anesvad
CREEMOS QUE ES POSIBLE DICIEMBRE 2011 / AÑO 42 / Nº 117
www.anesvad.org

Qese'l u majol b'e ye' vatz u kutichajile'

U Ma'l Jennie Dador:
"Junun ixoj ve' nitxakb'a tib' ti' unq'a b'a'ne' ti' vitichajile' as esta'ne' tichaj kux ik'ul u Vele'

U xaol
ve' molq'in tib' ti' ixaane' ti' vitichajile' tu Tibet, ni ipal unq'a yab'e' vatz u saje' ti' tuul taama u China

Anesvad

La Fundación Anesvad somos una ONG para el Desarrollo con más de 40 años de experiencia en cooperación que trabajamos para promover y proteger el Derecho a la Salud. Tenemos carácter internacional y actualmente estamos presente en 20 países de los tres continentes más empobrecidos del planeta: África, Asia y América Latina. Nuestras principales áreas de intervención son las Enfermedades Tropicales Desatendidas (ETD), la Salud Comunitaria, la Salud Materno-Infantil y Sexual y Reproductiva, y la Trata de Seres Humanos.

En la Fundación Anesvad trabajamos en estrecha colaboración con las ONG e instituciones locales de cada país, para favorecer un desarrollo sostenible de las comunidades en las que intervenimos y, responder así a las necesidades reales de la población, respetando su cultura y sus prioridades. De esta manera, promovemos la participación activa de la población en la identificación de sus necesidades, así como en la definición y puesta en marcha de acciones que contribuyan a la mejora de su calidad de vida.

Comité Editorial: Bernardo García, Pilar Matías, Dominic Wyatt, Verónica Malda, Gorka Goikoetxea y Nagore Eskisabel.
Jefa de Redacción: Nagore Eskisabel.
Redacción: Adrián Seminario, José Poza y Miren Hualde.
Fotografía: Francisco Fion, María Jesús Gargía y Fundación Anesvad.
Colaboraciones: Enrique Rodríguez
Diseño gráfico: Koncepto.
Impresión: MCC Graphics.

PEFC
PEFC/14-38-00020

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.

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.

Los contenidos de esta publicación están sujetos a una licencia Creative Commons 3.0 Unported, exceptuando las fotografías que ilustran el reportaje "A Fondo". 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.

SIN ENTENDIMIENTO NO HAY SOLUCIÓN

"Muchas personas han perdido la vida por falta de entendimiento con el personal de salud". Estas palabras de Domingo Sánchez, aliado de Anesvad en América Latina, reflejan el problema del idioma como un condicionante para el disfrute de una atención sanitaria de calidad.

No es algo exclusivo de América Latina; también se da en muchos países de África y Asia. Pero la situación es especialmente grave en países como Guatemala, donde el 80% de la población es indígena y habla una lengua diferente a la española, mayoritaria entre el personal de salud.

La portada de este número de la revista está escrita en Ixhil, un idioma de origen maya que hablan miles de personas en Guatemala. Un país en el que hemos iniciado un proyecto de atención integral en salud junto al Ministerio de Salud Pública que va dirigido a las comunidades marginadas e indígenas. Además del componente idiomático, el proyecto trabaja otras limitantes para el acceso a la salud, como son las barreras físicas -distancia y comunicaciones- o económicas.

Muchas mujeres embarazadas o personas enfermas tienen que recorrer a pie distancias que oscilan de dos a seis horas para llegar al centro o posta de salud más cercano. Muchas familias carecen, además, del dinero suficiente para pagarse un tratamiento. Si una persona pobre de San Marcos, en Guatemala, quiere costearse un tratamiento con una mínima calidad, lo más seguro es que tenga que invertir todos los ahorros familiares y su entorno se debilite.

Gracias a este proyecto pionero que busca una cobertura integral en estas comunidades, muchas de estas personas verán el acceso a la salud no como una utopía, sino como lo que es, un Derecho Humano Fundamental.

SUMARIO

3. EDITORIAL
4. EN PORTADA
Derribamos barreras en salud
12. UN MUNDO, DOS REALIDADES
14. FOTO-REPORTAJE
Walewale o cómo combatir la desnutrición
20. EN PRIMERA PERSONA
María Jennie Dador
24. A FONDO
Nómadas del Tíbet, a años luz del progreso de China
28. PROYECTO DESTACADO
Inundaciones en Bangladesh
30. VOCES SOLIDARIAS
¿Te imaginas caminar diez kilómetros para recibir atención médica?

DERRIBAMOS BARRERAS EN SALUD

Guatemala o *Quauhtlemallan* significa 'lugar de muchos árboles'. Y de hecho lo es, hablamos de un magnífico país de la América Central con una amplia cultura autóctona fruto de la herencia maya y la influencia colonial española. A pesar de ser un país pequeño, cuenta con una gran variedad climática, producto de su relieve montañoso que va desde el nivel del mar hasta los 4.220 metros de altura.

Esto propicia que en el país existan ecosistemas tan variados que van desde los manglares de los humedales hasta los bosques de alta montaña. El contraste entre sus gentes también es notable. La población indígena que es mayoritaria es la más castigada con diferencia, su salud se resiente.

Hemos generado estructuras comunitarias para la defensa y promoción del Derecho a la Salud

Hablamos de comunidades marginadas del Sistema Público de Salud durante años

La mayoría no tiene acceso a servicios básicos de salud, algo que se recrudece en departamentos como Sololá, San Marcos y Totonicapán. Es aquí donde hemos implementado un proyecto piloto a cuatro años junto al Ministerio de Salud Pública y Asuntos Sociales (MSPAS) tras diagnosticar que eran las regiones con mayor riesgo sanitario.

En estos departamentos hablamos de comunidades indígenas y de carácter rural: aisladas y marginadas del sistema público de salud durante décadas.

Poblaciones que sufren el estigma de pertenecer a una etnia minoritaria, lo que hace que en muchas ocasiones no puedan ser atendidas ni en su propio idioma, lo que dificulta el acceso a la salud. En ocasiones también se ven violentadas porque la medicina moderna atenta contra sus valores o su forma de entender la salud.

Ahora la tendencia se puede revertir. Un diagnóstico encargado por nuestra ONGD que radiografía la situación en salud de estos departamentos muestra cómo la población está desatendida: la escasa capacidad económica de las familias y la falta de establecimientos de salud hace que se haga muy difícil atender con eficiencia los problemas prevalentes en la zona.

Para ello, hemos implementado un Programa en Salud de calidad con una duración de cuatro años y que si prospera, posteriormente, será replicado en todo el país. Un hito, un paso decisivo. Junto al MSPAS estamos implementado un proyecto integral que abarca desde la prevención en tuberculosis y VIH-SIDA hasta la atención en gestantes y en salud materna e infantil. Siempre desde el respeto a la idiosincrasia local.

Este reto lo llevaremos a cabo con tres organizaciones aliadas locales: ASOPRODE, CDRO y Vivamos Mejor. Tres grandes aliados que materializarán sobre el terreno nuestros objetivos, como el de fortalecer el sistema de prestación de servicios mediante apoyos complementarios y así mejorar la capacidad de resolución de los Puestos de Salud para ofrecer una atención de mejor calidad.

El objetivo es que los costos de nuestro proyecto los vaya asumiendo el Ministerio de Salud de forma progresiva a partir del segundo año de implementación. Al completarse la financiación de Anesvad, el país será responsable de mantener los aportes.

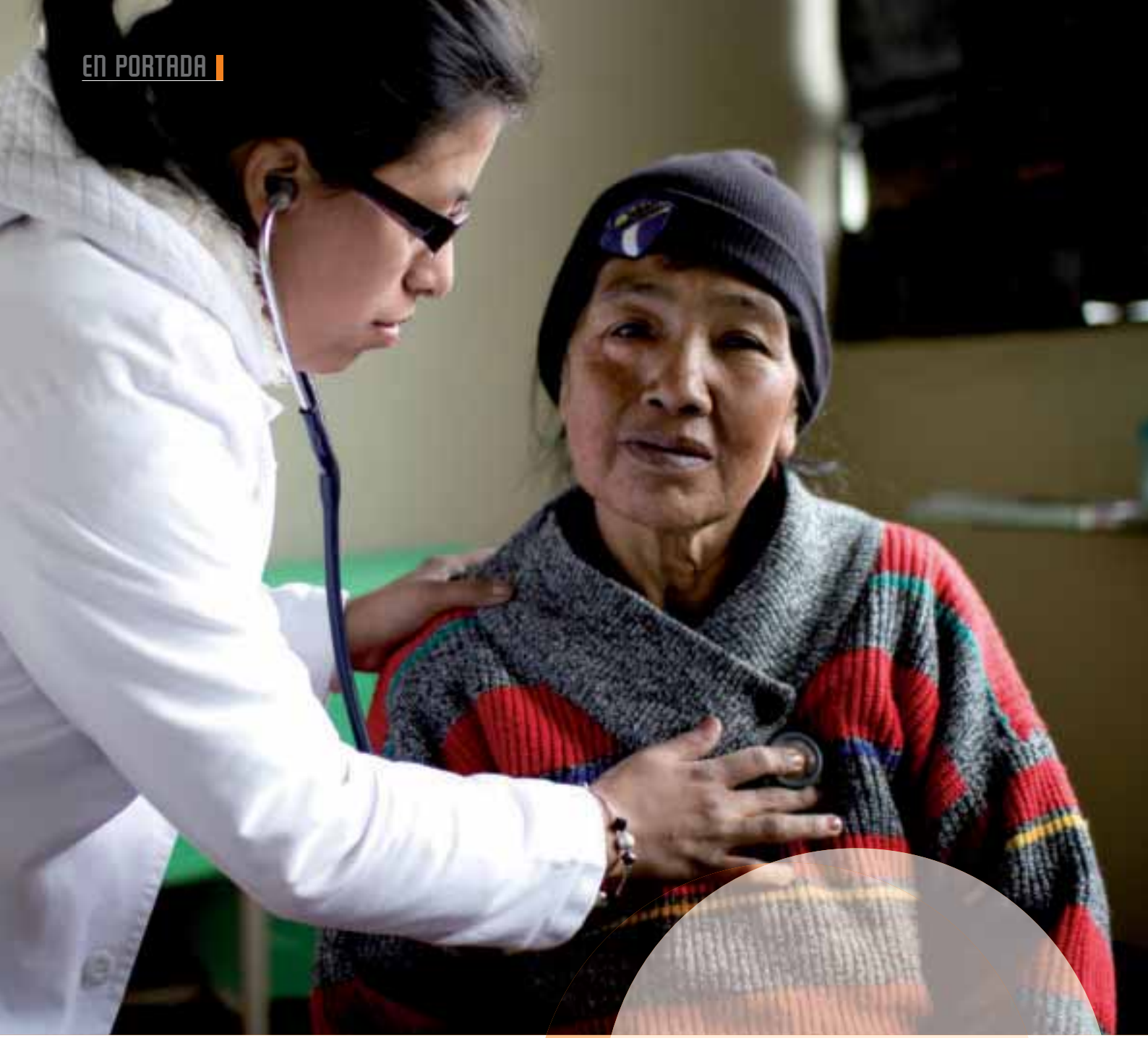
Este compromiso gubernamental tiene como fin asegurar la sostenibilidad futura del proyecto. De momento ya estamos manos a la obra y suministramos medicamentos, insumos y equipos para atender a poblaciones adolescentes, adultos mayores y mujeres.

Capacitaremos a personal médico para instruir en las necesidades a los colectivos vulnerables, así como la construcción de infraestructuras y puestos de salud. Igualmente, se contratarán mayores y mejores equipos de diagnóstico, para una atención más actualizada con ultrasonidos glucómetros, equipos de cómputo, etc.

La consultora Getsa ha sido la encargada de analizar las características sociales -demográficas, socioeconómicas, educativas- y sanitarias, para identificar los puntos focales donde hay que actuar.

A partir de estas necesidades nuestros aliados han involucrado a las comunidades rurales, mediante la generación de estructuras comunitarias para la defensa y promoción del Derecho a la Salud.

Asimismo, se han fortalecido vínculos y la coordinación entre el personal institucional del MSPAS y los terapeutas indígenas de los tres departamentos. Se ha enfatizado la atención oportuna a mujeres en periodo de gestación, niños/as menores de cinco años, escolares y adolescentes, así como el uso de métodos tradicionales como la herbolaria y medicina natural.



El espacio institucional para este proceso de encuentro y sinergia serán los Puestos de Salud involucrados en el proyecto. Y, en todo, momento se propiciará que el personal médico tenga las destrezas, conocimientos y actitudes necesarias para el abordaje del enfoque intercultural en salud.

La necesidad de un enfoque en salud intercultural integrador se debe a que Guatemala es un país donde la concepción de la salud o la medicina es diferente por su mayoritaria población indígena maya y el fuerte apego a sus costumbres. No hay que olvidar que las actuales culturas de Guatemala reúnen en sí numerosas influencias mayas, españolas y afrocaribeñas, y en menor medida mexicanas, norteamericanas y del resto de Europa.

Se propiciará que el personal médico tenga las destrezas y actitudes necesarias para el abordaje del enfoque intercultural en salud

Guatemala, un país multicultural

En la actualidad, la población de Guatemala es de 13.276.517 habitantes. La población mestiza representa el 25%, los indígenas, grupos mayas y garífunas, el 65%, mientras que el número de descendientes de europeos solo llega al 10%.

Pese a que los mayas y las demás etnias originarias de la región siguen siendo mayoría, están marginadas económica y culturalmente, siguen sin tener una educación propia. Solo tienen derecho a recibir una asignatura en sus propios idiomas, cosa que no siempre se cumple porque el Estado no pone los medios suficientes, y el resto han de aprenderlo en castellano.

En lo referente a la salud han sufrido exactamente la misma discriminación, es por ello que nuestra ONGD ha priorizado a estas poblaciones marginadas en San Marcos, Totonicapán y Sololá. Allí conviven numerosas etnias que ven cómo la adaptación a los sistemas públicos de salud es muy complicada. Nuestro programa, consciente de esta realidad, trata de conjugar la medicina moderna y la tradicional para aportar el mejor servicio. Igualmente buscamos la aceptabilidad en salud como elemento fundamental del Enfoque de Derechos para que sus costumbres no se vean violentadas si acuden a un centro de Atención Primaria en Salud (APS) o cualquier otro servicio.

FIRMA INVITADA

ENRIQUE RODRÍGUEZ

Consultor de Cooperación al Desarrollo que trabaja con Anesvad en Guatemala.

SISTEMAS DE SALUD FRAGMENTADOS Y DÉFICITS DE COBERTURA

En Guatemala, al igual que en la mayoría de los países de Centroamérica, el Ministerio de Salud, el Instituto de Seguridad Social y, en menor escala, el Sector Privado, son los principales proveedores de servicios de salud. El sistema sanitario se encuentra, por lo tanto, altamente fragmentado: el Sistema Público atiende en su mayoría a la población que presenta los mayores niveles de postergación social y económica; la Seguridad Social provee servicios de salud a la población asalariada; y, por último, el Sector Privado presta atención a la población de ingresos medios y altos que tienen capacidad económica para la compra de servicios.

A pesar de haber experimentado algunos avances en brindar servicios básicos a grupos vulnerables de la población y en especial a madres y niños/as menores de cinco años de áreas rurales e indígenas, la cobertura del sistema de salud sigue siendo insuficiente. Hombres adultos, mujeres en edad no reproductiva, ancianos/as y adolescentes no tienen acceso integral a los servicios públicos de salud. Esto grupos, cuando demandan atención en salud por padecimientos crónicos, deben endeudarse o deshacerse de todo su patrimonio o, en su defecto, prescindir de esa atención, lo que conlleva muerte o incapacidad.

Guatemala cuenta, además, con una de las asignaciones en salud más bajas de la región, a pesar de sus graves indicadores de mortalidad materno-infantil: más del 50% de la población menor de cinco años padece desnutrición crónica. La situación es especialmente grave porque solo el 16% de la población es afiliada a la Seguridad Social, la cual cubre a un 14% de la población rural económicamente activa.

Si quieres ampliar esta información con reportajes y vídeos, entra en www.anesvad.org o en www.anesvad.tv.

Foto comentada

Largas distancias y grandes costes

En nuestra comunidad no existe un médico que pueda atender los problemas de salud de la población y la gente tiene que caminar entre una y tres horas para llegar al centro de salud más cercano. Cuando se trata de una urgencia y la situación es grave, es necesario contratar un servicio local de transporte que cuesta unos 200 quetzales (18,31 euros). La distancia y los costes dificultan, por lo tanto, el acceso a la salud de nuestra comunidad.

Miguel Chacaj es promotor de salud de la Fundación Anesvad. Reside en la aldea Xecachelaj, municipio de Totonicapán (Guatemala).

UN MUNDO, DOS REALIDADES

Dos fotos y dos mundos, aunque en Guatemala para radiografiar el ámbito de salud serían necesarias varias imágenes para varios mundos, y es que en este país de Centroamérica los sistemas de salud están muy fragmentados. El Sistema Público es el que aporta atención a los sectores más desfavorecidos, mientras que la Seguridad Social provee atención a la población asalariada. El Sector Privado presta atención a la población de ingresos altos que tienen la capacidad económica para la compra de estos servicios.

En Anesvad trabajamos junto a la población más débil, comunidades indígenas y rurales que carecen de acceso a la salud o que sufren un importante déficit en cuanto a cobertura. Nuestra meta pasa ahora por fortalecer el Sistema Público del país para que repercuta positivamente en todos y todas.

QUALE

O CÓMO COMBATIR LA DESNUTRICIÓN

WALE

Decenas de mujeres, hombres, niños y niñas esperan a ser atendidas en el Centro de Salud Nuestra Señora del Rocío. Pese a lo que su nombre pueda sugerir, este centro se encuentra en Walewale, una localidad situada a más de 3.000 kilómetros de España, en plena sabana africana y en una de las regiones más pobres de Ghana; uno de los países, ya de por sí, más retrasados del planeta, pese a los avances que ha experimentado, en los últimos años, en la lucha contra la pobreza y el hambre.

En Walewale y sus alrededores, las condiciones de vida son duras. La inmensa mayoría de la población subsiste de lo que ella misma produce, bien sea de la agricultura, la caza o la silvicultura; pero el clima es seco y dado que solo hay una temporada de lluvias, muchos cultivos fracasan y los frutos que se recogen siempre son escasos. En esta región del norte de Ghana, el nivel de escolarización es de los más bajos del país, menos de una cuarta parte de la población sabe leer y escribir, y el fracaso y la deserción escolar son más que habituales. Todo ello es sinónimo de escasez, hambre y pobreza.

La población, en esta zona, se encuentra diseminada en pequeños asentamientos distantes entre sí y que no superan

El centro recibe a todo tipo de pacientes que requieren atención primaria; pero la mayor parte de su trabajo se centra en la vigilancia del crecimiento infantil, la vacunación, mujeres embarazadas y educación sanitaria y nutricional.

los 200 habitantes. Este patrón poblacional tiene consecuencias adversas para la prestación de los servicios básicos, especialmente los relacionados con la salud. De hecho, muchas personas han de recorrer hasta 15 kilómetros para ser atendidas en centros como el de Nuestra Señora del Rocío, regentado desde 1997 por las Hermanas de la Caridad de Santa Ana.

Al cabo del día, más de cien personas pasan por la consulta de este establecimiento sanitario con el que la Fundación Anesvad trabaja desde hace más de una década promoviendo el Derecho a la Salud de la población local. En estos años hemos desarrollado seis programas de salud comunitaria y salud materno-infantil con resultados altamente positivos.

En este centro se atiende a gran parte de la población tanto de Walewale como de un importante número de poblados de la zona que carece por completo de cualquier tipo de asistencia sanitaria. De hecho, algunas de las personas que se acercan al centro han de recorrer a pie hasta 15 kilómetros.

La actividad del centro es incesante. Aquí, se atiende a las madres y a sus bebés. Se pesa semanalmente a los bebés y en caso de que estos sufran de desnutrición severa se les ingresa en el centro, junto con sus madres, durante el tiempo necesario hasta que ganen el peso adecuado.

Se promueve la lactancia en exclusiva hasta los seis meses. A partir de esta edad, a los bebés no hay mucha variedad de alimentos que ofrecerles. Si la leche en polvo ya es un producto caro en los países desarrollados, se convierte en un auténtico artículo de lujo en estas latitudes. A las niñas y niños más mayores se les alimenta con una especie de papilla producida con los granos que se recolectan en la zona.

La labor no siempre es fácil ya que muchas veces han de superarse resistencias sociales y supersticiones arraigadas entre la población. Muchos maridos se oponen a que sus mujeres ingresen durante varios días en el centro porque son ellas las que, además de realizar las tareas domésticas, como la comida, trabajan en el campo. También se han dado casos de madres que, habiendo perdido anteriormente a sus bebés, se niegan a dar el pecho por temor a que su leche materna esté intoxicada y sea la causa de esas muertes previas.

Para ampliar la cobertura sanitaria del centro, el personal se traslada a otros poblados dos días por semana, para dispensar atención sanitaria. La consulta, en algunos de los casos se realiza donde buenamente se puede, como debajo de un árbol.

Ghana, una de las pocas democracias estables y asentadas de África, es un país joven y rico en recursos naturales. Durante los últimos años ha registrado un robusto crecimiento económico, si bien la pobreza sigue todavía fuertemente arraigada en el norte. El país está en camino de alcanzar el primer Objetivo de Desarrollo del Milenio y son indudables sus avances en su lucha contra la pobreza, el hambre y la mortalidad materna e infantil. ■

Si quieres ampliar esta información, entra en www.anesvad.org/proyectos

MARÍA JENNIE DADOR

Directora del Movimiento Manuela Ramos

El Movimiento Manuela Ramos (MMR) es una organización feminista peruana sin ánimo de lucro que desde 1978 trabaja para mejorar la situación y posición de las mujeres. Desde su fundación se ha llegado a más de un millón de beneficiarios/as a nivel nacional. Durante un año trabajamos juntos en Villa El Salvador, un distrito periurbano de Lima, donde la lucha por los derechos de la mujer y la igualdad ha sido siempre una necesidad. En un reciente viaje a España aprovechamos para charlar con María Jennie Dador Tozzini, directora general del Movimiento.

"En cada mujer que lucha por sus derechos vive Manuela"

Anesvad. ¿Quién es Manuela Ramos?

María Jennie. Manuela Ramos es el nombre que usamos para destacar a la mujer que, de forma anónima y desde su quehacer cotidiano, aporta a la construcción de la democracia y de las relaciones de género equitativas.

A.- ¿Cómo surge este Movimiento?

M.J.- Se inicia a finales de los 70 como una propuesta que reivindica los derechos de la mujer. Entonces, más que de derechos, se hablaba en la esfera pública de las libertades de la mujer. Nace justo en el contexto de la dictadura de la Junta Militar, y más adelante se produce un cisma en los partidos políticos, con colectivos de mujeres que se desvinculan de estos por la poca defensa que hacen de los derechos de la mujer. Estos colectivos tienen claro que la lucha por la igualdad de las mujeres hay que librarla fuera de los partidos, buscando otras vías. En este contexto nace nuestro movimiento y le ponemos este nombre anónimo, que no pertenece a nadie, pero sí a todas las mujeres que luchan. Nosotras decimos que en cada mujer que lucha por sus derechos vive Manuela.

A.- Se habla mucho de 'feminización' de la pobreza, ¿feminidad y pobreza son dos sinónimos en el Perú actual?

M.J.- Sí, hablar de feminidad y pobreza es hablar de dos sinónimos en el Perú. Sobre todo en lo que respecta al control o dominio de los recursos, como las tierras, el derecho al agua, etc. Sin embargo, lo que sí que hacen las mujeres mejor que los varones es remontar la pobreza y salir de ella. Las mujeres luchan más por salir de la pobreza que los varones, eso está demostrado. Hay un 25% de hogares monoparentales donde las mujeres se encargan de lleno en las labores domésticas, el cuidado de los hijos/as y con padres ausentes, y a pesar de ello, ellas luchan sin tirar la toalla.

``Las mujeres hacen más que los hombres por remontar la pobreza y salir de ella"

A.- ¿Cómo ve al nuevo presidente peruano? ¿Confía en que Ollanta Humala haga los cambios legislativos necesarios para garantizar el igual acceso de la mujer a la salud y a los demás ámbitos de interés?

M.J.- Sí, en general se percibe en colectivos de mujeres una mayor confianza en la posibilidad de que este Gobierno revierta la tendencia. Parece que hay una mirada más justa no solo en cuanto a reparto de la riqueza, sino también en cuanto al deber de revisar la legislación en torno a la mujer. Hay políticas que ya defendían hace tiempo los derechos de las mujeres, pero, o bien no han sido implementadas decentemente o, se han visto postergadas por el abandono gubernamental y del Estado.

A.- ¿Cuál ha sido el principal objetivo en el distrito de Villa El Salvador junto a Anesvad?

M.J.- Fortalecer la capacidad de mujeres y de jóvenes en estas comunidades marginales. También hacer vigilancia en los centros públicos de salud y hacer incidencia local. Queremos movilizar a la comunidad e insistir en derechos de salud.

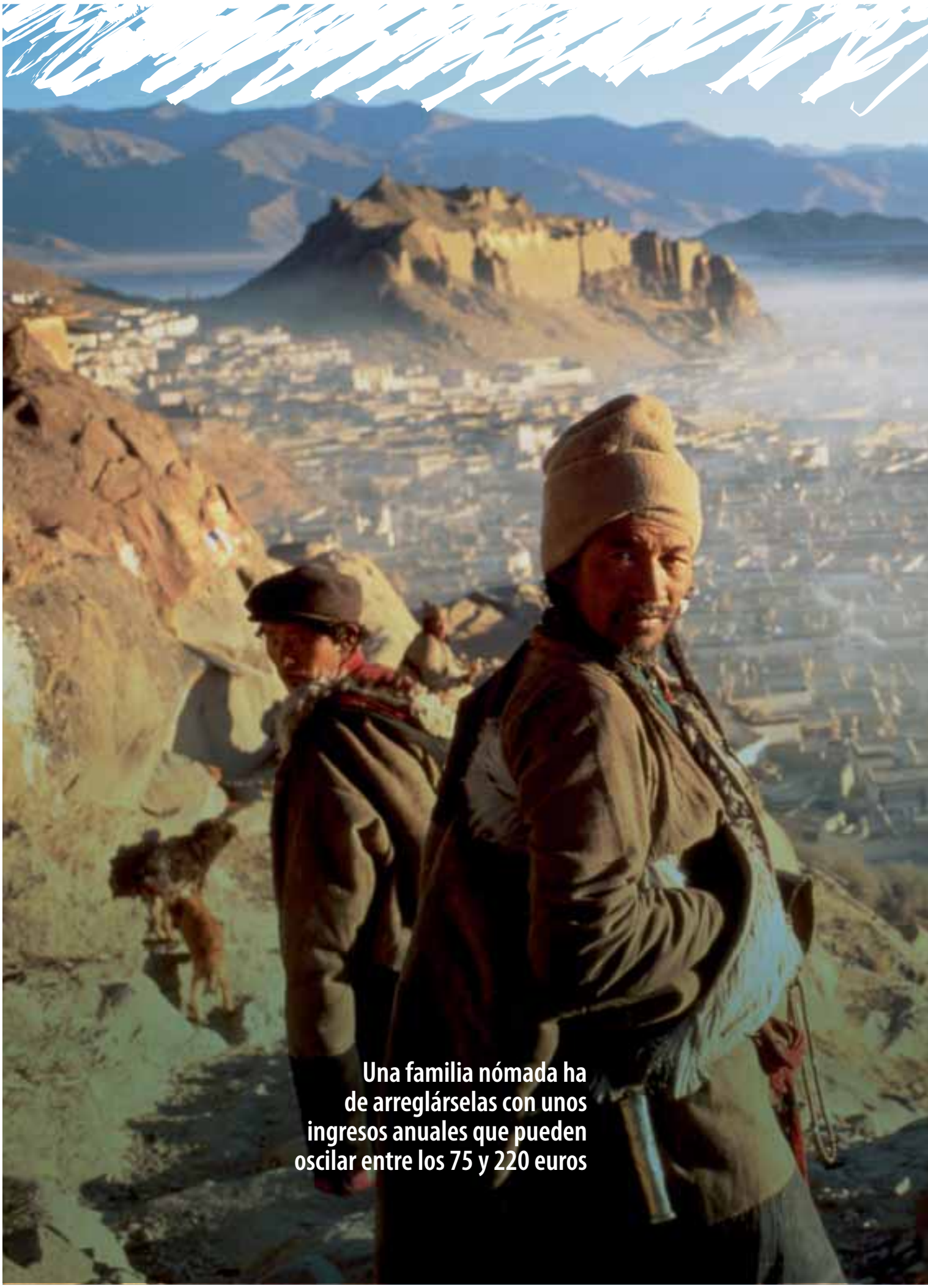
A.- ¿Cuáles son las principales carencias que vieron en la periferia de Lima para intervenir?

M.J.- Villa El Salvador es un distrito con muchos movimientos migratorios de siempre. Hay bolsas de pobreza y pobreza extrema. Hay una tradición de organización muy fuerte en la zona que fue desarticulada y ahora quieren volver a construir su propio tejido social. Interesa que esto sea desde una práctica más democrática y con liderazgo. Elementos como el género, la igualdad, la Salud Sexual y Reproductiva y los Derechos Humanos están presentes en esta regeneración del tejido social, por ello estamos ahí. Además, Villa El Salvador cuenta con algunas de las más importantes organizaciones de mujeres en el Perú. Las hay que en su día se enfrentaron a Sendero Luminoso y hubo atentados para frenar estas inercias. Este distrito es un símbolo de la lucha de las mujeres en el Perú. Precisamente, el MMR empezó su andadura con mujeres de esta Villa, un símbolo de los derechos de la mujer. ■

Si quieres ampliar esta información, entra en www.anesvad.org

Con tu ayuda podemos ser más. Cuéntales a tus familiares, amistades y gente cercana tu sueño de un mundo donde todas las personas disfruten del Derecho a la Salud como principio básico de una vida digna.
Invítales a acompañarte y a apoyar juntos nuestros proyectos. No esperes más. Solo tienes que animarles a que se unan a nuestra causa llamando al 902 11 88 00 / 94 441 80 08 o escribiendo a la dirección de correo electrónico anesvad@anesvad.org.
¡Gracias por tu apoyo!

Anesvad
Seguimos creyendo que es posible



Una familia nómada ha de arreglárselas con unos ingresos anuales que pueden oscilar entre los 75 y 220 euros

Nómadas del Tíbet,

a años luz del progreso de China

La Región Autónoma ocupa el puesto más bajo entre las 31 provincias chinas en el Índice de Desarrollo Humano.

China ya es, oficialmente, la segunda economía mundial en términos de Producto Interior Bruto (PIB). Sin embargo, los beneficios de su rápido e intenso crecimiento no se han repartido uniformemente ni entre sus más de 1.300 millones de habitantes ni entre sus regiones. Mientras las regiones costeras y orientales se han beneficiado de este desarrollo, inmensas áreas occidentales y rurales se han quedado al margen. Estos desequilibrios se constatan especialmente en el acceso a la educación y a la salud. Más de 350.000 menores de cinco años mueren cada año en el gigante asiático y la mayoría se produce en las zonas rurales de las regiones occidental y central.

Tal es el caso de la Región Autónoma del Tíbet, que ocupa el puesto más bajo entre las 31 provincias chinas en el Índice de Desarrollo Humano. En esta región, la brecha entre ciudad y campo es mayor que en otras zonas pese a las ingentes inversiones realizadas por el Gobierno de Beijing, más de 35.000 millones de euros en los últimos diez años, y a haber acumulado tasas de crecimiento que han superado el 10%.

Un 97% de las mujeres tibetanas da a luz completamente desatendida

En julio de este año 2011, la agencia de noticias Xinhua[1] celebraba que en 2010 la renta per cápita en zonas urbanas de Tíbet había alcanzado los 17.319 yuanes (unos 1.993 euros), similar a la de Marruecos, y que en las áreas rurales ascendía a 4.139 (476 euros)[2], comparable a la de Haití, el país más pobre de América.

NÓMADAS Y ECONOMÍA DE SUBSISTENCIA

La economía tibetana ha sido, tradicionalmente, de subsistencia, aunque el turismo comienza a ser ya una fuente de ingresos cada vez más relevante. Debido a las escasas tierras cultivables, la ocupación principal de la población es la cría de ganado, como ovejas, vacas, cabras, camellos, yaks y caballos. En el sur, donde el clima es menos hostil, se cultiva cebada, trigo, trigo sarraceno, centeno, patatas, y una variedad de frutas y verduras.

De sus tres millones de habitantes solo un 20% vive en áreas urbanas y se estima que dos millones practican algún tipo de nomadismo en un territorio de alrededor de 1,22 millones de km^2, una superficie algo menor que la suma de España, Francia y Portugal. Durante siglos, estos nómadas se han extendido a lo largo de los pastizales de la meseta del Tíbet con sus rebaños de ovejas, vacas, cabras y yaks. Los agricultores y ganaderos tradicionalmente intercambian sus productos en mercados y ferias de ganado.

La mayoría de los pastores nómadas tibetanos viven en la Prefectura de Nagchu, a 4.500 metros de altura, la mayor zona ganadera y la de mayor productividad de la Región.

Principales indicadores de salud materno-infantil, en China, Beijing y Tíbet

	Mortalidad infantil (‰)	Tasa de mortalidad (‰)	Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)
China	14,90	18,50	36,60
Beijing	3,90	4,20	16,70
Tíbet	27,10	35,40	255,00
España	3,39	4,00	6,00

Fuentes: OMS y Banco Mundial.

1 Reporteros Sin Fronteras califica a Xinhua, la agencia oficial de noticias del gobierno de la República popular China, como la mayor agencia de propaganda del mundo.

2 *Tíbet avanza hacia futuro más brillante 60 años después de liberación pacífica* [en línea]. Beijing: Xinhua, 18 de julio de 2011 [12 de septiembre de 2011]. Disponible en internet: http://spanish.news.cn/enfoque/2011-07/18/c_13991420.htm.

- **La Región Autónoma del Tíbet** es la más alta del mundo con una altitud media de 4.900 metros. Cubre un área de alrededor de 1,22 millones de km², que representa el 12,8% de la superficie total de China, mientras que solo tiene una población de poco más de tres millones de habitantes -censo de población en 2011-. Alrededor de un 80% de la población vive en zonas rurales y se estima que más de dos millones de personas practican algún tipo de nomadismo. La inmensa mayoría de la población es de etnia tibetana. El Tíbet ocupa el puesto más bajo entre las 31 provincias chinas en el Índice de Desarrollo Humano.
- **La Prefectura de Nagchu** es la más extensa de la Región Autónoma del Tíbet, con una extensión de 450,537 km². La cría de ganado representa el 70% de los ingresos de la prefectura y más del 90% de su población se dedica a ella.
- **El Condado de Nagchu** alberga la capital de la Prefectura, está dividido en 12 municipios y 144 aldeas administrativas, tiene 80.000 habitantes y un área de 16.195 km². La densidad es de 5 personas por km².
- **El Condado de Nyainrong** tiene una población de 30.000 habitantes y una superficie total de 9.017 km². Su densidad es de 3 habitantes por km². El Condado está dividido en 10 municipios y 142 aldeas administrativas.

Esta actividad representa el 70% de los recursos de la Prefectura y es el modo de vida del 90% de los residentes de Nagchu. Una familia nómada ha de arreglárselas anualmente con unos ingresos anuales que pueden oscilar entre los 75 y 220 euros.

ESCASOS SERVICIOS DE SALUD

Las personas que viven en zonas aisladas de Tíbet tienen enormes dificultades para acceder a los servicios sanitarios dado que en las ciudades hay, por cada 1.000 habitantes, el triple de personal sanitario y de camas hospitalarias que en el campo. No es de extrañar que en las áreas rurales haya de tres a seis veces más posibilidades de morir antes de cumplir los cinco años que en las urbanas.

La Oficina de Salud de la Región Autónoma de Tíbet calcula que la tasa de mortalidad materna es de alrededor de 255 muertes por 100.000 nacidos vivos, dándose la mayor parte de las muertes maternas en zonas rurales remotas.

Debido a la falta de acceso a la atención médica de calidad y a una variedad de prácticas culturales que fomentan los partos en casa, un informe sugiere que el 97% de las mujeres tibetanas da a luz completamente desatendida o con la participación de miembros de su propia familia sin formación, como madres y hermanas. Las principales causas de las muertes maternas se atribuyen a hemorragias postparto, pre-eclampsia, parto obstruido y sepsis puerperal. El propio gobierno de la Región Autónoma del Tíbet reconoce que una de sus prioridades es reducir la mortalidad materna. ■

Si quieres ampliar esta información, entra en http://www.anesvad.org/proyectos

INUNDACIONES EN BANGLADESH

DAMOS RESPUESTA A LA EMERGENCIA

El pasado mes de agosto Bangladesh volvió a sufrir una inundación devastadora que afectó a más de 800.000 personas y provocó 700.000 desplazamientos. La región donde la Fundación Anesvad trabaja fue una de las más perjudicadas por el azote del agua.

Según la Oficina de Ayuda en Casos de Emergencia de Satkhira, el número de familias afectadas en este distrito ascendió a casi 200.000. De ellas, 28.000 se tuvieron que refugiar en 288 albergues instalados para hacer frente a la emergencia.

Satkhira es un distrito al sudoeste del país que limita con India. Se trata de una zona que por su situación geológica es propensa a los desastres ambientales como los ciclones e inundaciones. Su población resulta especialmente vulnerable a este tipo de desastres por su aislamiento y los escasos medios de vida de los que dispone.

La mayoría de su población vive por debajo del umbral de la pobreza y se dedica al cultivo del arroz y la cría de gambas en una zona hostil y muy castigada por el impacto de las mafias de la Trata de Seres Humanos. Este es un terreno en el que llevamos años trabajando para erradicar esta lacra, así como para mejorar la calidad de vida de sus habitantes.

Tras las inundaciones de agosto decidimos poner en marcha un proyecto de ayuda humanitaria para la población afectada. Esta ayuda consistió en la instalación de 14 campos de salud donde se aprovisionó a las familias de medicamentos gratuitos, revisiones médicas y campañas de sensibilización en higiene para evitar el contagio de enfermedades fruto de las inundaciones.

Tras el desastre la mayoría de las personas afectadas, especialmente mujeres y niños/as sufre de fiebre, tos, diarrea, disentería y enfermedades de la piel como la sarna, el eczema e infecciones de hongos. En el momento de las inundaciones existió riesgo de cólera e ictericia.

Ante la carestía de alimentos, aportamos agua potable, arroz, lentejas, aceite, sal, leche para lactantes, alimentos para bebés, etc. Se distribuyeron sábanas y mosquiteras como medida de prevención contra enfermedades como el dengue y otras que proliferan en las aguas estancadas y los vertederos de basura.

También fue necesario el suministro de pastillas de purificación de agua, solución salina, rehidratación oral, pastillas de metronidazol y medicamentos de numerosos tipos para combatir las epidemias. Igualmente se ofrecieron dos días de formación en salud para las personas que lo precisaban.

En este sentido se educó a miles de familias por trabajadores especializados en salud y médicos en cuestiones vitales en ese momento como el saneamiento de los hogares, la limpieza del medio ambiente, la gestión de residuos, así como medidas preventivas contra varias enfermedades infecciosas.

Además de llevar años luchando por la rehabilitación y la reintegración de las víctimas de la trata en este rincón de Bangladesh, vuestra ayuda ha sido fundamental en este caso. Y es que aunque Anesvad sea una ONG para el Desarrollo, también interviene en emergencias que afectan a poblaciones con las que se llevan a cabo proyectos. ■

Si quieres conocer todos nuestros proyectos, entra en http://www.anesvad.org/proyectos

¿TE IMAGINAS CAMINAR DIEZ KILÓMETROS PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA?

Anesvad lanzará en 2012 un juego de realidad alternativa en el que las personas participantes experimentarán las consecuencias de un sistema sanitario deficiente. La artista y diseñadora de juegos catalana Carme Romero nos acompaña en esta iniciativa.

Año 2013. La crisis económica en España se ha agudizado; se recortan los recursos destinados al sistema de salud; se despide a parte del personal sanitario y el mejor preparado decide buscar trabajo en otros países; el copago se ha implantado; los medicamentos se han encarecido; se cierran ambulatorios y hospitales y hay que recorrer kilómetros para recibir atención médica.

Esta situación, que puede parecer ficticia y casi apocalíptica en un país desarrollado, es real y cotidiana para millones de personas de todo el mundo.

Con el fin de concienciar a la sociedad sobre esta realidad y, al mismo tiempo, explicar, acercar y transmitir la labor que realiza diariamente en países donde hay serios problemas de acceso a los servicios de salud, Anesvad está diseñando un juego de realidad alternativa en el que habrá que resolver, durante tres semanas, diversas misiones o desafíos en el mundo real.

A través de las experiencias y aventuras que se planteen en el juego, las personas participantes vivirán, conocerán y aprenderán muchas cuestiones relacionadas con los derechos que disfrutan, el trabajo de los promotores y las promotoras de salud en países en desarrollo, las infraestructuras y condiciones necesarias para garantizar el acceso a la salud o el funcionamiento de los proyectos de cooperación internacional.

El juego y el aprendizaje

Puede resultar extraño, e incluso paradójico, que Anesvad trate de explicar situaciones complejas y problemáticas mediante un juego, que es sinónimo de distracción y diversión. Nada más lejos de la realidad, los juegos se han revelado como una de las herramientas más efectivas para promover el aprendizaje y transferir el conocimiento gracias a su capacidad de simular la realidad ofreciendo un escenario para cometer errores y aprender de ellos en la práctica.

Para la puesta en marcha de esta iniciativa, Anesvad está trabajando codo con codo con la artista catalana Carme Romero Ruíz. Esta joven creadora digital aclara que el juego que está desarrollando "trasciende de lo meramente lúdico, pertenece a los denominados juegos serios -*serious games* en inglés- en los que, además del entretenimiento, la finalidad es transmitir ideas y mensajes".

Carme explica que las personas que participen en el juego podrán comprender mejor las circunstancias en las que trabaja Anesvad dado que tendrán la oportunidad de "vivir y experimentar esas situaciones en primera persona". "A mí me encantaría que la gente cambiara la percepción de su realidad" sentencia.

¿Qué tipo de juego será?

No es un videojuego, ni de tablero, ni de rol, ni el típico de red social. Tal y como lo define Carme Romero es un juego de realidad alternativa, serio y de los denominados *pervasive game*. Es decir, a diferencia de los juegos tradicionales, que se desarrollan durante un tiempo y un lugar determinado, los *pervasive games* ocurren en la vida real, donde es difícil poner barreras a lo que es la vida real y lo que es juego. "El hecho de vivirlo en la vida cotidiana hace que quien participa vea la vida de otro modo" señala Carme.

Conexiones Improbables

Este proyecto, actualmente en fase de elaboración y que se lanzará a comienzos de 2012, se enmarca dentro de la iniciativa Conexiones Improbables que, promovida por la organización c2+i, pretende impulsar procesos creativos y nuevos ámbitos de relación entre la economía, la cultura y las organizaciones sociales. ■

Si quieres ampliar información, entra en http://anesvadconexionesimprobables.wordpress.com/

Herencias y Legados

Si tu meta es un mundo mejor, **recogemos tu testigo**

Dejar un mundo mejor para las generaciones futuras es un acto de responsabilidad y de generosidad. Y un acto de vida.

Si deseas testar a favor de la Fundación Anesvad, te ofrecemos el asesoramiento preciso para que tu voluntad sea cumplida de forma efectiva y con absoluta confidencialidad.

902 11 88 00 / 94 441 80 08 anesvad@anesvad.org

Anesvad
Seguimos creyendo que es posible

Anesvad
Seguimos creyendo que es posible

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 | www.anesvad.org

Síguenos en