Anesvad
CREEMOS QUE ES POSIBLE JUNIO 2011 / AÑO 42 / Nº 147
www.anesvad.org

SALUD EN LA CASTIGADA TIERRA MARFILEÑA

A FONDO:
Fuga de cerebros sanitarios

FOTO REPORTAJE
Maternidad segura, infancia saludable

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, Verónica Malda, Gorka Goikoetxea y Nagore Eskisabel.
Jefa de Redacción: Nagore Eskisabel.
Redacción: Miren Hualde y Adrián Seminario.
Fotografía: Fundación Anesvad.
Colaboraciones: José Pozas y Ramón Quirós.
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. 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.

A PESAR DE LAS DIFICULTADES, SEGUIMOS EN COSTA DE MARFIL

Comenzamos nuestro trabajo en 1999. Justo el año en que tuvo lugar un golpe de Estado que sumió al país en una espiral de tensiones internas y conflictos que a día de hoy todavía perduran. Una pena porque hasta ese año este país fue un referente de África en comercio y exportaciones. Entonces se respiraba prosperidad y futuro.

En estos días, Costa de Marfil ha saltado a la primera plana de la actualidad por un recrudecimiento de ese conflicto interno tras las Elecciones de 2010, cuando entre acusaciones mutuas de fraude electoral, la comisión electoral anunció la victoria del ex primer ministro Alassane Ouattara.

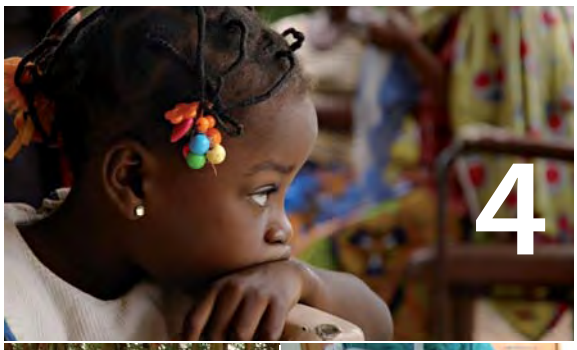
La comunidad internacional avaló a Ouattara. El ex presidente Laurent Gbagbo -ahora ya derrocado- se aferró al poder y exigió que tanto las tropas de las Naciones Unidas como las francesas abandonaran el país. Esta situación degeneró en una ola de violencia, con graves disturbios en Abiyán, la capital económico-financiera del país. El número de personas refugiadas y desplazadas fue 'in crescendo' con el avance de los días, y sólo en Abiyán más de un millón de habitantes tuvieron que abandonar sus hogares para huir de la violencia.

Este clima ha empeorado la ya de por sí débil estructura sanitaria del país. El conflicto no ha impedido, no obstante, que permanezcamos en el país. Una evaluación de nuestro trabajo en los últimos cinco años se conoce ahora con resultados muy positivos en la lucha contra la úlcera de Buruli. En total, 19 proyectos nos muestran el alcance de un programa que abarca la detección precoz, la fisioterapia, las intervenciones quirúrgicas, el acceso a medicamentos, la alimentación y educación de personas enfermas y sus familias. Una estrategia integral que busca frenar los casos de esta enfermedad en este país endémico.

A pesar de la guerra, tal y como hemos hecho hasta ahora, seguimos ahí, apoyando a nuestras organizaciones aliadas en el acceso equitativo y universal a la salud. Hoy más que nunca, tenemos que estar ahí.

SUMARIO

3. EDITORIAL
4. EN PORTADA
Salud en la castigada tierra marfileña
12. UN MUNDO, DOS REALIDADES
14. FOTO-REPORTAJE
Maternidad segura, infancia saludable
20. EN PRIMERA PERSONA
Bernardo García
24. A FONDO
Fuga de cerebros sanitarios
28. PROYECTO DESTACADO
Por una India mejor
30. VOCES SOLIDARIAS
Domingo Sánchez Brito



SALUD EN LA CASTIGADA TIERRA MARFILEÑA

Numerosos países africanos cuentan con una historia reciente marcada por la desigualdad, la guerra y el colonialismo. Costa de Marfil no escapa a estas inercias que lastran a África desde hace décadas. Pero no todo son malas noticias.

La Fundación Anesvad llegó a este entonces próspero país del Golfo de Guinea en 1999. Un año en el que se vivía una etapa de progreso y de avance. Cuando entre otras cosas, era el mayor productor de cacao del mundo y contaba con otro gran activo económico: la exportación de café. Desde entonces, Costa de Marfil ha vivido sumida en permanentes conflictos internos. El último, hace tan sólo unos meses, se ha saldado con un balance muy negativo: más de un millón de personas han abandonado su hogar y miles han resultado heridas o han fallecido a consecuencia de los combates.

A pesar de estos acontecimientos, la Fundación Anesvad, presente en este país desde hace más de doce años, sigue trabajando por un acceso equitativo y universal a la salud, especialmente en el tratamiento de la úlcera de Buruli (UB). Costa de Marfil es el país más afectado por esta enfermedad -anualmente se detectan 2.500 nuevos casos- y nuestra presencia allí es de vital importancia.

El impacto obtenido con nuestras intervenciones está siendo, además, muy satisfactorio. Una evaluación realizada por la consultora Eleadesarrollo sobre los 19 proyectos que hemos puesto en marcha en tierra marfileña entre 2005 y 2009, así lo acredita. Según este estudio, el nivel de cumplimiento de nuestros objetivos ha sido muy alto y la calidad de la atención ofrecida en zonas donde la enfermedad es endémica, ha sido muy elevada.

El estudio destaca que nuestros centros ofrecen un tratamiento integral, basado en diagnóstico clínico, tratamiento antibiótico, hospitalización, intervención quirúrgica y quinesoterapia, y que es accesible a todas las personas afectadas. Asimismo, valora muy positivamente la inclusión del tratamiento ambulatorio, que posibilita la atención sin necesidad de hospitalización, evitando los costes asociados a desplazamientos, manutención y acompañamiento, y evidencia que hay una mejora continua en el proceso de gestión de los proyectos, así como una exitosa y efectiva cooperación con el Programa Nacional de Lucha contra la úlcera de Buruli (PNLUB).

"Ofrecemos un tratamiento integral en la atención de la úlcera de Buruli"

Impacto positivo, adecuado al contexto

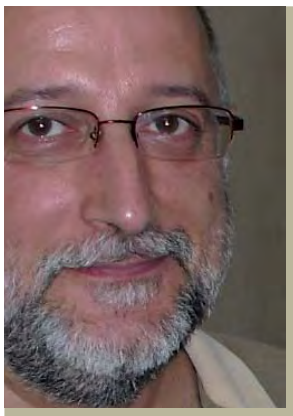
Basado en cuatro criterios -eficiencia, eficacia, impacto y sostenibilidad-, el estudio evalúa el trabajo realizado en los centros de Zoukougbeu, Sakassou, Kongouanou y Yamoussoukro, así como el llevado a cabo en los proyectos de formación de personal sanitario.

En términos de eficiencia, señala como puntos fuertes la utilización adecuada de los recursos asignados a cada proyecto, e indica una mejora continua de la planificación y formulación de cada iniciativa. La intervención sanitaria llevada a cabo tiene en cuenta las diversas orientaciones mundiales y nacionales de la lucha contra la UB y en la formulación de los proyectos se da un alineamiento con el Plan Nacional Estratégico 2007-2011.

En cuanto a la eficacia, destaca que se ofrecen servicios integrales y vitales en curas, tratamiento antibiótico, fisioterapia, tratamiento quirúrgico y ambulatorio, laboratorio, apoyo escolar y alimentación. Además, resalta que se han puesto en marcha actividades de formación en diversos ámbitos sanitarios y de gestión, con un buen nivel de satisfacción entre las personas que participan.

En términos de impacto, el nivel de cumplimiento de los objetivos ha sido alto. Como consecuencia de ello, se ha podido atender a un gran número de personas enfermas de UB, consiguiendo la cura y rehabilitación completa en la mayoría de los casos. Gracias a la implantación del servicio de fisioterapia, se han registrado, además, impactos favorables en términos de prevención y rehabilitación de

FIRMA INVITADA



RAMÓN QUIRÓS

Consultor de Cooperación al Desarrollo que ha trabajado en la evaluación de los proyectos de la Fundación Anesvad en Costa de Marfil.

20 AÑOS DESPUÉS, REGRESO A COSTA DE MARFIL

A finales del año pasado, con motivo de la evaluación del trabajo que ha venido realizando allí la Fundación Anesvad, tuve la ocasión de viajar dos veces a Costa de Marfil. Regresaba así a un país que visité por primera vez a finales de los años 80. En aquel entonces, era un país considerado como "emergente", con una economía que se ponía de ejemplo para el resto del África occidental. Junto con Nigeria, Costa de Marfil era la potencia económica de la zona. El ambiente que se respiraba entonces era de normalidad y tranquilidad. La democracia marfileña funcionaba a su manera, pero en un contexto de paz y estabilidad.

En estos viajes recientes, sin embargo, casi todo había cambiado. La tensión y la inquietud entre la población era palpable. Las Elecciones estaban próximas y todo el mundo sospechaba que ninguno de los dos bandos, en liza desde el año 2002, aceptaría fácilmente el resultado.

Los años de guerra y de inestabilidad han puesto a Costa de Marfil entre los países más pobres y con un Índice de Desarrollo Humano más bajo. Los efectos son palpables: calles y edificios sin reparar, fábricas cerradas, enormes extensiones de café y cacao abandonadas. El impacto sobre la sanidad y la educación también es patente. En la zona centro del país, donde están situados los proyectos que apoya la Fundación Anesvad, los centros de salud, los hospitales y los centros educativos quedaron abandonados por los profesionales durante la guerra y no habían recuperado aún la normalidad.

Hoy, las cosas se han vuelto a complicar. Como se preveía, los resultados de las Elecciones no fueron aceptados por el bando perdedor y, tras varios meses de mediaciones internacionales, han hablado más las armas que las urnas. El sistema ha vuelto a quebrantarse y el daño estructural ha calado más hondo.

Los combates en Abiyán y el oeste del país han dejado a miles de víctimas mortales, personas refugiadas, huérfanas o sin techo. Los hospitales han colapsado, falta personal médico y se carece de medicinas. El sistema sanitario está en déficit y será complicado recuperarlo… Tristemente, todo esto ha sucedido con la mayor indiferencia de la comunidad internacional, muy ocupada en el conflicto de Libia.

"Los años de guerra y de inestabilidad han puesto a Costa de Marfil entre los países más pobres y con un Índice de Desarrollo Humano más bajo"

discapacidades. Debido a la estancia hospitalaria, se han dado impactos no previstos entre los titulares de derechos, como por ejemplo, el desarrollo de habilidades para la convivencia y el respeto mutuo, así como el aprendizaje de hábitos saludables de higiene y nutrición.

En lo que respecta a la sostenibilidad, la ejecución de nuestros 19 proyectos ha tenido una repercusión positiva en la mejora de la capacidad institucional de nuestras organizaciones aliadas, sobre todo, en términos de capacidad de gestión. Como punto débil, hay que destacar la alta dependencia económica-financiera de la ayuda exterior: los centros no pueden conseguir un nivel óptimo de autonomía en el corto y medio plazo.

El estudio destaca que la intervención está en consonancia con la idiosincrasia local y que todos los procesos se llevan a cabo utilizando la tecnología más apropiada al contexto.

"Hemos logrado la curación y rehabilitación completa de la mayoría de las personas que hemos tratado por úlcera de Buruli"

Mejoras sanitarias para el futuro

Como consecuencia de esta evaluación hemos definido una nueva estrategia a cinco años que, en la línea del trabajo realizado hasta ahora, nos permitirá optimizar los recursos humanos y técnicos en terreno, así como mejorar el grado de eficiencia e impacto de nuestras intervenciones.

De cara al futuro, se indica una apuesta por ampliar el espectro geográfico de la intervención, poniendo en marcha nuevos Centros de Tratamiento Especializado en úlcera de Buruli en zonas endémicas en las que la cobertura es escasa o inexistente. En cuanto al Programa Nacional de Lucha contra la úlcera de Buruli (PNLUB), se recomienda reanudar la colaboración directa, a través de un proyecto orientado a potenciar su rol de liderazgo y coordinación entre todos los agentes presentes en el país que tienen relación con la UB. En línea con lo anterior, es importante que en toda la estrategia para los próximos años exista una mayor apuesta por el modelo preventivo frente al curativo. Sin poner en cuestión la todavía innegable necesidad de realizar intervenciones quirúrgicas en UB, se deberá tender a una estrategia orientada a una detección precoz que, de forma progresiva, facilite la minimización e incluso desaparición de estas prácticas.

Lo que está claro es que, a pesar de la calma tensa que se ha instalado en el país, seguiremos trabajando por la salud de la población marfileña ■

"Buscaremos incrementar nuestra presencia en las zonas donde la úlcera de Buruli es endémica"

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

Foto comentada

La vida detenida en un segundo, en una imagen de lucha, sacrificio y esfuerzo. En ella, Donatien, un joven marfileño de 14 años, recorre los pasillos del centro St. Michel de Zoukougbeu. El lugar en el que ha pasado los dos últimos años, recuperándose de la úlcera de Buruli.

Una rutina tan dura como necesaria para dejar atrás el dolor, el desarraigo familiar y los días de internamiento. Gracias a la atención recibida, este joven regresó en febrero de este año a su casa, totalmente recuperado. Antes tuvo que dar muchos pasos, primero con la ayuda de un palo y después, valiéndose por sí mismo. Ya sonríe y juega con sus amigos y familiares. Una historia de vida para el recuerdo.

Esta fotografía ha sido tomada por Nicolas Bouchet, personal médico del Centro St. Michel de Zoukougbeu, en Costa de Marfil.

UN MUNDO, DOS REALIDADES

Desarrollo urbano y ruralidad representan casi siempre desigualdad. Opulencia y desarrollo versus pobreza y sub-desarrollo. Es lo que evidencian estas dos imágenes. En la parte superior, Abiyán se levanta como la capital económico-financiera del país, la ciudad más poblada del África occidental, después de Lagos (Nigeria). Su importante puerto de mar, conectado a la costa del Golfo de Guinea, es uno de los principales de la región. Sus industrias son la alimentaria, la automovilística, la textil y la química, en la que destaca la producción de jabones. En el departamento de Abiyán se localiza también una importante refinería petrolífera. Aquí ha existido siempre prosperidad, aunque el último conflicto interno ha provocado una huída masiva de su población y ha mermado las infraestructuras locales.

Esta prosperidad contrasta con la pobreza del medio rural, donde las infraestructuras más básicas como una vivienda están construidas con materiales en mal estado, débiles y sin apenas protección. Aquí, en el medio rural marfileño, tal y como ilustra la fotografía de la parte inferior, la vida pasa entre el duro trabajo del campo y la lucha por el acceso a una salud y educación dignas. La gran urbe siempre ofrece más oportunidades, aunque en los tiempos que corren las desigualdades se acentúan en cualquier punto del país. La capital financiera ya es menos financiera, aunque los contrastes con el ámbito rural sigan siendo significativos.

Si quieres ver la realidad
enciende la .tv

En la Fundación Anesvad queremos mostrarte la realidad del mundo a través de las personas con las que trabajamos, de sus problemas y de sus logros, que no serían posibles sin la ayuda de gente como tú. Por eso hemos creado anesvad.tv, un nuevo canal de comunicación online a través del cual queremos acercarte la realidad de nuestro trabajo tal y como es, sin intermediarios. Si quieres ver el mundo con otros ojos, conéctate a anesvad.tv

Anesvad.tv
Seguimos creyendo que es posible
www.anesvad.tv

MATERNI SEGURI, INFANCIA SALUDABLE

DAD

LE

El Salvador, el país más pequeño de América Latina, es uno de los pocos del continente en los que el gasto privado en salud (más del 4% del PIB) supera al gasto público. Esta estructura del gasto sanitario refleja la inequidad de un sistema que muestra graves déficits de atención. El modelo de salud salvadoreño se caracteriza, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), por su fragmentación y por una cobertura inadecuada y de baja calidad. Por ello, no puede resultar del todo extraño que, según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en 2009 casi un 40% de la población que enfermó no hiciera uso del sistema de salud.

La OMS apunta carencias en la atención prenatal, del parto y postnatal así como la insuficiente capacitación del personal en la atención inmediata al recién nacido. De hecho, UNICEF señaló en 2009 que en el país centroamericano mueren 17 menores de cinco años por cada mil y el índice de mortalidad materna es de 173 mujeres por cada 100.000 niños nacidos.

En El Salvador, el sector privado y las ONGD son responsables de atender al 20% de la población. Entre las organizaciones que trabajan sobre el terreno se encuentran la Fundación Anesvad y una de nuestras organizaciones aliadas, la Asociación Salvadoreña de ayuda humanitaria Pro-Vida.

Desde 2007, desarrollamos un exitoso proyecto de Promoción y Atención Integral en Salud Materno Infantil en 21 Comunidades de Nejapa. En este municipio cercano a la capital, mayoritariamente rural y de casi 30.000 habitantes, el servicio de salud pública está concentrado en la cabecera municipal, la mayoría de la población rural vive con menos de un dólar diario y la tasa de analfabetismo supera el 41%. Un tercio de las viviendas carece de letrinas y el 47% de las familias no tiene acceso al agua potable, y allí donde existe suministro las familias han de pagar 2,67 dólares por metro cúbico. Mientras, la embotelladora de Coca Cola instalada en Camotepeque, uno de los cantones de Nejapa, consume 1.600.000 litros al día y paga únicamente por metro cúbico 0,001 dólares. ■

GRACIAS A TI

En cuatro años de intervención, hemos conseguido que ninguna mujer ni menor de cinco años muera por ninguna causa, sobrepasando las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Todo esto, en una coyuntura marcada por la pandemia del H1N1 y la persistencia de las epidemias del dengue y rotavirus. Además, ningún bebé ha nacido, durante este periodo, con malformaciones, en contraste con casos registrados antes del comienzo del proyecto.

MATERNIDAD SEGURA, INFANCIA SALUDABLE

Hemos favorecido la organización de 21 comités comunitarios de salud y logrado que 15 comunidades conformen una asociación inter-comunal llamada ADESCOS para promover la salud y el saneamiento ambiental en sus entornos.

Pese a los avances, aún quedan objetivos por lograr. Algunos de ellos son: mejorar el suministro de agua y las redes de saneamiento como determinantes en la salud; continuar con la formación y la mejora de las capacidades de las comunidades y el personal sanitario en base a derechos y desarrollo humano.

Anualmente, el 100% de las mujeres embarazadas recibe control prenatal y más de 1.000 mujeres en edad fértil reducen la mortalidad por cáncer de cérvix; más de 500 niños y niñas menores de cinco años se encuentran en control infantil de acuerdo a la normas, cuentan con esquema de vacunación y mejoran su estado nutricional al recibir micro-nutrientes.

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

El Director General de la Fundación Anesvad presentó el pasado 23 de febrero en el Parlamento Vasco la incorporación del enfoque basado en Derechos Humanos a nuestras intervenciones de cooperación al desarrollo. Una iniciativa que fue muy bien acogida por la Cámara.

BERNARDO GARCÍA

"El enfoque basado en Derechos Humanos debe ser una apuesta de toda la cooperación"

REDACCIÓN. Intervino ante la Comisión de Derechos Humanos y Solicitudes Ciudadanas del Parlamento Vasco ¿Cómo surgió esta idea?

BERNARDO GARCÍA. Nació de la estrategia de nuestra Fundación, que incorpora dentro de su modelo de cooperación el enfoque de Derechos Humanos como marco prioritario de referencia. Tenemos la vocación de difundir su importancia tanto en terreno y como en nuestro entorno más cercano. En esa lógica, entendíamos que la Cámara vasca, en su Comisión de Derechos Humanos, era uno de los agentes a los que debíamos dar a conocer nuestra vocación y ponernos a su disposición para lo que en un futuro podamos desarrollar en base a este enfoque, tanto en las líneas de la cooperación pública, como en la no gubernamental.

R. Explíqueme en qué consiste

B.G. Consiste en reconocer a los titulares de derechos y de deberes como dos actores clave en cualquier acción de cooperación y en cualquier intervención que se realice. Por nuestra misión en el ámbito de la salud, lo tenemos como eje primordial en el que queremos contribuir a su expansión y organización. Entendemos que hay toda una legislación tanto regional, nacional e internacional que ampara el desarrollo de este derecho a la salud. Este esfuerzo legislativo, más los mecanismos de los cuales se han dotado la comunidad internacional y los propios Estados, nos hace pensar que es una plataforma de la cual nos tenemos que aprovechar para lograr un mayor impacto en nuestras intervenciones. Este enfoque consiste básicamente en reconocer las prioridades de unos/as y otros/as y lograr la mayor aplicación posible de las leyes y normativas que amparan los derechos de las personas en el ámbito de la salud.

R. ¿Cómo aplica la Fundación Anesvad este enfoque en sus proyectos?

B.G. Estamos promoviendo la concienciación sobre este enfoque entre las organizaciones aliadas del Sur con las que colaboramos. También estamos diseñando acciones de capacitación para las mismas. Igualmente, se ha incluido el enfoque en los últimos diagnósticos de salud y en evaluaciones que se han realizado en distintos países, así como en la formulación de líneas de base que nos ayudan a marcar indicadores que nos sirven para verificar el grado de impacto que tienen nuestras intervenciones en terreno. En nuestro ámbito más cercano hemos contribuido a ello con nuestra presencia en diferentes foros para la difusión de este enfoque, tanto con ONGD del ámbito vasco como con entidades públicas: Ayuntamiento de Bilbao, Gobierno vasco, etc.

> "Estamos promoviendo la concienciación sobre este enfoque entre las organizaciones aliadas del Sur con las que colaboramos"

R. Incidió mucho en que las personas de países empobrecidos a veces se veían como meras usuarias o beneficiarias de servicios de la cooperación, mientras que el enfoque que propone las valora como titulares de plenos de derechos ¿Esto aporta aire fresco a la cooperación?

B.G. El Enfoque de Derechos Humanos es novedoso en cuanto a su aplicación práctica, pero no es así en su concepción teórica. Este enfoque surge con fuerza desde la

"Existe una estrecha vinculación entre la defensa de los Derechos Humanos, las libertades fundamentales, la pobreza y la búsqueda de opciones de vida en libertad y seguridad hacia un desarrollo sostenible"

Declaración Universal de los Derechos Humanos, que nace el 10 de diciembre de 1948. A partir de ahí llega su extensión con diferentes pactos, convenciones y protocolos. A pesar de esa apertura en términos de voluntad política, su aplicación quedó bloqueada como consecuencia de la Guerra Fría.

R. Tantos años de existencia de la cooperación como la conocemos estaban teniendo el impacto positivo esperado o, por el contrario, ¿Había decepción en la sociedad civil?

B.G. En los últimos 50 años se detecta que los avances logrados con la cantidad de esfuerzo que se ha destinado no parecían ser suficientes. Las situaciones de desigualdad, marginalidad, y de escasa o muy deficiente cobertura en servicios sociales básicos, seguían existiendo e incluso a veces iban 'in crescendo'. Esto hace plantearse sobre todo a Naciones Unidas y a su Secretario General el recuperar el discurso de los Derechos Humanos. Se busca de nuevo llevarlo a primer término y con su vinculación al desarrollo. La solución de la pobreza va por ahí, y de esta forma se empezó a recuperar un discurso que ilustra la fuerte relación que hay entre la defensa de estos derechos, las libertades fundamentales, la pobreza y la búsqueda de opciones de vida en libertad y seguridad hacia un desarrollo sostenible.

R. Ante estrategias o enfoques más asistencialistas, usted trasladó la necesidad de priorizar las capacidades de las personas para llevar una vida libre. ¿Quién o quiénes iniciaron este nuevo camino en la cooperación?

B.G. Este es un enfoque que trascendió de Naciones Unidas a otros organismos internacionales. Por ejemplo, se ve como la Unión Europea (UE) en los primeros años del SXXI apuesta por el enfoque, lo mismo que la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), así como gobiernos de los países donantes, que formulan una serie de declaraciones dando prioridad a este enfoque, algo que ha ido permeando de lo macro a un nivel más local y cercano.

R. ¿Algún hito histórico en esta línea?

B.G. Un momento histórico para la aplicación efectiva de este enfoque de Derechos Humanos se da el 10 de diciembre de 2008, cuando se aprueba el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Dentro de ese Pacto están recogidos gran parte de estos servicios sociales básicos, y en los cuales trabajamos la mayoría de ONGD dedicadas a cooperación internacional. El hecho de que haya un Protocolo Facultativo es un mecanismo que le dota de una potencialidad enorme a la hora de que esos derechos sean defendidos y reclamados por parte de los ciudadanos no sólo en organismos locales o nacionales, sino también a nivel internacional.

R. ¿Cómo acogieron los parlamentarios este enfoque para trabajar en cooperación y salud?

B.G. Entendemos que se logró despertar el interés en la Comisión. Conseguimos mantener vivo ese interés y, en la medida de nuestras posibilidades, dar un impulso a que sea un elemento presente en las políticas públicas. Todo el arco parlamentario manifestó su aprobación acerca de la oportunidad y necesidad de aplicar este enfoque. De alguna manera refrendaron que se trata de una apuesta que no debería ser sólo particular de la Fundación Anesvad, sino que debe ser una apuesta y compromiso de toda la cooperación tanto gubernamental como no gubernamental en el ámbito vasco. ■

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

INVITA A TU GENTE A PASAR A LA ACCIÓN

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 rellenar el cupón que encontrarás junto a la carta de esta revista. ¡Gracias por tu apoyo!

Anesvad

Seguimos creyendo que es posible

Fuga de cerebros sanitarios

África cuenta únicamente con el 3% del personal sanitario del mundo y su población sufre el 24% del peso mundial de enfermedades

Entre 1960 y 1975 cerca de 27.000 africanos altamente cualificados emigraron a los países industrializados; la cifra llegó a 40.000 entre 1975 y 1984; y a partir de 1990, la eclosión: 20.000 personas cualificadas abandonan el continente cada año. El 35% de los que emigran, nunca regresan. Son datos de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

Estas miles de personas con formación universitaria se marchan a países desarrollados en busca de mejores condiciones de trabajo, oportunidades de formación y progreso profesional. La pobreza, los conflictos bélicos, la escasa financiación de la investigación y, en especial, una constante búsqueda de profesionales por parte de algunos países industrializados con programas de atracción de talento extranjero son las principales causas del fenómeno.

Esta fuga de cerebros genera una doble pérdida: los países pierden un valioso capital humano, indispensable para el desarrollo y, asimismo, los recursos financieros escasos y muy valiosos que invierten en educación universitaria, todavía con costos unitarios por estudiante bastante altos, terminan beneficiando a los países receptores.

SANGRÍA DE PROFESIONALES

Esta hemorragia masiva de talentos africanos es especialmente grave en el sector sanitario. En el Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2010 de la OIM, se estima que "el 28% de los médicos y el 11% de las enfermeras nacidos en países de África subsahariana" trabajan en Australia, Bélgica, Canadá, Estados Unidos, España, Francia, Portugal, Reino Unido y Sudáfrica.

> "Hay más médicos benineses en la región de París que en Benín"

Hay, por ejemplo, más médicos nigerianos en Estados Unidos que en la propia Nigeria; también en Estados Unidos ejercen su profesión 700 médicos ghaneses. En la región de París hay más médicos benineses que en su país de origen. En Zimbabue, más del 50% de los médicos, especialistas en análisis clínicos y enfermeras se han ido a otros países.

ANESVAD CAPACITA PROFESIONALES EN GHANA, BENÍN, COSTA DE MARFIL Y TOGO

Una de las labores de la Fundación Anesvad es, precisamente, la capacitación de personal sanitario. En concreto, en países como Ghana, Benín, Costa de Marfil y Togo, se trabaja en la formación de personas como Víctor Sèmèvo.. Un joven cirujano beninés que estudia becado en París, a condición de que al término de su carrera regrese a Benín para hacerse cargo del centro de detección y tratamiento de úlcera de Buruli "Gbemontin" de Zagnanado, considerado internacionalmente como un referente para el tratamiento de esta enfermedad.

La ONGD trabaja, además, en la formación de promotores y promotoras de salud que, desde las propias comunidades en las que viven, atienden las necesidades de salud de su población. Con esto se consigue que las poblaciones de estos países se conviertan en los protagonistas de su propio desarrollo.

Y mientras el África subsahariana se vacía de talentos, su población carga con el 24% del peso mundial de enfermedades, incluyendo el SIDA, la malaria y la tuberculosis. Para hacer frente a ese desafío sólo cuenta con el 3% de los trabajadores de la salud del mundo y el 1% del gasto mundial en salud, según revela el Informe de Salud Mundial de 2006 de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio sanitarios en 2015, según la OMS, se necesitan 2,5 trabajadores de salud por cada 1.000 habitantes. El Informe de la OMS afirma que faltan cerca de 2,4 millones de trabajadores sanitarios para conseguir estos objetivos, a los que hay que sumar 1,9 millones de trabajadores de gestión y apoyo. Aunque el problema se da en prácticamente todos los países, hay 57 que están en una situación crítica de escasez de personal.

> "Para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio sanitarios para 2015, se necesitan 2,5 trabajadores de salud por cada 1.000 habitantes"

África es el continente donde menor número de sanitarios hay por habitante: 16 veces menos de personal médico por cada 10.000 habitantes que en Europa, y 5 veces menos en personal de enfermería.

ALGUNAS SOLUCIONES

Hasta la fecha, y tras más de cuatro décadas de fuga de los más brillantes cerebros africanos, apenas se ha abordado la incidencia que este fenómeno tiene sobre los recursos humanos, las capacidades institucionales y los servicios sociales y de salud. Y las iniciativas que apostaban por las estrategias de repatriación no han tenido su fruto.

En 2006, se constituyo la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario con el fin de ofrecer una plataforma común para combatir la crisis de personal sanitario. Entre sus miembros se encuentran gobiernos, organismos de las Naciones Unidas, asociaciones profesionales, ONG, fundaciones, instituciones de investigación y formación y el sector privado. El objetivo de la Alianza es "asegurar que todas las personas tengan acceso a un trabajador sanitario calificado, motivado y debidamente respaldado".

El Segundo Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud, celebrado en enero en Bangkok y organizado por esta Alianza, propone que, especialmente en África, "debe producirse un aumento de la capacidad de formación y educación para cubrir la creciente demanda de personal sanitario".

Asimismo, recomienda la adopción de "políticas y estrategias apropiadas para atraer y conservar a los agentes de salud con las competencias necesarias, tanto en las zonas rurales como en aquellas más desatendidas, y se debe fomentar el despliegue de trabajadores del sector sanitario comunitarios y de nivel medio".

Otro de los avances de cara a paliar y atajar esta fuga de cerebros en el sector sanitario ha sido la firma en mayo de 2010, por parte los ministros de Salud de 193 países y tras seis años de negociaciones, de un Código de conducta a nivel global.

El Código propone gestionar adecuadamente la contratación de personal sanitario extranjero con objeto de contribuir "al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de salud" y aboga por "atenuar los efectos negativos de la emigración del personal de salud sobre los sistemas de salud de los países en desarrollo y proteger los derechos de los agentes de salud".

Este código también plantea que "los países desarrollados deberían facilitar asistencia técnica y económica a los países en desarrollo y los países con una economía en transición enderezada a fortalecer los sistemas de salud, en particular el desarrollo del personal de salud".

	Nº de Médicos	Densidad por 10.000 habitantes	Personal de enfermería y de partería	Densidad por 10.000 habitantes
Benin	542	1	7.129	8
Costa de Marfil	2.746	1	9 231	5
Ghana	2.587	1	22.834	10
Togo	349	1	1816	3
España	163.800	38	322.600	74

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

POR UNA INDIA MEJOR

El saneamiento del que gozamos en la mayoría de los países del Norte es todo un lujo en el Sur. Saneamiento que comprende no sólo las posibilidades que tenemos de contar con agua potable o letrinas, sino entendido como las condiciones que nos rodean y que permiten que vivamos de forma saludable. Por supuesto, la educación en salud y los conocimientos de los que disponemos aquí son lagunas en países en vías de desarrollo.

Para mejorar esta situación, desde hace cuatro años impulsamos un proyecto de promoción de la salud en los mandales de Prakasam, en Andra Pradesh. En este cuarto año de ejecución, el proyecto tiene como objetivo reducir la prevalencia de las principales enfermedades contagiosas -tuberculosis, enfermedades sexuales infecciosas, VIH/SIDA, etc.- entre un 5% y 7%, capacitando a las comunidades rurales en el ámbito de la salud.

Unos objetivos que se van consolidando. En el último cuatrimestre de 2010 se han puesto en marcha 100 programas de concienciación y sensibilización en los que se han atendido a más de 30.000 personas. Además, las personas voluntarias que hemos formado han conseguido dirigir 30 campañas móviles de atención en salud, con más de 7.000 personas atendidas. En estas campañas móviles de atención en salud se consigue prestar atención médica especializada a las personas enfermas. Se ofrece asesoramiento y se proporcionan medicamentos.

La ciudadanía de los mandales en los que se han puesto en marcha estas campañas ha mostrado su bienvenida y su receptividad con una asistencia masiva y con un aprovechamiento desatacado de las mismas. De hecho, la ciudadanía se informa con antelación de las fechas en las que las campañas van a desarrollarse para no faltar a ninguna sesión. Su impacto se ha visto reflejado en el agradecimiento mostrado por las personas líderes de esas comunidades. Con este proyecto, aseguran, "hemos conseguido generar confianza entre la ciudadanía y hacerla partícipe de conocimientos para lograr una vida más sana. Ahora confían en que pueden mejorar su calidad de vida y lograr mantener un entorno adecuado para frenar el avance de las enfermedades que tanto les preocupaban".

Seis años de compromiso comunitario

Krishna kumari Bai tiene 44 años y es agente comunitaria desde hace seis. Cuando nuestra organización aliada SVS le brindó la oportunidad de trabajar por su comunidad, acogió esta iniciativa con gran entusiasmo. Debido a su desconocimiento, al principio se sentía limitada a la hora de dar consejos sobre hábitos saludables e higiene, pero a medida que su formación fue en aumento, ganó en seguridad y habilidades comunicativas. Pronto se convirtió en un referente para su comunidad. Ahora forma, incluso, a otras personas que como ella, un día sintieron el deseo de trabajar por su comunidad. Recientemente ha ayudado a diagnosticar la tuberculosis a 25 pacientes y a curar la enfermedad a otras 12. También ha participado en la organización de comités de salud y en el reparto de canastas básicas para personas afectadas por el VIH. "Todo esto me ha ayudado a aprender y a enseñar lo aprendido a mi comunidad", destaca sonriente. ■

Krishna Kumari Bai vive en Mulaguntapadu, en el mandal Singarayakonda, en la India. Es voluntaria de nuestra organización aliada SVS. Nuestro trabajo con esta ONG india se remonta a cuatro años atrás. Nuestro objetivo de mejorar el acceso a la salud, se cumple.

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

"MUCHOS DE LOS PROBLEMAS CAUSADOS POR LA GUERRA NO ESTÁN RESUELTOS TODAVÍA"

Domingo Sánchez Brito
Líder Indígena Ixil

La Comisión Nacional Permanente de Reforma Educativa-CNPRE surgió como mandato de los Acuerdos de Paz que pusieron fin a 36 años de guerra civil en Guatemala. Su máximo responsable, Domingo Sánchez Brito, es un líder indígena Ixil con el trabajamos en el Quiché, una de las zonas más castigadas por el llamado 'genocidio guatemalteco'. Su testimonio nos acerca la crueldad de un conflicto cuyas secuelas aún siguen latentes entre la población civil.

¿Cómo impactó la guerra en el Quiché?

De 1980 a 1982 la violencia se hizo indiscriminada en esta zona. La comunidad Ixil fue la más golpeada por el conflicto armado: se destruyeron aldeas, quedaron desintegradas varias familias, hubo desplazamientos, asesinatos, masacres, desapariciones forzosas, violaciones, quemas de familias, de casas y de cosechas. Estas masacres generaron en los habitantes un clima de resentimiento, temor y zozobra que quitó todo impulso para desarrollar cualquier actividad, creó problemas psicológicos, físicos, etc. También hubo muchas viudas y personas huérfanas. El impacto de la violencia generó expropiación de tierras, y muchos de estos problemas no están resueltos todavía.

"Las poblaciones indígenas del Quiché con las que trabajamos están consideradas de tercera categoría"

¿Qué papel le tocó jugar a usted?

Me tocó dirigir a la población para salvar sus vidas y las de sus familias. Les enseñé a actuar ante violaciones y persecuciones que estaban sufriendo las comunidades en resistencia. Les enseñé cómo lograr sobrevivir en las montañas de Guatemala diversificando las siembras, organizando la educación y gestionando la salud comunitaria.

Denunció situaciones de injusticia ¿Hasta qué organismos internacionales llegó?

En el momento del conflicto no hubo oportunidad de denunciar, por incomunicación con otros pueblos y países; era un momento de supervivencia. Todas las investigaciones se hicieron después, como la llevada a cabo por investigadores de la Comisión Internacional de Derechos Humanos (CIIDH) o la ONU, pero poco o nada se ha hecho para sanar las heridas que dejó abiertas el conflicto.

¿No encontró respuesta a sus demandas?

El Acuerdo de Paz, firmado el 29 de diciembre de 1996, entre el Gobierno y la Unidad Nacional Revolucionaria Guatemalteca, se llevó a cabo en base a unos puntos clave como la Identidad y los Derechos de los Pueblos Indígenas, la situación socio-económico y agraria, etc. A día de hoy, algunos de los compromisos se han cumplido parcialmente y otros casi nada. Me quedo con eso.

Las comunidades del Quiché con las que trabajamos, ¿Siguen siendo poblaciones de segunda para las instituciones?

Son consideradas de tercera categoría. En las agendas políticas de los gobiernos y los partidos, los dejan siempre en segundo plano en cuanto a servicios básicos como educación, salud, vivienda, tierra, empleo, medio ambiente, etc.

Regresan ahora a las tierras de las que se les expulsó de forma brutal.

Sí, el problema de los desplazamientos fue inmenso. Muchas personas tuvieron que huir a la costa sur, a México u otros países. Actualmente hay una incertidumbre sobre sus propiedades, con informaciones no verídicas de que las tierras están colindadas, expropiadas por finqueros o empresas que se hicieron con su propiedad tras el conflicto armado interno. Sigue presente la tensión y el temor de las poblaciones Ixil en todo lo que se refiere a la pérdida de estas tierras de las que son originarias. ■

Si quieres ampliar información sobre el trabajo de Domingo Sánchez Brito, entra en http://www.anesvad.tv

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

FUNDACIÓN ANESVAD ORGANIZACIÓN NO GUBERNAMENTAL PARA EL DESARROLLO (ONGD)