



# 2010 **Memoria Report**

Tu esfuerzo, nuestro compromiso  
Your effort, our commitment

Las líneas de este gráfico muestran la evolución del índice de salud entre 1970 y 2010, según datos oficiales del PNUD. La línea azul representa a España; el resto corresponde a los países donde interviene Anesvad.

The lines in this graph show the evolution of the health index between 1970 and 2010, according to official PNUD data. The blue line represents Spain; the rest shows countries in which Anesvad works.

**Redacción, Edición y Fotografías:** Fundación Anesvad

**Diseño Gráfico:** Koncepto

**Imprenta:** Mcc Graphics

**Writing, Editing and Photography:** Fundación Anesvad

**Graphic design:** Koncepto

**Printing:** Mcc Graphics

---



Esta publicación está impresa en papel con Certificación Forestal (PEFC), garantizando que la materia prima para su fabricación proviene de bosques gestionados con criterios de sostenibilidad y uso racional.

This publication is printed on paper with Forest Certification (PEFC), which guarantees that the raw materials come from sustainable forests.

Al mismo tiempo, la empresa editora ha obtenido la Certificación de la Cadena de Custodia, mediante la cual garantiza el seguimiento de los materiales certificados desde el bosque hasta el producto final.

The publisher also has the Custody Chain Certification, by which it guarantees tracing of raw materials from the forest to the final product.

Los contenidos de esta publicación están sujetos a una licencia Creative Commons 3.0 Unported. Se permite su reproducción y difusión sin fines comerciales, siempre y cuando se cite la fuente. Cualquier alteración, transformación o derivación de esta obra sólo puede distribuirse bajo una licencia idéntica a ésta. Para ver una copia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es>.



The contents in this publication are under a Creative Commons 3.0 Unported licence. They may be copied and distributed for noncommercial purposes, only if they give the author or licensor the credits in the manner specified by these. Any alterations, transformations or derivative works can only be distributed under an identical licence. To view a copy, please visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es>.

# **Sumario**

---

## **Summary**

Presentación	Presentation	<b>4</b>
Proyectos aprobados en 2010	Projects approved in 2010	<b>6</b>
Intervenciones en terreno con EBDH	HRBA field interventions	<b>10</b>
Persona a persona	Person to person	<b>24</b>
Activismo y participación ciudadana	Advocacy and Participation	<b>26</b>
Anesvad por dentro	Inside Anesvad	<b>30</b>
Informe Económico y Opinión	Financial Report and Review	<b>36</b>

# Presentación

## Presentation

### Salud, Derechos Humanos y Desarrollo

Los derechos humanos y el desarrollo no siempre han ido de la mano. Durante muchos años, las ONG para el Desarrollo hemos centrado nuestras intervenciones, exclusivamente, en la prestación de servicios y en la cobertura de necesidades, sin ahondar en las causas estructurales de la pobreza. Esta estrategia se ha demostrado insuficiente, ya que la pobreza no solo no ha remitido, sino que persiste. A medida que la cooperación al desarrollo ha incorporado el Enfoque Basado Derechos Humanos (EBDH), los avances que se han dado, han sido no obstante, notables.

Hoy nadie duda de que "la denegación de los Derechos Humanos forma parte de la definición misma de la condición de pobre", tal y como señalaba hace ahora unos años la ex Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos Louise Arbour.

El EBDH trata de superar la concepción de las personas como meras beneficiarias o usuarias de servicios para considerarlas como titulares de pleno derecho. Presenta un potencial muy grande para hacer frente a las diferentes dimensiones de la pobreza, que no solo se limita al ámbito económico, sino que tiene que ver también con unas condiciones de vida dignas -con salud, educación, trabajo, vivienda, etc.-, el desarrollo de las capacidades y el conocimiento. Considerar la

### Health, Human Rights and Development

Human Rights and development haven't always gone hand in hand. For years, Development NGOs have centred their initiatives exclusively in offering services and covering basic needs, without addressing the structural causes of poverty. This strategy has proven to be insufficient, since poverty has not dropped, but persists. As development cooperation has incorporated a Human Rights Based Approach (HRBA) the advances have been remarkable.

Today, nobody doubts that "the denial of human rights forms a part of the very definition of what it is to be poor", as pointed out some years ago by the former United Nations High Commissioner for Human Rights, Louise Arbour.

The HRBA strives to overcome the concept of people as mere beneficiaries or users of services, giving them rightful ownership. This new approach has a great potential to face the different facets of poverty, not only limited to the financial arena, but focusing on dignified living conditions -with access to health, education, work, housing, etc.-, the development of abilities and knowledge. Considering poverty as the cause of this violation of rights is, therefore, an unavoidable challenge in terms of universal moral values and the legal commitments

pobreza como una causa de la vulneración de derechos constituye, por lo tanto, un desafío impostergable en cuanto a los valores morales universales y en cuanto a los compromisos jurídicos que han sido adquiridos por los Estados.

Partiendo de esta base, en 2010 hemos consolidado este enfoque, reorientando modelos asistencialistas, fomentando la participación comunitaria y la toma de conciencia, fortaleciendo la sociedad civil, empoderado a la población e incidiendo en políticas públicas. Simultáneamente, hemos combinado una atención sanitaria integral, centrada en las personas, con actividades de promoción y protección de la salud y la formación de personal sanitario, social y educativo involucrado en nuestros proyectos.

Este año hemos incrementado, también, los fondos destinados a nuestro fin social y hemos reflexionado, a cinco años para su cumplimiento, sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio de Naciones Unidas, cuya evolución resulta favorable en aspectos como la salud y la educación.

La salud es un Derecho Humano inalienable y su realización debe hacerse efectiva para avanzar en la senda del desarrollo, porque la falta de salud es una causa y consecuencia de la pobreza.

**Bernardo García Izquierdo**

Director General de la Fundación Anesvad

that have been acquired by the relevant States.

Parting from this base, in 2010 we have consolidated this approach, reorienting assistance models, promoting citizen participation and community consciousness, strengthening the civil society, empowering the people and intervening in public policies. Simultaneously, we have combined holistic healthcare, centred in people, with health promotion and protection initiatives, while training the health professionals, social workers and teachers that were involved in our projects.

This year we also increased the funds destined to our social purpose and we have reflected on the UN Millennium Development Goals at 5 years from its end, which have shown a favourable evolution in the areas of health and education.

Health is an unalienable Human Right and its materialisation must be effective for the advancement of the way of development. Poor health is an inevitable consequence of poverty.

**Bernardo García Izquierdo**

General Manager of Anesvad Foundation

# Proyectos Aprobados Projects approved 2010

107 nuevos proyectos han llevado salud y desarrollo a las poblaciones más vulnerables de 18 países de África, América y Asia, así como a España.

107 new projects have brought health and development to the most vulnerable populations of 18 countries in Africa, Latin America and Asia, and to communities in Spain.

## TOTAL TOTAL

107

12.071.566,60 €

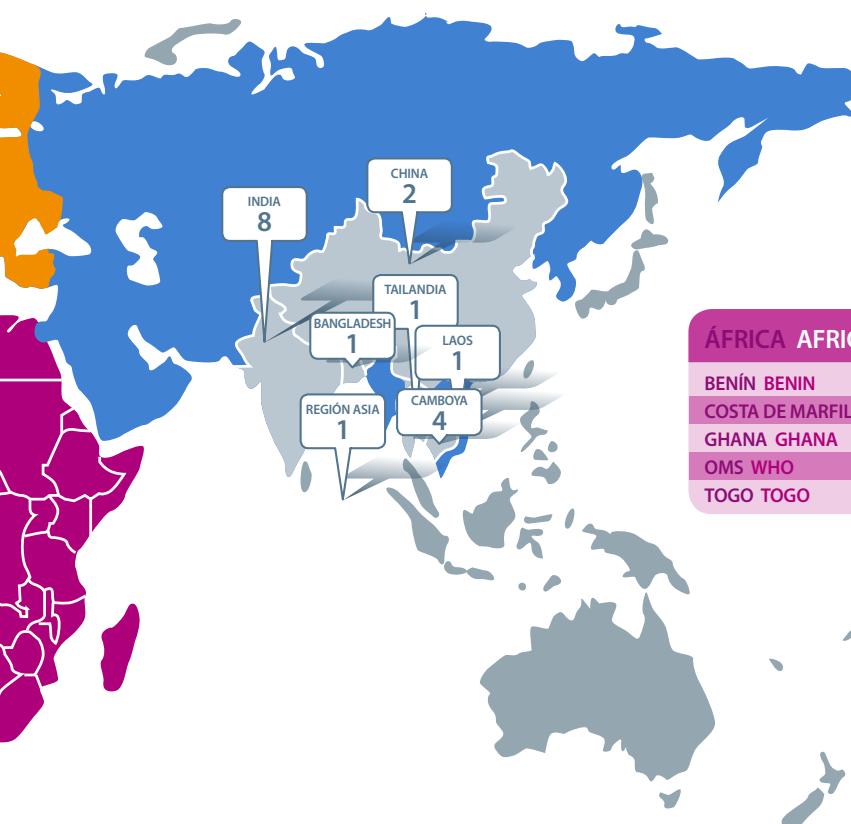
## EUROPA EUROPE

ESPAÑA SPAIN

173.670,70 €

## ASIA ASIA

BANGLADESH	BANGLADESH	61.809,00 €
CAMBOYA	CAMBODIA	474.385,39 €
CHINA	CHINA	256.942,00 €
INDIA	INDIA	1.088.872,00 €
LAOS	LAOS	206.775,00 €
REGIÓN ASIA	ASIA REGION	225.180,00 €
TAILANDIA	THAILAND	900,00 €



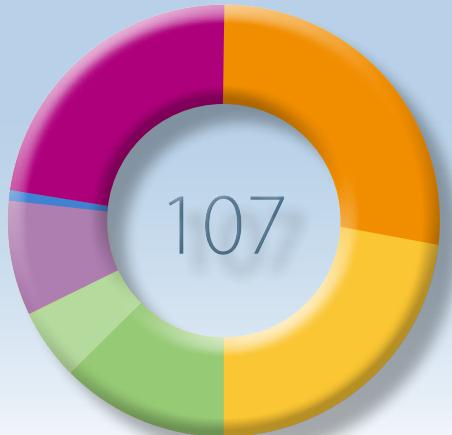
## ÁFRICA AFRICA

BENÍN	BENIN	539.624,34 €
COSTA DE MARFIL	IVORY COAST	453.430,98 €
GHANA	GHANA	36.353,80 €
OMS	WHO	471.876,00 €
TOGO	TOGO	82.562,12 €

Distribución de proyectos por áreas geográficas  
Projects distribution by geographical areas



Distribución de proyectos por temáticas  
Projects distribution by issues



Asia Asia	18
América Latina Latin America	76
Africa Africa	12
España Spain	1

Salud Comunitaria Community Health	29
S. Materno-Infantil y Sexual Reproductiva Mother & Child and Sexual & Reproductive Health	25
Enfermedades Tropicales Desatendidas Neglected Tropical Diseases	13
Trata de Seres Humanos Human Trafficking	8
Emergencias Emergencies	11
Acción Social Social Initiatives	1
Otros Others	20

# Intervenciones en terreno con EBDH

## HRBA field interventions

La aplicación del Enfoque Basado en Derechos Humanos a nuestras intervenciones en terreno ha constituido un hito en 2010. Este hecho nos ha permitido trabajar por la salud de los pueblos de forma integral, atendiendo no solo enfermedades, sino procurando un completo estado de bienestar físico, psicológico y social de la población.

Condición *sine qua non* para ello es que las personas disfruten de establecimientos, bienes y servicios de salud y que éstos, además de disponibles y accesibles, sean aceptables y de buena calidad. A todo ello le hemos dedicado nuestro máximo esfuerzo.

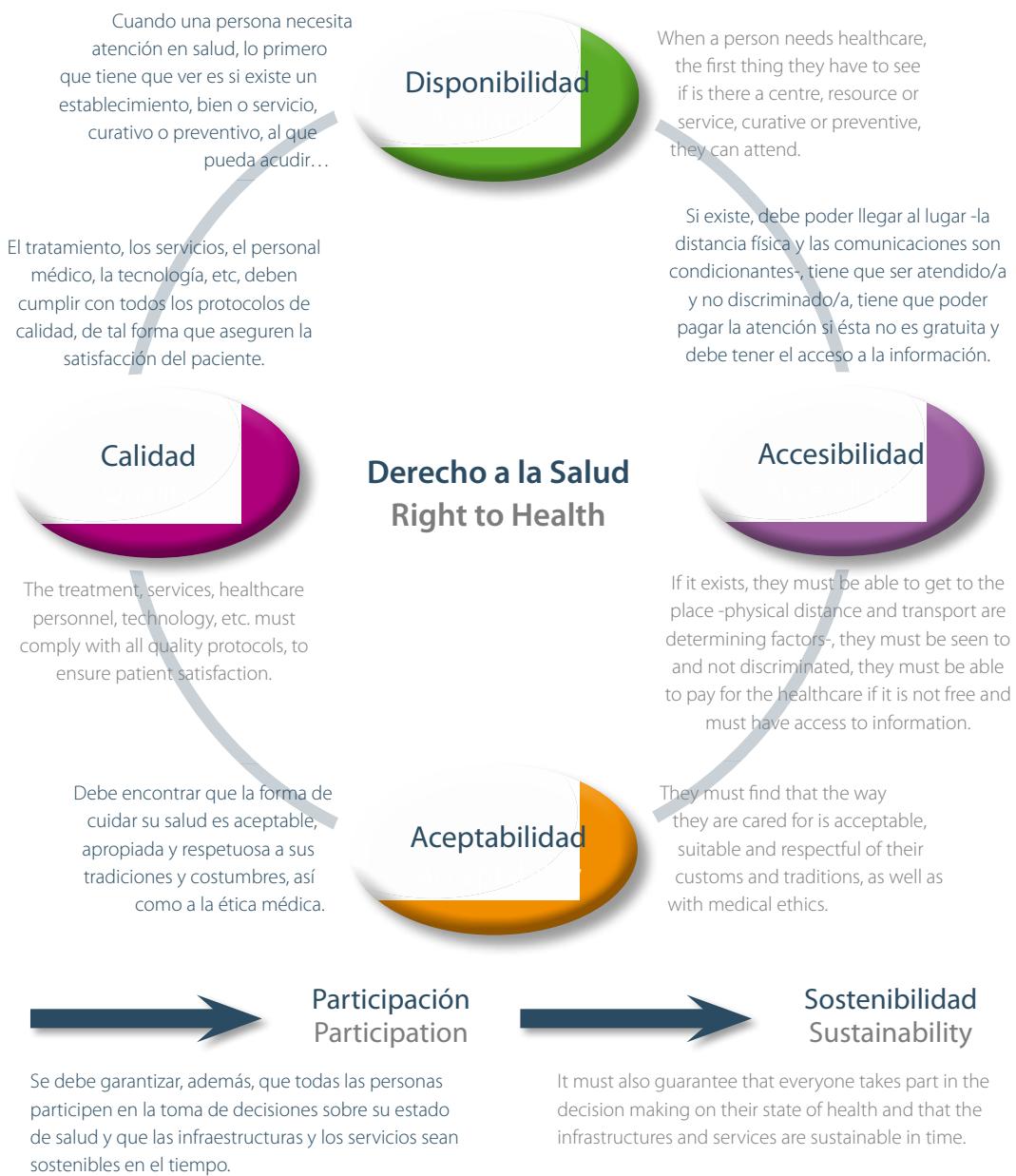
Cuatro de nuestras organizaciones aliadas en el Sur explican en las páginas siguientes cómo abordamos este tema, centrándose cada una en uno de los cuatro ejes clave del Derecho a la Salud.

The application of a Human Rights Based Approach to our interventions on site has been a landmark in 2010. This fact has enabled us to work to improve the health of the people in a comprehensive way, not only caring for their diseases, but ensuring the physical, psychological and social welfare of the population.

This is a *sine qua non* for people to enjoy centres, resources and health services, and for these to be acceptable and good quality, as well as available and accessible. We have made the greatest effort to achieve this.

Four of our allied organisations in the South explain how we dealt with this issue, focusing on each one of the four cores of Right to Health.

## Diagrama del Derecho a la Salud Right to Health Diagram



## **DISPONIBILIDAD en la India** **AVAILABILITY in India**

**Es el país más afectado por la lepra. La mitad de los nuevos casos anuales que se detectan se dan aquí.**

En la India, la pobreza está en la raíz de todos los problemas de salud, y la lepra no es una excepción. Hasta 2006, el país contaba con un programa especializado dirigido a las personas que padecen esta enfermedad, pero con la declaración de la eliminación de la lepra como problema de salud pública, este servicio se integró dentro del sistema de salud pública nacional. Un paso que debería haber significado una asunción real del problema, provocó, sin embargo, que miles de personas afectadas dejaran de recibir la atención sanitaria necesaria. En consecuencia, entre otras deficiencias, se ha detectado que el personal sanitario público no está capacitado para tratar o detectar la enfermedad.

La disponibilidad de servicios, el tratamiento, el personal cualificado, junto con los programas de detección precoz, constituyen, no obstante, claves para eliminar esta enfermedad y garantizar los derechos de las personas afectadas. La estrategia LEAP -Programa de Acción para la Eliminación de la Lepra, en sus siglas en inglés- de ALERT INDIA y Anesvad hace énfasis en estos déficits. Gracias al trabajo realizado hasta ahora, hemos establecido 89 Centros de Referencia para el tratamiento de la lepra, formado a

**It is the most affected country by leprosy. Half of new cases detected every year take place here.**

In India, poverty is the root of all health problems and leprosy is no exception. Before 2006, the country had a specialised programme aimed at people with this disease, but when leprosy was declared to be eliminated as a public health problem, this service was integrated into the national public health system. This step should have tackled the problem realistically, but instead it left thousands of affected people without the healthcare they required. Consequently, amongst other deficiencies, it has been detected that public healthcare staff is not prepared to treat or detect the disease.

The availability of services, treatment and qualified personnel, together with early detection are, nevertheless, keys to eradicate this disease and guarantee the rights of the affected people. LEAP (Leprosy Elimination Action Programme) by ALERT INDIA and Anesvad focuses on these deficiencies. Thanks to the work carried out until now we have established 89 Reference Centres to treat leprosy, trained nearly 9,000 public healthcare professionals to provide relevant and quality services, enabled healthcare services for more than 13,000 affected people and corrected deficiencies



cerca de 9.000 personas del sistema de salud pública para prestar servicios oportunos y de calidad, dispuesto servicios de salud para más de 13.000 personas afectadas y subsanado los déficits en la detección precoz, particularmente en áreas rurales y tribales, formando a más de 21.000 voluntarios/as.

La vigilancia epidemiológica y evaluación del programa de control de la lepra se ha concentrado, además, en pedir políticas y

in early detection, particularly in rural and tribal areas, training more than 21,000 volunteers.

The epidemiological surveillance and evaluation of the leprosy control programme has also focused on asking for relevant policies and mechanisms for the leprosy services in order to prevent discrimination of the affected people.



mecanismos pertinentes de los servicios de lepra a fin de evitar la discriminación de las personas afectadas.

En definitiva, desde el punto de vista del Derecho a la Salud, el objetivo de LEAP ha sido y es, garantizar la disponibilidad de los servicios de lepra a la par que otras enfermedades.

In short, from the point of view of Right to Health, the aim of LEAP is to guarantee the availability of leprosy services as well as other diseases.



**Antony Samy**  
Director Ejecutivo de ALERT INDIA  
Managing Director of ALERT INDIA

# ACCESIBILIDAD en el Perú

---

## ACCESSIBILITY in Peru

**En la región andina cuesta acceder a los establecimientos, bienes y servicios de salud. Su realidad dista mucho de otras zonas.**

Perú es un país de contrastes, de marcadas desigualdades. También en el acceso a la salud. La brecha entre lo rural y urbano se hace evidente en áreas remotas del corredor andino, donde cuesta acceder a la atención sanitaria de primer nivel.

En Sinsicap y Paranday, dos distritos de extrema pobreza en los que las familias viven de la agricultura y la ganadería de subsistencia, este hecho ha sido una limitante para el cuidado de su salud. Generalmente, porque a la escasez de establecimientos, se suman la falta de recursos humanos y el deterioro de los equipos.

Para mejorar esta situación, CPS-Desarrollo y Anesvad iniciamos un proyecto de acceso a la salud de las familias andinas, centrado en la salud materno-infantil. Arrancó con la optimización de los tres centros de salud existentes en la zona, a las que dotamos de infraestructura, equipamiento e insumos, de acuerdo a los estándares del Ministerio de Salud nacional. Un hecho que ha permitido incrementar las atenciones sanitarias en un 14,56%.

Paralelamente, hemos trabajado en la formación de personal sanitario y propiciado

**In the Andean region it is hard to get to the health centres, resources and services. Their reality is very different from other areas.**

Peru is a country of contrasts, of marked inequality. And this is also true of access to healthcare. The gap between rural and urban areas is obvious in remote areas of the Andean Corridor, where it is hard to gain access to primary healthcare.

In Sinsicap and Paranday, two extremely poor districts in which families live off subsistence agriculture and farming, this fact has hindered their healthcare. Generally, the lack of human resources and the deterioration of equipment add to the low number of centres.

In order to improve this situation, CPS-Desarrollo and Anesvad started a project to access healthcare for Andean families, focusing on mother & child healthcare. It started with the optimisation of all three health centres in the area, which we provided with infrastructure, equipment and medical supplies, in accordance with the national Ministry of Health standards. This has enabled healthcare to increase by 14.56%.

In line with this, we have worked training healthcare personnel and organised activities outside towns, in the places



las actividades extra-muro, allá donde viven las familias. Se ha creado una red de promotores/as de salud que visitan casa por casa a los habitantes de ambos distritos, y se han llevado a cabo operativos médicos de atención integral, de manera gratuita. Las familias priorizadas de alto riesgo han recibido, además, visitas educativas y monitoreos en los que se les ha informado y sensibilizado sobre la detección de cáncer de cuello uterino y las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio. Hemos conseguido con ello que el 80% de la población gestante reconozca los síntomas y los signos de alerta durante todo el proceso.

where the families live. A network of health promoters who visit the people in both districts door to door has been created and free comprehensive medical campaigns have been carried out. Priority high risk families have also received educational visits and monitoring in which they have been informed and awareness has been raised of detection of cervical cancer and signs of danger during pregnancy, birth and puerperium. We have managed to get 80% of pregnant women to recognise symptoms and warning signs throughout the whole process.

La creación de una Mesa de Vigilancia Comunal para el control de la mortalidad materno-infantil y la instalación de un sistema operativo de evacuación de emergencia comunal en 14 comunidades de riesgo, han sido otros de los logros alcanzados en 2010. Un trabajo que ha permitido ampliar la cobertura y acercar el Derecho a la Salud a las poblaciones más vulnerables. A aquellas que encuentran mayores dificultades para el disfrute de este derecho.

The creation of a Community Surveillance Board to keep women & child mortality under control, and the installation of an emergency evacuation operating system in 14 risk communities have been other successes in 2010. Our work has enabled to extend coverage and bring the Right to Health closer to the most vulnerable towns. To those who find it most difficult to enjoy this right.



**Rosa María Aguilar**  
Coordinadora del Área de Salud de CPS-Desarrollo  
Coordinator of the CPS-Desarrollo Health Area

---

## **ACEPTABILIDAD en Bolivia** **ACCEPTABILITY in Bolivia**

**De origen étnico y cultura quechua, la salud de las comunidades de Pocoata se ve condicionada por barreras lingüísticas y culturales.**

Viven a mucha distancia de los centros urbanos, en una zona de alto riesgo, con índices de morbi-mortalidad muy elevados. De los más elevados de toda América Latina. Su salud, además de por la distancia, se ve condicionada por barreras lingüísticas y culturales que dificultan su acceso a los servicios.

**The health of the Pocoata communities, of Quechuan ethnicity and culture, is conditioned by language and cultural barriers.**

They live very far away from urban centres, in a high risk area, with very high morbimortality indices. They are amongst the highest in all Latin America. Their health is conditioned, as well as by distance, by language and cultural barriers that hinder their access to services.



El personal de salud urbano no entiende la forma de vida de las familias indígenas, el idioma, la cultura, etc. En consecuencia, su forma de atención tiene poca aceptabilidad y es considerada como última alternativa curativa. Tanto es así que la mayoría de los partos son atendidos en casa por familiares o parteras, de acuerdo al método tradicional -en el suelo de la cocina, con un lecho elaborado a base de cuero de ganado y con plantas nativas del monte que se constituyen en medicamentos-, lo que incrementa el riesgo de complicaciones e infecciones. Aunque esta forma tiene mucha más representación, no se encuentra preparada para enfrentar y solucionar casos difíciles.

El proyecto que implementan PRODII y Anesvad afronta esta realidad con enfoque intercultural y se desarrolla de forma participativa, impulsando que los actores sociales sean los protagonistas en la gestión de la salud y su entorno. Tiene lugar en 35 comunidades de origen étnico de la cultura quechua, ubicada en el territorio de Ayllu Pukuata, donde el 100% de la población habla quechua y solo las personas jóvenes hablan español. Aquí existen tradiciones y culturas muy arraigadas a la cosmovisión andina y la Pachamama -madre tierra-.

Para llegar a esa adecuación cultural, el proyecto promueve la convivencia e interrelación entre el personal de salud biomédico, los médicos tradicionales y la comunidad para encaminar una propuesta de modelo alternativo de salud, donde se comparten conocimientos y buenas prácticas

Healthcare personnel in the cities do not understand the lifestyle of native families, their language, culture, etc. Consequently, their way of providing healthcare is not very acceptable and is considered to be the last alternative to be cured. So much so that most babies are delivered at home by relatives or midwives, in the traditional way -on the kitchen floor, with a bed made of leather and medicine made from indigenous plants from the mountains- which increases the risk of complications and infections. Although this way is very widespread, they are not ready to face and solve hard cases.

The project that PRODII and Anesvad implement deals with this reality with an intercultural approach and it is developed in a participative way, encouraging social stakeholders to be protagonists in the management of health and their environment. It takes place in 35 Quechuan communities, situated in the area of Ayllu Pukuata, where 100% of the population speaks Quechua and only young people speak Spanish. Here there are traditions and cultures that are deeply rooted in the Andean view of the world and the belief in Pachamama -mother earth-.

In order to reach cultural adaptation, the project promotes coexistence and interrelation between biomedical healthcare personnel, traditional doctors and the community, in order to channel a proposal of an alternative healthcare model, where knowledge and good practices in both



de ambos sistemas. Se han desarrollado así conocimientos y prácticas en medicina tradicional combinada con la occidental para enfermedades prevalentes, control prenatal y parto humanizado.

La materialización del Derecho a la Salud se fundamenta así en la libre decisión del individuo para ser atendido de la forma que considere más respetuosa y aceptable.

systems are shared. Knowledge and practices in traditional medicine have been developed, combined with western medicine for prevalent diseases, prenatal control and humanised births.

The materialisation of the Right to Health is based on the free will of individuals to receive healthcare in the way they consider most respectful and acceptable.



**Dr. Juan Pablo Ordoñez Salvatierra**  
Coordinador de Proyectos de PRODII  
PRODII Project Coordinator

# CALIDAD en Costa de Marfil

---

## QUALITY in the Ivory Coast

**La úlcera de Buruli es una Enfermedad Tropical Desatendida y, como tal, recibe poca atención. Promulgar una atención de calidad es clave.**

Costa de Marfil es el país más afectado por la úlcera de Buruli. Cada año se registran 2.500 nuevos casos, la mayoría de niños/as y jóvenes menores de 15 años. Como no se conoce el modo de transmisión, la detección precoz se constituye en un elemento fundamental para detener su avance y gravedad. Prestar una atención de calidad es, además, elemental para preservar el Derecho a la Salud de las personas que la padecen.

Y no siempre es fácil, porque en una realidad como la marfileña, donde el acceso al sistema de salud pública y las posibilidades de ser atendido/a se ven condicionados por determinantes económicas, supone un motivo de endeudamiento para la familias, ya de por sí pobres.

En el Centro Notre Dame du Carmel de Sakassou, apoyado por Anesvad, las personas afectadas por la úlcera de Buruli reciben una atención integral, con instalaciones y servicios en mejora continua, una atención profesional, humana y personalizada. Aquí se ofrece un servicio gratuito y la persona afectada es bien acogida desde el primer momento. Se aloja en cama individual, es atendida cada día y recibe

**Buruli Ulcer is a Neglected Tropical Disease and as such it does not get much attention. Promulgating quality healthcare is essential.**

The Ivory Coast is the most affected country by the Buruli Ulcer. 2,500 new cases are recorded every year, most of them in children and under 15s. As the way it is transmitted is unknown, early detection becomes an essential element to stop it from spreading and from getting worse. It is also basic to offer quality healthcare to preserve the Right to Health of people suffering this problem.

And it is not always easy because in a place like the Ivory Coast, where access to the public healthcare system and the chances of seeing a doctor are conditioned by economic factors, families who are already poor would have to get more into debt.

At the Notre Dame du Carmel Centre in Sakassou, supported by Anesvad, people affected by the Buruli Ulcer receive comprehensive care with facilities and services that are constantly being improved, and human and personalised professional care. The service is free and patients are made to feel welcome the moment they arrive. They stay in individual beds, are visited every day and receive injectable and oral treatment, following the recommendations

tratamiento inyectable y oral, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Algo que no es habitual en el país: en la mayoría de los centros hospitalarios, la persona afectada tiene que comprar y llevar su propio material de curas.

Las operaciones quirúrgicas, llevadas a cabo por cirujanos especializados si éstas son requeridas, la rehabilitación física necesaria a fin de reducir las discapacidades asociadas a la enfermedad, una nutrición balanceada y formación educativa para pacientes de

of the World Health Organisation (WHO). This is not common in the country, because in most hospitals, patients have to buy and bring their own dressings.

Other advantages in this centre are operations, if necessary, which are carried out by specialised surgeons; physical rehabilitation in order to reduce disabilities related to the disease; a balanced diet and education for long-term patients. This also contrasts with the country's reality: in many hospitals, it is the family who have to provide the food.



larga duración, constituyen otro valor de este centro. Algo que, de nuevo, contrasta con la realidad del país: en muchos hospitales es la familia quien debe aportar los alimentos.

Además de estos logros, en 2010 hemos consolidado el servicio ambulatorio para las lesiones menos graves, a fin de atender y curar a las personas en su propio domicilio, favoreciendo así que su vida continúe desarrollándose con normalidad. Las campañas de información y sensibilización sobre la enfermedad completan una atención en salud de calidad que nos convierten en un centro de referencia.

As well as these achievements, in 2010 we have consolidated the outpatients service for minor cases, in order to provide care for people at their own homes, thus helping them to continue with life as normal. Information and awareness raising campaigns on the disease complete quality healthcare, which help us become a reference centre.



**Mari Luz Saldaña**

Responsable du Centre de Sakassou  
Manager of the Sakassou Centre

# Persona a persona

## Person to person

En 2010, más de 7 millones de personas han contado con la ayuda y colaboración de Anesvad para ejercer su Derecho a la Salud. Hemos atendido enfermedades, promocionado la salud, formado personal médico, fortalecido capacidades e infraestructuras locales, etc.

Hemos dirigido nuestros esfuerzos a las poblaciones más vulnerables de África, América Latina y Asia, prestando especial atención a mujeres, niños y niñas, poblaciones indígenas, y grupos en situación de exclusión y marginalidad de nuestro entorno más cercano.

Fruto de este trabajo, Anesvad ha sido recalificada por el Gobierno de España como entidad colaboradora de la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID), y ha suscrito diversos convenios de colaboración con organismos de Naciones Unidas como la UNESCO, el PNUD, UNIAP o el UNFPA.

In 2010, over 7 million people have received help and collaboration from Anesvad to enjoy their Right to Health. We have cared for diseases, promoted health, trained medical professionals, reinforced abilities and local infrastructure, etc.

We have focused our efforts in the most vulnerable villages of Africa, Latin America and Asia, paying special attention to women, children, indigenous populations and people groups in exclusion situations and marginality in our own environment.

As a fruit of this labour, Anesvad has been re-accredited by the Spanish Government as a collaborating entity of the Spanish Agency for International Cooperation for Development (AECID), and has signed several collaboration agreements with United Nations organisms such as UNESCO, PNUD, UNIAP and UNFPA.

Llegamos a  
We support



**33.816**

FAMILIAS  
FAMILIES



**6.832.938**

PERSONAS  
PEOPLE



**119**

PUEBLOS Y MUNICIPIOS  
TOWNS AND MUNICIPALITIES



**86**

CENTROS EDUCATIVOS  
Y DE SALUD  
HEALTH AND EDUCATION  
CENTRES



**15.845**

PERSONAL SANITARIO  
PERSONAL SANITARIO

# Activismo y Participación ciudadana

## Advocacy and Citizen participation

La participación ciudadana es otro de los ejes fundamentales del Derecho a la Salud y ha sido una de nuestras prioridades en 2010. Generar una conciencia crítica sobre las causas de la pobreza y la desigualdad, se ha convertido en una de nuestras mayores inquietudes.

En este sentido, con el **Proyecto Habla** hemos iniciado un nuevo camino hacia el empoderamiento y la transformación social. Con una primera experiencia en Perú y en Bangladesh, hemos conseguido movilizar a las poblaciones del Sur con las que trabajamos para que sean ellas mismas las que documenten su realidad. Este ejercicio participativo y documental, que consiste en la elaboración de vídeos comunitarios a través de teléfonos móviles, ha supuesto un cambio de mirada. Tanto es así que, las historias ahora las cuentan las personas que sufren los problemas.

Simultáneamente, hemos salido a la calle para informar y sensibilizar a las sociedades del Norte sobre las realidades del Sur, a fin de buscar su compromiso y solidaridad.

### ABRIL Nos preguntamos ‘HAITÍ, Y AHORA ¿QUÉ?’

El 12 de enero de 2010 un terremoto devastó Haití y puso en evidencia la vulnerabilidad de este país, su falta de infraestructuras y su déficit institucional.

Citizen participation is one of the main axes of the Right to Health and has become one of our cornerstone priorities in 2010. One of our main concerns has been the generation of a critical awareness of poverty and inequality.

In this sense, the **Habla Project** has pioneered a new pathway to social empowerment and transformation. With our first experiences in Peru and Bangladesh, we have managed to mobilise the southern populations we work with, having them document their own reality. This participative documentary work, that consists of recording community videos using mobile phones, has resulted in a change of view. Now the stories are told by the same people who suffer the problems.

Simultaneously, we have taken to the streets, informing and raising awareness in the societies in the North about the situation of the people in the South, seeking their commitment and solidarity.

### APRIL We wondered “HAITÍ, NOW WHAT?”

On January 12<sup>th</sup> 2010, a terrible earthquake devastated Haiti and highlighted the country's vulnerability, their lack of infrastructure and institutional deficits. The population's health toll led us to



Los estragos causados en la salud de la población nos llevaron a organizar un ciclo de conferencias que recorrió tres ciudades: Bilbao, Madrid y San Sebastián. Nuestro objetivo, reflexionar junto a tres expertos en desarrollo y aliados de Anesvad -Jean Closter Julien, economista y presidente de la ONG haitiana MIPROS; Beneco Enecia, pedagogo y Director Ejecutivo de la ONG dominicana CEDESO; y Lander Bombien, político y cooperante de Anesvad para Haití-, sobre la situación del país, antes, durante y después del terremoto.

organise a series of conferences that visited three cities: Bilbao, Madrid and San Sebastian. Our goal was to think along with three Anesvad partners, experts in community development -Jean Closter Julien, Economist and President of Haitian NGO MIPROS; Beneco Enecia, educator and CEO of Dominican NGO CEDESO; and Lander Bombien, political scientist and Anesvad aid worker for Haiti-. Together we debated the country's situation, before, during and after the quake.

**SEPTIEMBRE Salimos a la calle para reivindicar los ODM y decimos "NO A LA TRATA DE SERES HUMANOS"**

El 18 de septiembre, a falta de cinco años para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, nos unimos a las movilizaciones internacionales y salimos a la calle para reivindicar su cumplimiento. Junto a otras 7 organizaciones y entidades vinculadas al Ayuntamiento de Bilbao, ideamos la campaña 8 Distritos, 8 OMD. En cada uno de los distritos de la ciudad, apoyamos un ODM. En nuestro caso, trabajamos para la reducción de la mortalidad materna, dando a conocer la

**SEPTEMBER We took to the streets to promote MDGs and to say "NO HUMAN TRAFFICKING"**

On 18<sup>th</sup> September, five years before the end of the Millennium Development Goals, we joined the international protests and took to the streets to demand their fulfilment. Along with 7 other organisations and entities linked to the Bilbao Town Hall, we designed a campaign: 8 Districts, 8 MDGs. By which, in each of the districts we promoted a different MDG. In our case, we worked on the reduction of maternal mortality. We raised awareness on the current situation in the three continents we





situación actual en los tres continentes donde trabajamos y animando a la gente a informarse y a participar en la campaña "Haz ruido por los ODM".

Días después, con motivo del Día Internacional contra la Explotación Sexual y el Tráfico de Mujeres, Niños y Niñas, pusimos en marcha un ciclo de conferencias para decir "No a la Trata de Seres Humanos". Tanto en Madrid como en Bilbao, tuvimos como ponentes a Sompop Jantraka, nominado en dos ocasiones al Premio Nobel de la Paz, y a Terri Ly, Directora Ejecutiva de nuestra organización aliada en Camboya HCC, para denunciar esta lacra que constituye una de las mayores violaciones de los DDHH y que tiene graves consecuencias sobre la salud.

are working in and we encouraged people to gather information and participate in our campaign: "Make some noise for the MDGs".

A few days later, on the International Day for Combating Sexual Exploitation and Trafficking in Women and Children, we began a cycle of conferences to say "No Human Trafficking". In Madrid and Bilbao we had keynote speakers such as Sompop Jantraka, two times Nobel Peace Prize nominee, and Terri Ly, Executive Director of our partner organisation in Cambodia, HCC; who denounced this problem, which is one of the greatest violations of Human Rights and has severe health consequences.

# Anesvad por dentro

## Inside Anesvad

Una plantilla joven en sede, compuesta por 50 personas, 82 organizaciones aliadas del Sur y más de 84.000 personas socias y colaboradoras, hacemos de esta organización una ONG para el Desarrollo con futuro.

Con el fin de aportar lo mejor de cada disciplina a la Misión y Visión de la organización, **la plantilla de Anesvad** está integrada por un equipo de jóvenes profesionales con una dilatada experiencia en el campo de la Cooperación y Solidaridad Internacional, la Comunicación y el Marketing, los Recursos Humanos y la Economía, entre otras disciplinas. Se trata

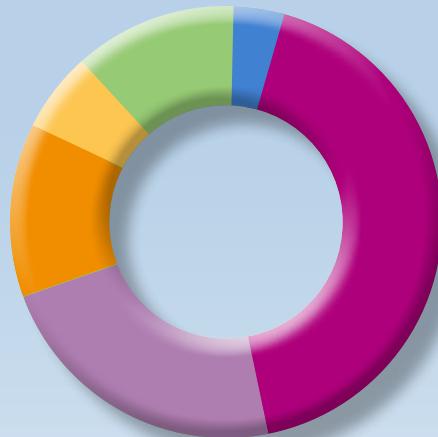
Our young staff, consisting of 50 employees, our 82 partner organisations in the South and our over 84,000 partners and collaborators, make this organisation a Development NGO with a bright future.

In order to give the best of each discipline to the Mission and Vision of our organisation, the **Anesvad staff** consists of a team of young professionals with extensive experience in the fields of International Cooperation and Solidarity, Communication and Marketing, Human Resources and Economics, among others. Our dynamic team has vast experience in different



Parte de la plantilla, reunida en Guipúzcoa. Part of the staff, in Guipuzcoa.

## Distribución de la plantilla por Áreas de Trabajo Staff distribution by work areas



Dirección General	General Management	2
Proyectos	Projects	21
Comunicación	Communication	13
Financiero	Financial	6
Recursos Humanos	Human Resources	3
Sistemas	Systems	5



En plantilla, tenemos 36,5 años de media

Our staff's average age is 36.5 years

de un equipo dinámico, con experiencia en diferentes países del mundo y con capacidad para hacer realidad nuestro sueño de promover y proteger el Derecho a la Salud.

Esta plantilla y, por ende Anesvad, cuentan además, con un **Consejo Asesor** constituido por personalidades de prestigio del ámbito de la cooperación, la jurisprudencia, la medicina y la relación con los poderes públicos: Mikel Burzako, ex Director de Cooperación y Relaciones Exteriores del Gobierno Vasco; Ángel Vega, Licenciado en Medicina y Cirugía y Diplomado en Medicina tropical; Jorge Alvar, investigador

countries from around the globe and they have the ability to make our dream come true, promoting and protecting the Right to Health.

Our staff, and therefore Anesvad, also have an **Advisory Board** formed by renowned personalities in the fields of cooperation, jurisprudence and relations with public authorities: Mikel Burzako, former Director for Cooperation and Foreign Affairs of the Basque Government; Ángel Vega, MD and Surgeon Specialised in Tropical Medicine; Jorge Alvar, Researcher and Head of Leishmaniasis Division at the WHO; Javier

y responsable de Leishmaniasis de la Organización Mundial de la Salud; Javier Laorden, ex vocal del Consejo General del Poder Judicial (CGPJ); Berta Mendiguren, investigadora y docente en la Universidad Autónoma de Barcelona; y Garbiñe Biurrun, magistrada del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco (TSJPV).

Para todo este equipo, las **personas socias y colaboradoras de Anesvad** constituyen uno de los pilares fundamentales de la organización. Sin ellas, sería imposible llevar a cabo nuestro fin social. Procedentes de casi todas las provincias españolas, constituyen un grupo heterogéneo y sólido que se muestra muy comprometido con la salud y el desarrollo de los pueblos. No en vano, el 79% de nuestros socios/as colabora, además de con Anesvad, con otras ONG. Compromiso y fidelidad, son rasgos que les definen.

Laorden, former member of the General Council of the Judiciary (CGPJ); Berta Mendiguren, Researcher and Educator of the Autonomous University of Barcelona; and Garbiñe Biurrun, Judge of the Superior Court of Justice of the Basque Country (TSJPV).

For the whole team, **Anesvad's partners and collaborators** are one of the cornerstones of our organisation. Without them, it would be impossible to achieve our social purposes. Our staff, coming from almost all the Spanish provinces, forms an heterogeneous and solid group that is fully committed to promoting health and development. Not in vain, 79% of our partners contribute to other NGOs, besides Anesvad. Our partners are defined by their commitment and faithfulness.

<b>Antigüedad media de los socios/as de Anesvad</b> <b>Average time of membership with Anesvad</b>		<b>%</b>
De 1 a 5 años 1-5 years		10%
De 6 a 10 años 6-10 years		29%
De 11 a 15 años 11-15 years		35%
De 16 a 20 años 16-20 years		11%
De 21 a 25 años 21-25 years		9%
Más de 26 años >26 years		5%
<b>Media Average</b>		<b>13 años 13 years</b>

Distribución de socios/as por provincia	Distribution of partners by provinces
MADRID	21%
BIZKAIA	8%
BARCELONA	7%
VALENCIA	4%
SEVILLA	4%
GIPUZKOA	3%
NAVARRA	3%
ASTURIAS	3%
ZARAGOZA	3%
MALAGA	3%
ALICANTE	2%
CADIZ	2%
MURCIA	2%
GRANADA	2%
CORDOBA	2%
A CORUÑA	2%
PONTEVEDRA	2%
TOLEDO	2%
BADAJOZ	2%
CANTABRIA	2%
BALEARES	2%
VALLADOLID	1%
JAEN	1%
CIUDAD REAL	1%
LEON	1%
ALAVA	1%
LA RIOJA	1%
SALAMANCA	1%
BURGOS	1%
TARRAGONA	1%
CACERES	1%
TENERIFE	1%
CASTELLON	1%
ALBACETE	1%
LAS PALMAS	1%
HUELVA	1%
GIRONA	1%
ALMERIA	1%
LLEIDA	1%
HUESCA	1%

Por su parte, nuestras **82 organizaciones aliadas del Sur** significan el esfuerzo y el trabajo de personas que con su sacrificio y colaboración materializan en las poblaciones del Sur el trabajo que desarrolla nuestra Fundación. Se trata de personas y entidades que extienden la defensa y promoción del Derecho a la Salud en los tres continentes más empobrecidos del planeta, respetando la idiosincrasia local y las particularidades de cada contexto.

On the other hand, our **82 partner organisations from the South** signify the effort and the labour of people who, with their sacrifice and collaboration, materialise the work developed by Anesvad Foundation in the people groups in the South. These people and entities promote the defence and promotion of the Right to Health in the three most impoverished continents, respecting the local idiosyncrasy and the particular characteristics of each specific context.

Organizaciones aliadas por continente Partner organisations by continents		
AMÉRICA LATINA LATIN AMERICA	ASIA ASIA	ÁFRICA ÁFRICA
ADIC	Action for Girijan Development	Carmelitas Misioneras
APRENDE	Adivasi Pragati Kendra	DNSP (PNLLUB)
APROCSAL	AFESIP-Laos	EleaDesarrollo
ASECSA	ALERT-INDIA	Handicap International Togo
Asociación de Ayuda Humanitaria PRO-VIDA	CIOMAL	Hermana Donata Tarabocchia
Asociación Pro Desarrollo	CLA	Hermanas de la Providencia
ASOCLUBNUAM-UNFPA	CRF	Hermanas Franciscanas Misioneras
CAD	CWCS	ISAHSP
CAUSANANCHISPAJ	DEPDC	Misioneras de Cristo Rey
Cedeso	HANDA	OMS
Ceedesur	HCC	Padre Camilos
CEFODEC	JKPERFECT	...
CEPESJU	LSHTM	
CIDEP	ROSE	
CPS-Desarrollo	SCDSS	
CSRA	SVS	
Family Care International-Bolivia	SSDC	
FIECA	UNIAP	
FONDAM	...	
Fundación contra el Hambre		
Fundación SOS Guardianes de la Infancia		
Fundacom		
Fundaluz		
Fundambiente		
Fundavidas		
Fundelosa		
Fundlider		
Fusadi		
GCI		
GETSA		
Haren Alde		
Inadeb		
INDESCO		
INDIPS del Norte		
MIPROS		
MMR		
Mosoj Causay		
Parroquia Natividad Virgen María		
Pastoral Materno Infantil		
PCI		
Pico		
PNUD		
PRODII		
PROMSEX		
PROSALUD		
UJEDO		
...		

## Cuentas claras Clear accounts

9,3 de cada 10 Euros recibidos en 2010 se han destinado a proyectos de desarrollo. Con esta medida hemos incrementado nuestro apoyo e inversión social. Crecemos como ONGD a favor de la justicia social.

Así se resume el resultado de un ejercicio muy positivo en materia de intervención social, cuyos frutos vienen de años atrás. No en vano, desde 2008 a 2010, hemos incrementado un 28,2% la cifra de fondos destinados a proyectos de cooperación, pasando de 9,3 millones de Euros en 2008 a más de 12 millones de Euros en 2010.

La gestión financiera y económica de la organización ha sido avalada por una auditoría externa cuya opinión se puede leer en este apartado.

In 2010, 9.3 out of 10 euros received by Anesvad have been devoted to development projects. With this measure we have increased our support and social investments. We continue to grow as a DNGO for social justice.

This summarises the results of a very positive year, in terms of social interventions, bearing the fruits of previous years. Not surprisingly, from 2008 to 2010, we have increased the funds destined to cooperation projects by 28.2%, growing from 9.3 million Euros in 2008 to over 12 million Euros in 2010.

The organisation's financial and economical management has been endorsed by an external audit, whose review can be read in its section.

## Informe Económico 2010 Financial Report 2010

\* En miles de €  
\* In thousands of Euros

INGRESOS PRIVADOS PRIVATE INCOME	13.043	100%
Socios y colaboradores Partners and collaborators	9.890	75,83%
Subvenciones, herencias y legados Subsidies, inheritances and legacies	1.320	10,12%
Otros ingresos Other income	1.833	14,05%
GASTOS EXPENSES	18.187	100%
MISIÓN SOCIAL SOCIAL MISSION	15.683	86,23%
Proyectos de desarrollo Development projects	12.071	66,37%
Gestión técnica Technical management	1.343	7,38%
Sensibilización Awareness	2.269	12,48%
ADMINISTRACIÓN Y CAPTACIÓN DE FONDOS ADMINISTRATION AND FUNDRAISING	1.858	10,22%
DOTACIÓN DE INMOVILIZADO FIXED ASSETS	646	3,55%
RESULTADO NEGATIVO DEL EJERCICIO NEGATIVE FINANCIAL BALANCE FOR THE YEAR	-5.144	

## ATTEST

Haroa, 18 - 1º  
48009 BILBAO

### INFORME DE AUDITORÍA DE CUENTAS ANUALES

A la Administración Judicial de FUNDACIÓN  
ANESVAD

1. Hemos auditado las cuentas anuales de FUNDACIÓN ANESVAD, que comprenden el balance al 31 de diciembre de 2010, la cuenta de resultados, el estado de cambios en el patrimonio neto, el estado de flujos de efectivo y la memoria correspondientes al ejercicio anual terminado en dicha fecha. Los Administradores Judiciales son los responsables de la formulación de las cuentas anuales de la Fundación, de acuerdo con el marco normativo de información financiera aplicable a la Entidad (que se identifica en la Nota 2 de la memoria adjunta) y, en particular, con los principios y criterios contables contenidos en el mismo. Nuestra responsabilidad es expresar una opinión sobre las citadas cuentas anuales en su conjunto, basada en el trabajo realizado de acuerdo con la normativa reguladora de la actividad de auditoría de cuentas vigente en España, que requiere el examen, mediante la realización de pruebas selectivas, de la evidencia justificativa de las cuentas anuales y la evaluación de si su presentación, los principios y criterios contables utilizados y las estimaciones realizadas, están de acuerdo con el marco normativo de información financiera que resulta de aplicación.

2. En nuestra opinión, las cuentas anuales del ejercicio 2010 adjuntas expresan, en todos los aspectos significativos, la imagen fiel del patrimonio y de la situación financiera de FUNDACIÓN ANESVAD al 31 de diciembre de 2010, así como de los resultados de sus operaciones y de sus flujos de efectivo correspondientes al ejercicio anual terminado en dicha fecha, de conformidad con el marco normativo de información financiera que resulta de aplicación y, en particular, con los principios y criterios contables contenidos en el mismo.

3. Sin que afecte a nuestra opinión, llamamos la atención respecto a lo que se indica en la Nota 4 de la memoria adjunta, relativo a que la Fundación compareció como acusación particular en su condición de perjudicada, ante el Juzgado de Instrucción N° 8 de los de Bilbao en el que siguen Diligencias Previas N° 2998/06, por presunto delito de apropiación indebida contra el anterior Presidente de la Fundación y dos antiguos Directivos de la misma. A la fecha de este informe de auditoría, dicho procedimiento se encuentra en fase de instrucción. En consecuencia, no es posible determinar el efecto que de la resolución definitiva de este litigio podiera derivarse para la Fundación.

ATTEST  
  
Oscar Zorelle

19 de mayo de 2011

ATTEST SERVICIOS EMPRESARIALES, S.L. - Reg. Merc. Vizcaya, Tomo 4206, Sec 8º, Hoja BI-24713, Falle 112, Inscri. 1º, C.I.F. B-65321271  
INSCRITA EN EL REGISTRO OFICIAL DE AUDITORES DE CUENTAS (MOAC) con el n.º 51520  
INSCRITA EN EL REGISTRO DE ECONOMISTAS AUDITORES (REA)





Henao, 29 - 48009 BILBAO  
Tfno. 902 11 88 00  
Fax 94 441 07 39

Cea Bermúdez, 31 - 28003 MADRID  
Tfno. 91 535 90 59

[anesvad@anesvad.org](mailto:anesvad@anesvad.org)

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

Síguenos en

