams/CVI

Un equipo médico visita un remoto poblado rural de Bosnia central gravemente afectado por la guerra. Marzo de 1998.

El pequeño grupo de abnegado personal sanitario ofrece una asistencia sanitaria completa a la población local y a la de la región circundante.

necesarias. La existencia de productos médicos es muy limitada. El programa de salud proporciona un pequeño fondo el cual paga radiografías, electrocardiogramas y ecografías, pruebas todas que tienen que llevarse a cabo en las ciudades vecinas.

Para permitir que los médicos sin empleo practiquen y reciban una pequeña remuneración, un grupo de 24 médicas de los poblados circundantes - algunas de las cuales son personas desplazadas de otras zonas, que han podido instalarse provisionalmente en la región- trabajan por turno en la clínica. En Bosnia hay escasez de médicos, ya que la mayor parte de ellos ha tenido que abandonar el país como refugiados y no han regresado. Y como el país no puede pagar a sus propios médicos, éstos permanecen en el extranjero porque necesitan encontrar trabajo en sus especialidades y recibir una remuneración.

El sistema de asistencia sanitaria en la Europa oriental

Antes de la guerra, el 80% de las intervenciones sanitarias y todo contacto con especialistas, ya fueran pediatras o ginecólogos, estaban limitados a los grandes hospitales. Ahora, el sistema sanitario de Bosnia va evolucionando lentamente, para, en un futuro próximo, sustituir el sistema sanitario estatal de base institucional y con cierto número de especialistas por un sistema privatizado de medicina orientada hacia las familias en el marco de un nuevo sistema de seguros médicos.

Del nuevo sistema sanitario formarán parte actividades de información y divulgación en el ámbito de la salud, los médicos generales y las consultas de especialistas al nivel de los dispensarios rurales, elementos todos nuevos en Europa oriental.

En Bosnia-Herzegovina hay aproximadamente 800.000 personas internamente desplazadas dentro del país, que son las que constituyen la población olvidada. Por eso estamos tratando activamente de encontrarles un lugar en el programa.

El programa se amplía

El éxito del proyecto nos incitó a iniciar actividades de extensión en el marco del programa de salud: dos médicos, una enfermera y el conductor de un todoterreno visitan dos veces a la semana los poblados que rodean Novi Seher. Esta zona, a la que están regresando unas 4.000 personas antes desplazadas, carece totalmente de infraestructura, comodidades y servicios sociales.

Las carreteras son pistas no pavimentadas y llenas de baches. Y, a falta de edificios públicos reparados y susceptibles de ser utilizados como dispensarios temporarios, el equipo médico los establece en edificios en ruinas abandonados. Las condiciones de trabajo son sumamente rudimentarias, por cuanto esos edificios no tienen ni ventanas, calefacción ni agua corriente. Y el único mobiliario es una mesa y dos sillas.

Recientemente se ha construido un pequeño dispensario, como anexo a una escuela primaria. Y familias desplazadas, alentadas por la disponibilidad de asistencia sanitaria, están regresando a estos poblados.

Un grupo comprometido

Existe, en todo caso, un pequeño núcleo, cuidadosamente seleccionado, de personal de salud muy entregado a su tarea. Los especialistas vienen una vez a la semana. Y una doctora, desplazada ella misma de otro lugar de Bosnia-Herzegovina, coordina el proyecto. El personal, casi todo femenino, comprende enfermeras, médicos generales (hombres), una secretaria, una limpiadora, un contable y un chofer. Los médicos son dos: un psiquiatra (no pudimos encontrar una psiquiatra cualificada en la región) y un médico general que atiende a los pacientes que prefieren no ser examinados por una mujer. El grupo, que evalúa y planifica sus actividades en sus reuniones semanales, funciona muy bien como equipo, cosa esencial para el éxito del proyecto.

Signos de recuperación

Gracias al Programa de Mujer a Mujer, las mujeres que han recibido una formación local no tienen que contentarse, como antes, con su condición de elemento pasivo, sin más esperanza que la recepción de

ayuda humanitaria o de una oferta que les prometa un futuro mejor. Ahora están desempeñando un destacado papel en la renovación de su comunidad. Se sienten capaces de asumir responsabilidades y toman conciencia de que sus vidas están en sus manos. Y las mujeres de la región están colaborando en la reconstrucción de su comunidad.

Poblados antes apartados en la lejanía de las colinas y a los que el personal de salud tardaba toda una mañana en llegar a pie llevando medicinas y material médico pueden ahora ser fácilmente alcanzados mediante un sistema organizado de visitas a zonas rurales. El vehículo que se utiliza ha servido también para transportar las urgencias al hospital principal de Zenica (45 minutos de viaje por carretera desde Kosovo).

Asesoramiento jurídico

Al llevar a cabo el programa de salud nos hemos dado cuenta de que la comunidad se enfrenta con otras necesidades, aún mayores, en este período de posguerra y desaparición del régimen comunista. Y en Kosovo mismo hemos organizado actividades para niños y jóvenes, que, como resultado de la situación de desempleo y apatía general, son cada vez más vulnerables. También hemos establecido un servicio gratuito de asesoramiento jurídico que trabaja después del horario normal en una de las habitaciones de la clínica.

El servicio gratuito de asesoramiento jurídico ha constituido una novedad para la población local. Su objeto es facilitar el acceso de la población rural a un asesoramiento y un entendimiento de sus derechos en una nueva sociedad democrática de posguerra. Y aunque han necesitado tiempo para comprender cómo podían aprovechar mejor ese servicio, ahora la oficina tiene siempre una cola delante de la puerta. Cada vez son más las personas conscientes de sus derechos y que están recibiendo una asistencia inestimable en asuntos jurídicos o para la reorganización de sus vidas.

Un modelo único

El Programa de Mujer a Mujer es único en Bosnia-Herzegovina. El Ministerio de Salud lo reconoce como modelo para la asistencia sanitaria familiar en las comunidades rurales y como ejemplo para el futuro desarrollo de los servicios de salud en zona rural. Ahora estamos mejorando la calidad de la asistencia, prestando atención a las relaciones entre médicos y pacientes. Y estamos tratando de mejorar las pautas de trabajo y



Peter Williams/CMI

Curso de costura y confección en Sibosnica, Bosnia-Herzegovina: proyecto conjunto del Fondo Ecuménico de Solidaridad con las Mujeres y del Organismo Islámico de Socorro. Marzo de 1998.

de comunicación del personal médico con sus pacientes.

Contamos además con los permisos necesarios y la cooperación de la administración y del consejo locales. Y mantenemos buenas relaciones con los dirigentes islámicos que saben perfectamente que este programa funciona gracias a la comunidad cristiana. Por eso esperamos, además, que sea un poderoso testimonio para restaurar las relaciones gravemente deterioradas entre musulmanes y cristianos en la región.

Carolyn Boyd, Consultora sobre el terreno del FESM, del CMI. Tkalciceva 59, HR-10000 Zagreb, Tel/ Fax:(385)148 13223. E-mail: carolyn.boyd@zg.tel.hr.

El Fondo Ecuménico de Solidaridad con las Mujeres es un signo de solidaridad por parte de las mujeres para ayudar a las que han sobrevivido a los abusos organizados de que han sido víctimas durante la guerra, a recuperar su propia estima, su dignidad y sus derechos humanos fundamentales.

LO QUE NOS ENSEÑA LA CRISIS DE AMBON

Sigit Wijayanta y Christina de Vries hacen una reseña de los diversos factores que han tenido una función clave en las nuevas actividades de ayuda humanitaria que se han llevado a cabo en Ambon (Indonesia): el método de participación basado en la comunidad, la cooperación entre las distintas religiones, los equipos médicos profesionales y la generosa actitud de los donantes.

El conflicto seguía, por supuesto, planteado. Indonesia, país compuesto de 17.000 islas y un gran número de minorías étnicas, idiomas, religiones, culturas y tradiciones, fue recientemente víctima de una agresión, en gran escala y geográficamente muy extendida, contra la población civil, cuyos principales objetivos fueron las mujeres, los niños, los estudiantes, los dirigentes religiosos, los ancianos y las personas más débiles.

Aunque las aspiraciones a la independencia de Timor oriental han sido lo que más ha atraído la atención de los medios internacionales de información, también es necesario hablar de los graves actos de violencia que se produjeron en zonas como las de Atjeh y Ambon.

La isla de Ambon, en la provincia de Maluku, compuesta por tres distritos, es multiétnica y multirreligiosa, constituyendo el hogar de más de 210.000 personas, principalmente cristianos (50%), musulmanes (40%), hindúes y adeptos de otras religiones tradicionales.

Como resultado de un primer choque entre musulmanes y cristianos de Ambon se produjo el desplazamiento de 12.239 personas (2.408

familias), a las cuales se concentró en 37 campamentos provisionales. El hacinamiento, la humedad, la escasez y la mala calidad del agua, los deficientes servicios sanitarios y el insuficiente alcantarillado de los campamentos, fueron algunas de las causas que provocaron un notable aumento de enfermedades tales como el paludismo, las infecciones de las vías respiratorias y la diarrea. Por otra parte, eran muchas las personas cuya capacidad de resistencia estaba ya agotada debido a la agitación y a la violencia.

Los servicios médicos que se prestaban en centros de salud del gobierno, de la Cruz Roja y de equipos de sanidad militar, acostumbrados todos ellos a prestar asistencia ambulatoria, no resultaban muy adecuados para una situación de emergencia. El sistema de transferencia de los heridos a los hospitales no funcionaba por razones de seguridad. Y a la centralización burocrática, que complicaba el acceso a los suministros médicos, se añadía la dificultad de las comunicaciones y del transporte sobre el terreno.

Un enfoque holístico y potenciador es tan necesario en situaciones de emergencia como en otros programas de desarrollo.



Víctimas de las hostilidades en Passo, Indonesia, 8 de marzo de 1999.

Después de una evaluación de las necesidades, un equipo de salud local con dos enfermeras del Servicio de Desarrollo de la Comunidad del Hospital de Bethesda (CD Bethesda) organizó un taller al que asistieron todos los voluntarios de los campamentos, que eran ellos mismos personas desplazadas de otros lugares del país. Y fueron ellos los que, en el ámbito de los campamentos, se pusieron de acuerdo respecto de la aplicación de una estrategia.

Una estrategia

Respuesta: El sistema fundamentalmente caritativo adoptado para los casos de emergencia se convirtió en un sistema de organización comunitaria y de capacitación con base en los campamentos.

Los problemas del desplazamiento no eran únicamente físicos, sino también psíquicos debido a las perturbaciones causadas por el temor, la falta de seguridad, los traumas y la incertidumbre respecto al futuro.

Reconocimiento: Se reconoció que los servicios de apoyo psíquico, la formación de los propios afectados para resolver los conflictos menores, las técnicas para la solución de otros problemas, la defensa de los derechos fundamentales y la rehabilitación eran tan importantes como la provisión de alimentos o la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

Enfoque: El enfoque de estas situaciones se centró en la comunidad de los campamentos. En reuniones semanales de planificación, las personas desplazadas internas establecían sus propias prioridades y decidían con quién iban a trabajar.

Orientación principal: Sin descuidar las necesidades materiales de las personas desplazadas, el grueso de las intervenciones se centró en el desarrollo humano. Eso tuvo lógicamente consecuencias en cuanto al presupuesto, la logística y el personal.

Flexibilidad: CD Bethesda, como organización de socorro, necesitaba en su gestión una flexibilidad en la que una buena comunicación y una clara definición de responsabilidades entre el personal local y el personal de la sede constituían instrumentos importantes.

Resultados

La planificación llevada a cabo por personas desplazadas garantizó una actividad más coordinada y efectiva de los voluntarios en los campamentos. Los equipos de voluntarios realizaron los siguientes trabajos:

- instalación de tuberías para un mejor desagüe



CD Bethesda

Debate entre personas desplazadas internas, como parte de un proceso no oficial de reclutamiento de voluntarios. Indonesia 1999.

- organización de equipos para la limpieza de las letrinas
- servicios de suministro de agua limpia, y cocinas
- cursos de educación sanitaria
- tendedores para el secado de la ropa (que hasta entonces se dejaba secar sobre la hierba con el consiguiente riesgo de irritaciones en la piel)

La situación empeora

Precisamente cuando la labor de asistencia estaba siendo organizada, las luchas, los enfrentamientos y los disturbios continuaron. Y los socorros no pudieron ser distribuidos en el interior de la isla. Fue necesario suspender el envío de material logístico, debido a un incendio en los almacenes del distribuidor y al cierre del aeropuerto. El resultado fue que los productos se vendían a precios muy altos, prohibitivos para el poder adquisitivo de la población de los campamentos.

La segunda ola del conflicto fue aún más brutal. Mujeres, niños y personal humanitario no recibieron ninguna protección. Y otros problemas imprevistos complicaron las ac-

El "enfoque participativo de organización comunitaria y de capacitación con base en los campamentos" por personas desplazadas internas era garantía de eficacia.

La pobreza y la injusticia de las estructuras sociales son frecuentemente causa de enfermedades en las comunidades. Para resolver los problemas de la enfermedad, la pobreza y la injusticia se necesita un enfoque global. La Sección de Desarrollo de la Comunidad del Hospital de Bethesda fue establecida en 1974, en el marco de la rama de la Fundación Cristiana de Salud Pública en Yogyakarta (YAKKUM) para asistir a los pacientes pobres cuyos problemas no podían ser resueltos por el hospital solamente. El CD Bethesda trata de ayudar a las comunidades a resolver sus propios problemas.

Actualmente CD Bethesda ayuda a 165 poblados situados en su mayoría en la parte oriental de Indonesia y que se extienden desde Java central y oriental a Flores, Sumba, Alor, Irian Jaya y Timor oriental.



C D Bethesda

La Dra. Florentina Sri Utami, de CD Bethesda, examina a niños de un campamento de personas desplazadas, Indonesia 1999.

La paz es esencial para continuar la acción de la comunidad.

tividades de socorro. Rumores de todo tipo desencadenaron nuevas agresiones. Y radicales de ambos bandos acusaban de traición a los miembros de los equipos interconfesionales de voluntarios que trabajaban en los campamentos. Algunos miembros de esos equipos abusaron, por su parte, de su situación para ayudar a unos grupos más que a otros.

Respuesta

CD Bethesda respondió al empeoramiento de la situación reorganizando a su personal y a los voluntarios de los campamentos en tres equipos: un equipo médico móvil, un equipo logístico y un equipo que, con base en los campamentos, desarrollara una campaña en favor de la paz y de la no violencia.

Equipo médico móvil. Se decidió que un

voluntario residente en el campamento se encargara del centro de salud y se organizaron, con una frecuencia semanal, las tareas de capacitación y supervisión en cada campamento.

Equipo logístico. Este equipo se encargó de asegurar que todos los suministros se distribuían puntualmente y se entregaban a los beneficiarios reales: ancianos, mujeres, niños y enfermos.

Campaña pro paz y no violencia. La campaña pro paz y no violencia se desarrolló por radio y mediante carteles y hojas sueltas, publicando además una circular con el título de "Semillas de paz". El equipo se puso también en contacto con formadores de opinión y desarrolló una campaña para luchar contra los rumores.

Eficacia de las campañas

Estos cambios tardaron muy poco tiempo en surtir efectos. Y esta respuesta a los nuevos problemas fue posible debido a varias razones:

- el "enfoque participativo de organización comunitaria y de capacitación, con base en los campamentos", ayudó a las personas desplazadas a adoptar sus propias decisiones, reforzando así además rápidamente su motivación, su información y su educación.
- la flexibilidad del personal de CD Bethesda, combinada con el respaldo bien organizado de la oficina central en Yogyakarta resultó también eficaz. La oficina central coordinó las prestaciones logísticas, la recaudación de fondos, la información de los donantes, la promoción y la coordinación con otras organizaciones de ayuda tales como el Equipo de Emergencia del INSIST.
- El INSIST, a su vez, estableció redes nacionales e internacionales de solidaridad y desarrolló campañas de fomento de la paz. Y, en la segunda fase del conflicto, envió con carácter de urgencia materiales a los campamentos.

La construcción de la paz

Para asegurar la continuidad de la acción comunitaria había que restablecer la paz entre los habitantes de los campamentos. La paz era también esencial para que los voluntarios promovieran la salud y trataran las enfermedades. Para los individuos, tanto las actividades comunitarias como el resultado de las demás iniciativas representó el comienzo de un proceso de curación.

Christina de Vries, Medisch Coördinatie Secretariaat, P.O.Box 8506, NL-3503 RM Utrecht, Países Bajos. E-mail: c.de.vries@yugya.wasantara.net.id



La intervención en el terreno de la salud ha demostrado ser muy eficaz como primera fase para la promoción de la paz. Las actividades de la comunidad inician un proceso de curación. Nunca se repetirá bastante que: la paz es la contribución más importante que uno puede hacer en este mundo para que todos alcancen un buen estado de salud.

Que la paz sea con todos ustedes.

EL PAPEL DE LOS AGENTES DE SALUD EN TIEMPOS DE VIOLENCIA POLÍTICA

Señalen a la atención general los perniciosos efectos de la violencia y la represión, que son la mala salud, el deterioro de los servicios de salud y la destrucción de las infraestructuras sanitarias, dice Laifungbam Debabrata Roy, que subraya algunos de los principios que deben aplicarse en el trabajo con comunidades que se encuentran en zonas de conflicto.



Peter Williams/CMI

Una campaña de vacunación en Ayod, Alto Nilo, Sudán, 1995.

1. Oponerse a la represión, al militarismo y a las desigualdades en la sociedad.
2. Tener presentes las premisas básicas del Juramento de Hipócrates, de la Declaración de Tokio y de otros códigos, y atenerse a ellas.
3. Resistirse a verse implicados en situaciones de violencia sobre las que no se tiene ningún control.
4. Responder éticamente. Negarse a participar en una red de silencio y en un sistema cerrado de detención y torturas, en el que se limita la asistencia médica que se presta a los enemigos políticos, tanto por parte del Estado como de los grupos de la oposición.
5. Ayudar a constituir entidades locales que

den publicidad y luchen contra las violaciones de la ética médica y los derechos humanos por parte de los médicos. Apoyar a todos los que se ven amenazados por sus actividades en favor de los derechos humanos.

6. Defender entre las asociaciones nacionales y regionales de medicina y salud una clara política basada en un código universal de ética médica que se aplique a las violaciones de los derechos humanos.
7. Documentar y analizar los perniciosos efectos de la violencia y la represión. Poner de relieve las deficiencias de salud, el dete-

rioro de los servicios de sanidad y la destrucción de las infraestructuras sanitarias.

8. Educar a los agentes de salud sobre los perniciosos efectos de la violencia política en la salud, dando prioridad a la salud psicosocial. Capacitar a los agentes de salud en materia de comunicación, procedimientos de evaluación psicosocial y los sistemas de envío de pacientes a otros servicios en un mismo sector o entre sectores.
9. Colaborar con grupos no médicos para educar a la comunidad, informar y alentar a los gobiernos y a los medios de información pública a prestar especial atención a la violencia política y sus malos efectos.
10. Los sistemas y prácticas tradicionales y autóctonas pueden ser beneficiosos para el bienestar psicosocial de la comunidad. Y allí donde los agentes de salud del sector oficial poco pueden hacer de modo directo, siempre se puede recurrir a esos sistemas y prácticas tradicionales.

Seis principios éticos que deben tener presentes los agentes de salud que trabajen con comunidades situadas en zonas de conflicto

- Sean ustedes dignos de confianza, previsibles y coherentes.
- No causen daños físicos ni emocionales, ni hagan correr riesgos a otros.
- Aunque los beneficios y los costos psicosociales no son fáciles de cuantificar, opten ustedes por las medidas que, con el menor costo posible, beneficien al mayor número de personas.
- Se encontrarán ustedes con problemas de justicia y de conflicto entre la justicia social y la amabilidad en el trato de las personas. Para ser eficaces, los agentes de salud tienen que ser capaces de separar el socorro y la asistencia de los objetivos políticos. También han de tratar de entender sus propias reacciones emocionales ante las atrocidades y los comportamientos inhumanos.
- ¡Cuidense también ustedes mismos! El valor tiene sus límites. Y todos necesitamos el apoyo de otras personas para seguir siendo seres humanos creativos y eficaces.
- Reconozcan que las personas pueden actuar como ellas mismas decidan, siempre que no perjudiquen a los demás ni limiten su libertad de acción.

Laifungbam Debabrata Roy, CORE, Yaikul, Policeline, Imphal 795001, Manipur, India. Tel:91-385-228 169, Fax:91-385-220177.

Adaptado de *Towards Psychosocial Care and Support for Communities in Conflict-related Stress: Need for long term perspectives in Manipur, North East Region of India* (Hacia la asistencia y la ayuda psicosocial a las comunidades víctimas del estrés provocado por una situación de conflicto. Necesidad de perspectivas a más largo plazo en Manipur, región del Nordeste de la India) por Laifungbam Debabrata Roy, Royal Tropical Institute, Amsterdam, 1997.

ACT (Acción Conjunta de las Iglesias) es una red mundial de iglesias y organismos relacionados con ellas que responde a las necesidades humanas mediante una acción coordinada de emergencia. Oficina de Coordi-

nación de la Acción en casos de emergencia, del CMI. **Médicos pro Derechos Humanos** controla, interviene y documenta las violaciones de derechos humanos, especialmente en situaciones de guerra y conflicto.

ACT International, 150 route de Ferney, PO Box 2100, 1211 Ginebra 2, Suiza
Tel:41-22-791 6033
Fax:41-22-791-6506
<http://www.act-intl.org>

Physicians for Human Rights, 100 Boylston Street, Suite 702, Boston, MA 02116, USA
<http://www.phrusa.org>

Overcoming violence (Paraterminar con la violencia), ECHOES (13/1998) describe modelos creativos para construir puentes entre comunidades en conflicto de Kingston, Jamaica; Boston, USA; Colombo, Sri Lanka; Durban, Sudáfrica; Río de Janeiro, Brasil; y Suva, Fiji.

Peace in troubled cities: creative models of building community amidst urban violence (Paz en las ciudades en conflicto: modelos creativos

de construcción de la paz en medio de la violencia urbana. Para contrarrestar las distintas formas de violencia visibles en las ciudades, grupos esforzados de ciudadanos están reconstruyendo las comunidades. Daphne Sabanes Plou, 140 págs. ISBN 2-8254-1256-2. Precio: US\$9.95.

Overcoming violence: a challenge to the church in all places (Poner fin a la violencia: un reto a las iglesias en todos los lugares) por Margot Kässmann

explora las oportunidades y las dificultades con que se encuentran las iglesias que se enfrentan con la violencia y sugiere recursos para la solución no violenta de los conflictos. 86 págs. ISBN 2-8254-1228-7. Precio: US\$6.95. Oferta especial combinada de vídeo y libros (Peace in Troubled Cities y Overcoming Violence): US\$33.00 + gastos de envío.

The landmines campaign still needs the churches! (¡La campaña contra las minas terrestres

sigue teniendo necesidad de las iglesias!). Publicación con texto de Mariette Grange y Rebecca Larson. 1998. Disponible en alemán, español, francés e inglés.

Nanda Chandrasekharan, Consejo Mundial de Iglesias (CMI), P.O. Box 2100, 1211 Ginebra 2, Suiza.

Tel: (41 22) 791 61 11. Fax: (41 22) 791 03 61 ó 710 20 68.

E-mail: fh@wcc-coe-org

PUBLICACIONES DE LA OMS

Mental Health of Refugees (La salud mental de los refugiados) es una guía para reconocer y tratar problemas de salud mental de los refugiados y otras personas desplazadas. El libro destaca diversas formas de reducir sus sufrimientos: asesoramiento, grupos de autoayuda, medicamentos modernos y medicina

tradicional. ISBN 9241544864, 1997. Precio: US\$27.

Health in Emergencies es el boletín trimestral del Departamento de Acción de Emergencia y Humanitaria de la OMS. En él se incluyen noticias, proyectos corrientes, anuncios de publicaciones y programas de formación.

Tuberculosis Control in Refugee

Situations: An Interagency Field Manual (La lucha contra la tuberculosis en situaciones de refugiados: Manual interorganismos para la labor sobre el terreno). Disponible en francés y en inglés, Programa Mundial contra la Tuberculosis, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza.
E-mail: desplobainsm@who.ch

El redactor

Departamento de Acción de Emergencia y Humanitaria de la OMS, 1211 Ginebra, Suiza. Teléfono: 41-22-791 4676. Fax: 41-22-791 4844.

E-mail: menuj@who.ch
<http://www.who.int/eha>

El Manual de la Esfera es un libro pionero que formula una Carta Humanitaria y unas normas mínimas a las que las personas afectadas por catástrofes tienen derecho a aspirar. Las normas mínimas se refieren a cuestiones tales como el suministro de agua, las instalaciones higiénicas, la nutrición, la ayuda alimentaria, la vivienda y la planificación de los asentamientos, y los servicios de salud.

Publicado por El Proyecto de la Esfera y distribuido por Oxfam Great Britain. 330 páginas. Inglés. ISBN 0 85598 445 7. En

mayo de 2000 se publicaron las versiones española, francesa y rusa. Precio: £17.

Guerra y Salud Pública es un manual para las personas que trabajan en situaciones de urgencia y catástrofes. Se refiere a cuestiones tales como la planificación, la alimentación y la nutrición, el suministro de agua, la asistencia médica y quirúrgica, las catástrofes y el desarrollo, y la ética humanitaria. Ed.: Pierre Perrin, 1996, 324 págs. Comité Internacional de la Cruz Roja, Ginebra.

Traumatic Stress: the effects

of overwhelming experience on mind, body and society (El estrés traumático: los efectos de una experiencia abrumadora en la mente, el cuerpo y la sociedad). Un libro esencial que plantea cuestiones intelectuales, éticas y políticas. Editado por Bessel A. Van der Kolk, Alexander C. McFarlane y Lars Weisath, 1996. Precio: US\$56.95, £40. Encuadernado. 592 págs. Guilford Press, 72 Spring Street, Nueva York, NY 10012. Tel: 800-365-7006, 212-431-9800. Fax: (212) 966-6708. E-mail: info@guilford.com

Oxfam Publishing, 274 Banbury Road, Oxford, OX2 7DZ, Reino Unido. Fax +44 1865 313713. E-mail: publish@oxfam.org.uk

Jonathan Fleury.

Comité Internacional de la Cruz Roja, Centro de Información Pública, 19 Av. de la Paix, 1202 Ginebra, Suiza.

Tel. 022/730.23.11.

Fax: 022/730.20.82.

E-mail: jfleury.gva@icrc.org

<http://www.mennonitecc.ca>

PAZ, PERDÓN, O AMBAS COSAS?

MATEO 18: 21-35

La siguiente reflexión ha sido preparada por Paul Kortenhoven, misionero dedicado a tareas de desarrollo y de socorro que ha vivido en Sierra Leona desde 1980. Paul Kortenhoven es en aquel país representante de los Servicios de Difusión Cristiana (CES) de la Iglesia Reformada Cristiana de América del Norte.

Tanto se ha escrito sobre la pacificación, el perdón y la reconciliación que me ha parecido útil volver sobre los consejos de nuestro Señor sobre el tema. Porque Jesús tiene bastante que decir a ese respecto. El pasaje clásico es el que figura en Mateo 18:21: "¿Cuántas veces he de perdonar a mi hermano (o a mi hermana), si me ofende?"

Leamos en Mateo 18:21-35

La parábola del siervo que no quiso perdonar refleja todo lo mejor y todo lo peor que hay en cada uno de nosotros. Un hombre desesperadamente endeudado ve condonada su deuda; y nosotros nos alegramos con él. Pero antes de que hayamos podido abrir y cerrar los ojos, ese hombre, que acaba de ser perdonado, hace que metan en la cárcel a un compañero por una suma mucho menor que le debe.

Nos quedamos atónitos y queremos participar en el caso, del lado de la justicia. Y casi como respuesta a nuestros deseos, el rey de la parábola vuelve a hacerse presente e interviene para dar al siervo inmisericorde exactamente el trato que se merece. Gran historia, con un final adecuado, ¿no? ¿Pero es eso todo lo que Jesús quería enseñarnos? Yo he vivido una terrible guerra civil en Sierra Leona. Y es probable que ustedes hayan oído o visto algo sobre ella en sus programas de televisión, acerca de las terribles violaciones de derechos humanos de que fueron víctimas los civiles durante ese conflicto. Niños soldados que se vieron envueltos en esa violencia que ni siquiera comprendían, cometieron muchas de esas atrocidades.

¿Cuál es el papel de la misericordia y del perdón en el caso de un rebelde capturado de 12 años que ha asesinado a toda su familia? ¿O en el de otro que provocó el incendio de su poblado, de su granja o de las reservas de alimentos? ¿O en el del oficial que le dio la orden de destruir? Es una buena oración, y una oración válida, reconocer nuestros sentimientos de impotencia y hacer, lo mismo que hizo Pedro, esas preguntas al Señor, con todos los sentimientos que nos suscitan. ¿Cuántas veces tenemos que perdo-

nar? Jesús dejó bien claro que tenemos que perdonar cuantas veces sea necesario para traer la paz y la reconciliación a las partes heridas.

¡Pero eso es imposible! A mí me resulta difícil, y más difícil será para aquellos que han perdido hijos, y miembros de sus propios cuerpos, y todo lo que poseían, por la locura de un niño soldado enloquecido por las drogas. ¡De hecho preferiría que Jesús no hubiera contado esa historia, pero lo hizo!

Leamos en Mateo 5:9, 6:14-15, y en Lucas 17:4

El perdón es el fundamento de la reconciliación y, por lo tanto, de la paz a todos los niveles. ¿No es eso lo que Jesús enseñó a sus discípulos, y a ustedes, y a mí?

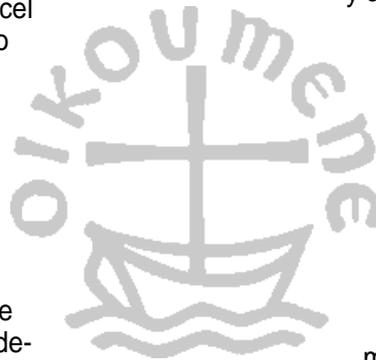
Permítanme que les cuente una breve historia que ilustra el verdadero perdón. Yo tengo una estupenda amiga ugandesa que experimentó una increíble tragedia en su vida durante los terribles años ochenta. Un enemigo político mató a su marido, y su padre y sus hermanas fueron también asesinados. Su madre, por su parte, murió de pena al enterarse de esas muertes. Yo, al oírla, sentía desgarrarse mi corazón y acumularse la ira en mi interior.

Pero ella, mirándome, me dijo: "Paul, yo quiero que sepas que yo ya he perdonado a ese hombre por todas esas atrocidades. Me llevó mucho tiempo, pero ahora ya no siento ira ni deseos de venganza en mi alma. Ahora tenemos que convencer a todos los que en Sierra Leona fueron víctimas de semejantes sufrimientos de que la única forma de llegar a una paz duradera es también perdonar... por duro que sea y por mucho tiempo que necesitemos para ello."

Esa mujer conoce el sentido real de la respuesta de Jesús: "No te digo hasta siete veces, sino hasta setenta veces siete".

Tema de debate

1. Después de leer el pasaje de la Biblia y la reflexión sobre él, pregúntense ustedes: "¿Cómo puedo yo ser un hacedor de paz en la situación en que vivo?"



LOS DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL RELACIONADOS CON EL COMERCIO Y LOS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

Eva Ombaka, Directora del Programa Farmacéutico, informa sobre una campaña de la red de Health Action International (HAI), Médecins sans Frontières (MSF) y el Consumer Project on Technology (CPT), encaminada a facilitar el acceso a los medicamentos esenciales.

Los medicamentos
salvan vidas y no
podemos permitir que
se los trate como
simples
productos de
comercio.



Sede de la OMC en Ginebra, 1997.

El Consejo Mundial de Iglesias (CMI) ha destacado las graves consecuencias de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el Acuerdo sobre los ADPIC para la mayoría de la población del mundo. Varias publicaciones del CMI se han centrado sobre los comienzos del capitalismo mundial y sobre el programa relativo al comercio, en torno al cual actúa la Organización Mundial de Comercio (OMC).

El CMI no ha sido el único en preconizar un nuevo enfoque de la OMC y de los ADPIC. Tres organizaciones, Health Action International (HAI), de la que es miembro el Programa Farmacéutico del CMI, Médecins sans Frontières (MSF) y el Consumer Project on Technology (CPT), se pusieron también a la cabeza de la **campaña para facilitar el acceso a los medicamentos esenciales**.

¿Cuál es la razón de las campañas encaminadas a facilitar el acceso a los medicamentos esenciales?

Ya desde el principio, los expertos predijeron las consecuencias negativas del Acuerdo sobre los ADPIC. Porque la protección de las patentes de los medicamentos no promueve las inversiones en productos farmacéuticos.

La preocupación principal residía en la cuestión del acceso a los medicamentos. Incluso sin el Acuerdo sobre los ADPIC, alrededor del 50% de la población del planeta no podía acceder a los medicamentos esenciales. El acuerdo sobre los TRIPS exige que todos los miembros de la OMC, incluso los países pobres, tengan patentes por 20 años sobre las nuevas invenciones farmacéuticas cuya protección no rebasaba con anterioridad un plazo máximo de 10 a 15 años.

La inaccesibilidad de los medicamentos

Durante 20 años, pues, una empresa farmacéutica que lance ahora un nuevo producto puede monopolizar el mercado. Y como no hay competencia, ese monopolio puede fijar precios elevados, que impedirán que ciertos medicamentos esenciales lleguen a las personas que realmente los necesitan.

Algunos medicamentos esenciales de importancia crucial para los pacientes pobres de países en desarrollo serán escasos y, además, muy caros. En esos países, las enfermedades infecciosas, por ejemplo, figuran entre las principales causas de mortalidad. Y el tratamiento más corriente hasta ahora ha sido el de los agentes antimicrobianos. Ahora bien, de casi todo el mundo se reciben ahora informes de la resistencia que se ha desarrollado a casi todos los antibióticos de que actualmente se dispone y que pueden obtenerse. En algunos casos hasta el 97% de las muestras analizadas para medir su sensibilidad han acusado resistencia.

Se necesitarán, pues, nuevos antibióticos. Pero esos medicamentos esenciales no serán accesibles a todos.

Incluso los tratamientos de que en la actualidad se dispone, y los nuevos resultados de las investigaciones están fuera del alcance de los pobres. ¡Un año de medicamentos contra el SIDA cuesta unos 15.000 dólares al año! ¡Exorbitante en el Norte, pero impensable como posibilidad en el mundo en desarrollo!

En algunos casos, antiguos medicamentos considerados como innecesarios en el Primer Mundo y no rentables del Tercer Mundo han sido retirados del mercado; tal es el caso de medicinas contra la tuberculosis. En Rusia, los medicamentos necesarios para el tratamiento de la tuberculosis resistente a productos anteriores cuesta unos 6.000 dólares. Pero esos medicamentos serían casi diez veces más baratos si se proporcionaran en versiones genéricas.

La campaña hasta ahora

La campaña ha servido de marco para un intercambio de información y de experiencias. La primera conferencia, celebrada en Ginebra en marzo de 1999, dio a conocer las posibilidades que se ofrecían a los países en desarrollo en la aplicación del Acuerdo sobre los ADPIC.

Varios participantes en esa conferencia re-

gresaron a sus países reclamando la utilización de medios legales para incrementar el suministro de medicamentos esenciales a precios abordables. Hubo también un llamamiento para que la OMS tomara la iniciativa de ayudar a los países a analizar las consecuencias de las decisiones de la Organización Mundial de Comercio (OMC) para la salud pública. Esas discusiones contribuyeron probablemente a la adopción unánime por la Asamblea Mundial de la Salud de una resolución (WHA 52,19) que daba instrucciones a la OMS para que controlase las consecuencias que para la salud pudieran tener los acuerdos comerciales, y que prestara asistencia a los países para una aplicación de las reglamentaciones comerciales que protegiera la salud pública.

La segunda reunión, que, organizada por HAI/MSF/CPT, se celebró en Amsterdam la semana anterior a la asamblea ministerial de la OMC en Seattle, reunió a unos 300 defensores de la salud y profesionales de la sanidad pública, representantes de organizaciones no gubernamentales, organizaciones internacionales, la OMS, gobiernos, entidades académicas y la industria farmacéutica. De lo que se trataba era de facilitar el acceso a los medicamentos esenciales en una economía mundializada. Los participantes pretendían que el interés público fuera, más que los intereses comerciales, la motivación fundamental del comercio internacional.

En una carta abierta a los países miembros de la OMC, los participantes expusieron varias medidas y estrategias posibles para contrarrestar los efectos negativos del acuerdo. Una delegación dió seguimiento, en representación de las tres entidades organizadoras y de sus seguidores, a estas propuestas en Seattle.

La coalición acogió con satisfacción el discurso del Presidente Clinton que destacaba la salud como tema esencial del programa de la OMC, y el cambio introducido en la política comercial estadounidense para favorecer un mejor acceso a las medicinas destinadas a preservar la vida.

¿Y ahora, qué?

El cambio de política de los Estados Unidos es un primer paso importante, pero es mucho más lo que hay que hacer. La acción debe seguir a las palabras y las preocupaciones de salud deben integrarse en las normas de la OMC. La coalición HAI/MSF/CPT ha preconizado la creación de un **Grupo permanente de trabajo de la OMC sobre el acceso a los medicamentos**, que deberá revisar las normas de propiedad intelectual relacionadas



Peter Williams/CMI

Centro de asistencia sanitaria de la Convención Bautista Karen, de Yangon, Myanmar/ Birmania, 1996.

con ese tema. El grupo de trabajo ayudaría también a los países en desarrollo a utilizar las disposiciones vigentes en el marco del Acuerdo sobre los ADPIC para proteger la salud.

El fracaso de la OMC en Seattle ofrece a los países en desarrollo una oportunidad más de velar por que sus intereses se tengan en cuenta. Mucho dependerá de los próximos cinco años. Los países en desarrollo deberán, si es preciso, modificar su legislación interna para introducir el sistema obligatorio de licencias e importaciones paralelas y para hacer efectivas las alianzas internacionales.

Contactar a:

Eva Ombaka
Directora del Programa
Farmacéutico del CMI/CIIS,
P O Box 73860
Nairobi, Kenya
Tel: 254-2-444832/445020
E-mail: ciss@net2000ke.com

HAI-Europe

Jacob van Lennepkade 334-T
1053 NJ, Amsterdam
Países Bajos
Tel: 31-20-683-3684
E-mail: hai@hai.antenna.nl

Médecins sans Frontières
Access to Essential Medicines
Project, Rue du Lac 12
1211 Geneva 6, Suiza
Tel: 41-22-8498406
E-mail: bpecoul@msf.org

Ámbitos prácticos de acción

Cualquiera puede defender el derecho de una persona a gozar de buena salud, en particular el acceso a los medicamentos. Nosotros podemos:

- tomar posición sobre la base de una información correcta.
- comprender los problemas, informar a otros y recabar su apoyo.
- participar en reuniones locales e internacionales. Las reuniones proporcionan información, permiten el intercambio de opiniones y la posibilidad de hacer escuchar su voz.
- investigar para demostrar los efectos de la mundialización. Esto puede ir desde la información sobre las variaciones de precios de los medicamentos hasta la comparación de precios de distintos suministros y fabricantes.
- agudizar la conciencia de los consumidores acerca de sus derechos y movilizar a los consumidores para que reclamen una mayor equidad, y la protección de los remedios a base de hierbas y las medicinas tradicionales locales. Las comunidades son una poderosa fuerza latente que aún tiene que ser movilizada en esta esfera. Los medicamentos salvan vidas, y nosotros no podemos permitir que se los trate como meros productos de comercio.

CARTAS

Los bastoncillos de mascar y el SIDA

¿Pueden ustedes ayudarme?

¿Se pueden considerar seguros los bastoncillos de mascar que tanto se utilizan en África? Si una persona con SIDA contamina un bastoncillo de mascar, ¿podría otra persona que lo chupe a continuación verse infectada a través de las posibles llagas de sus encías? ¿Además, es posible que el mosquito o la chinche propaguen el SIDA? Mucho agradecería cualquier tipo de información importante sobre el SIDA.

También les agradeceré cualquier ayuda que puedan prestarme para la adquisición de un microscopio para un laboratorio de hospital

Sule Mohammad

Kadara Clinic, P.O.Box 137, Bawku, U.E.R., Ghana, Africa occidental

Manoj Kurian responde:

Muchas gracias por sus preguntas sobre ciertos aspectos de la transmisión del VIH/SIDA en las comunidades. Si un bastoncillo de mascar es utilizado por más de una persona, y si la primera que lo utilizó está infectada con el VIH y tiene llagas en las encías, existe la posibilidad (aunque sea remota) de transmisión de la enfermedad al siguiente usuario. Generalmente, cuando cada persona guarda por separado su propio bastoncillo de mascar y no lo presta, no existe ningún peligro de transmisión de infecciones orales.

La picadura de un mosquito no transmite el VIH/SIDA.

Le hemos enviado varias copias de publicaciones de divulgación sobre el VIH/SIDA, para su propio conocimiento y para que las distribuya en su comunidad.

ANUNCIOS

La Quinta Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud

Esta Conferencia, que se celebrará en la Ciudad de México del 5 al 9 de junio de 2000, está estructurada en torno a estudios completos y efectivos de casos, que ponen de relieve cómo las estrategias de promoción de la salud aumentan la eficacia de las políticas, los programas y los proyectos de salud y desarrollo.

La OMS presentó estudios de casos en la Conferencia para demostrar cómo los proyectos de promoción de la salud han mejorado la salud y el bienestar, especialmente entre grupos vulnerables de personas. En la Cuarta Conferencia, que se celebró en Yakarta en 1997, se pudo demostrar que la violencia doméstica y civil era uno de los factores más determinantes de la salud.

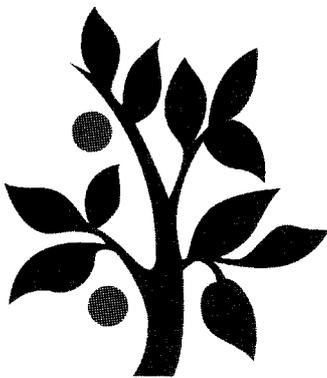
En particular se alienta a las organizaciones no gubernamentales a que participen en la conferencia, que está organizada por el Gobierno de México, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Contacto: Johanna Koch, Fax 41-1-715413, E-mail: joannakoch@gmx.net

Consulta sobre la salud, la fe y la curación

Las experiencias de curación y el papel de la fe han ido adquiriendo una importancia creciente. Basándose en la larga tradición de la labor de la antigua Comisión Médica Cristiana del CMI en cuestiones de salud, religión y curación, unos treinta teólogos, profesionales de la salud y otras personas participantes en actividades de asistencia sanitaria, intercambiaron experiencias individuales y comunitarias de curación en una consulta internacional que se celebró en Hamburgo (Alemania) del 5 al 9 de junio de 2000.

La consulta, organizada por el equipo de Misión y Evangelización del CMI y por la Academia de la Misión de la Universidad de Hamburgo, se ocupó de cuestiones tales como: la curación en la misión, en las iglesias y los movimientos carismáticos, y en las culturas indígenas; el diálogo interdisciplinario sobre fe y curación, y las congregaciones locales como comunidades terapéuticas.



Contact es una publicación periódica sobre salud y desarrollo de la comunidad del Consejo Mundial de Iglesias. En los artículos se abordan diversos aspectos de la participación de la comunidad y las iglesias en la esfera de la salud, y se intenta dar información sobre enfoques actuales, innovadores y precursores de la promoción de la salud integral. Es una publicación conjunta del Consejo Mundial de Iglesias, la Asociación Médica Cristiana de la India, el

Instituto Alemán para Misiones Médicas de Tübingen y la Secretaría de Coordinación Médica de los Países Bajos. Se publica cuatro veces al año en español, inglés y francés. Su circulación actual es de aproximadamente 15.000 ejemplares. Los artículos pueden reproducirse libremente a condición de que se cite como fuente: *Contact*, publicación del Consejo Mundial de Iglesias. En el primer número del año se publica, en cada una de las versiones de los distintos idiomas, la lista completa de los números

anteriores de la revista. La versión en francés de *Contact* está siendo producida y distribuida por IPASC, Costa de Marfil, África. Correo electrónico: ipasc@liverpool.ac.uk. Comité de redacción: Rainward Bastian, Christoph Benn, Manoj Kurian, Cherian Thomas, Darlena David, Christina de Vries, y Elizabeth Moran. En este número reconocemos la contribución de Miriam Reidy-Prost, Alexander Belopopsky, Nils Carstensen y Jenny Roske. Jefa de redacción:

Darlena David. Diseño: Indira Mark. Toda la correspondencia debe dirigirse a: **Christian Medical Association of India, 2, A-3 Local Shopping Centre, Janakpuri, Nueva Delhi 110 058, India. Tel.: 91 11 559991/2/3, 5521502. Fax: 91 11 5598150. Correo electrónico: cd.cmai@vsnl.com** *Contact* también puede solicitarse al Consejo Mundial de Iglesias. Sitio Web: <http://www.wcc-coe.org>

La versión en español de *Contact* está siendo producida y distribuida por **Educación Popular en Salud (EPES)**, de la Iglesia Evangélica Luterana en Chile, en colaboración con Colectivo Con-spirando.

Toda correspondencia puede ser dirigida a: **EPES, General Korner 38. El Bosque, Santiago, Chile. Fono: (56-2) 5487617; Fax: (56-2) 5486021. Correo electrónico: ielch@epes.cnt.cl**