anesvad
JUNIO 2012 / AÑO 43 / Nº 118
www.anesvad.org

LA SALUD CORAZÓN DEL DESARROLLO

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 19 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, Catalina Echevarri, Gorka Goikoetxea y Nagore Eskisabel.
Jefa de Redacción: Nagore Eskisabel.
Redacción: Adrián Seminario y Miren Hualde.
Fotografía: Fundación Anesvad.
Colaboraciones: Liliana Marcos
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.

¿COMIENZO O FINAL?

La salud es ya la tercera preocupación de la ciudadanía española. Tras la economía y el paro se han colado la salud y la sanidad. La *economía de guerra* ha llegado incluso a los hogares en los que en ocasiones se posponen tratamientos médicos por su elevado coste. Este fenómeno que tantos titulares de prensa acapara en nuestro entorno, es el día a día de las poblaciones con las que trabajamos. Poblaciones, personas, sociedades para las que el desarrollo tal y como lo entendemos en el Norte no ha llegado, tampoco en salud. La salud pública se ve castigada por la crisis mundial sobremanera en aquellos países y en poblaciones que menos posibilidades tienen de afrontarla. La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) sufre, desde 2004, una reducción anual cuya máxima expresión ha llegado en este 2012. A falta de conocer los porcentajes que el Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación destinará a la AOD, los presagios no son buenos. Con un presupuesto que se ha reducido en un 65,4%, pasando de 1.978,34 millones de euros a 683, es previsible que el porcentaje del PIB que se destine a la AOD no alcance el 0,29% del pasado 2011. Ante este panorama, si no mantenemos firme el compromiso de trabajar para proteger y promover este derecho, los desequilibrios ya existentes solo se agrandarán. Por eso hoy más que nunca tenemos que recordar que la salud es cosa de todos y de todas.

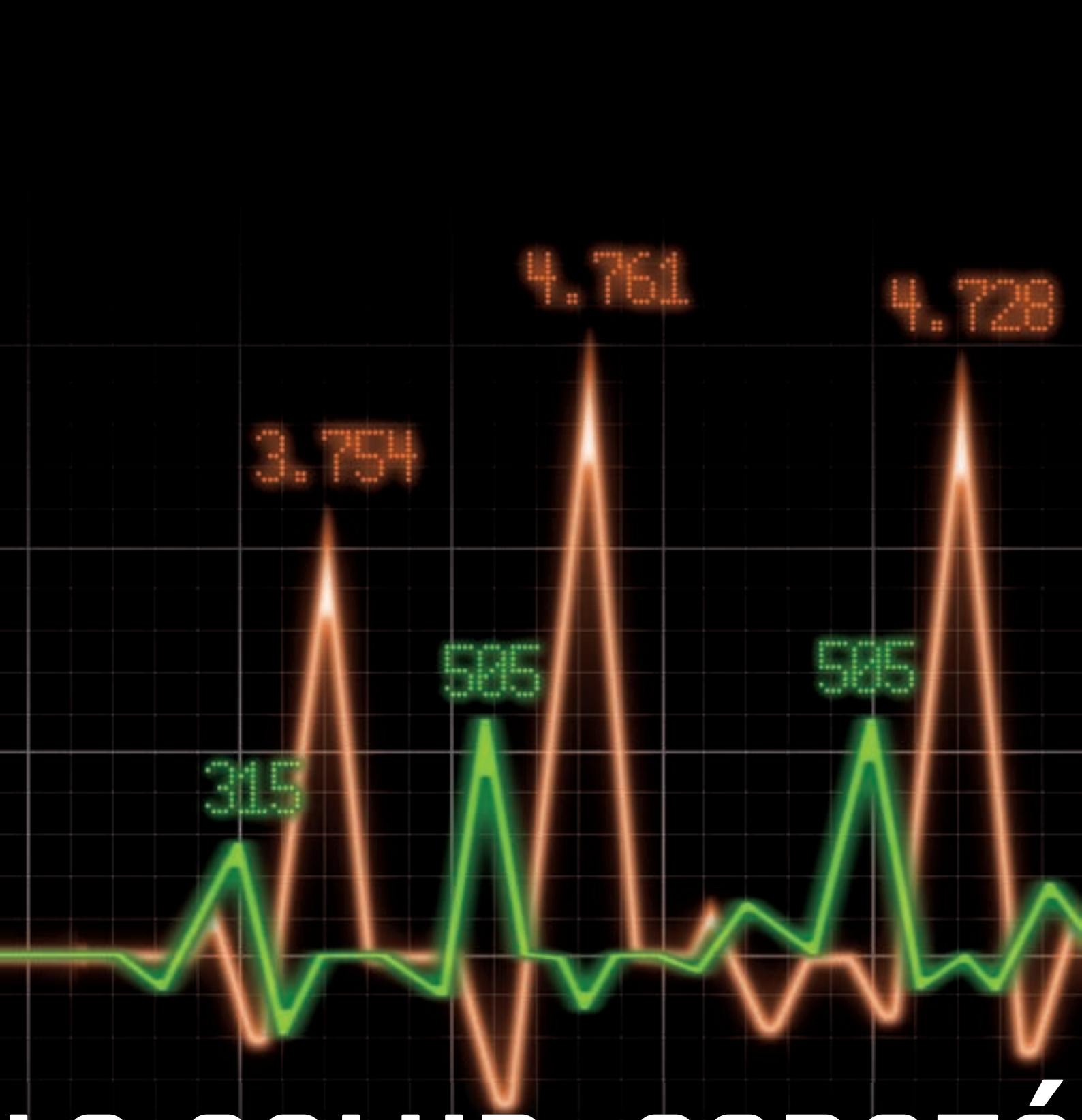
Debemos insistir en que el gasto público en cooperación no es una partida prescindible, sino prioritaria, sobre todo si hablamos de servicios sociales básicos como la salud.

Las personas para las que trabajamos tienen Derecho a la Salud. Las organizaciones para el Desarrollo tenemos el deber de promocionar, proteger y defender este derecho. Porque nos debemos a esas personas. Porque por ellas trabajamos.

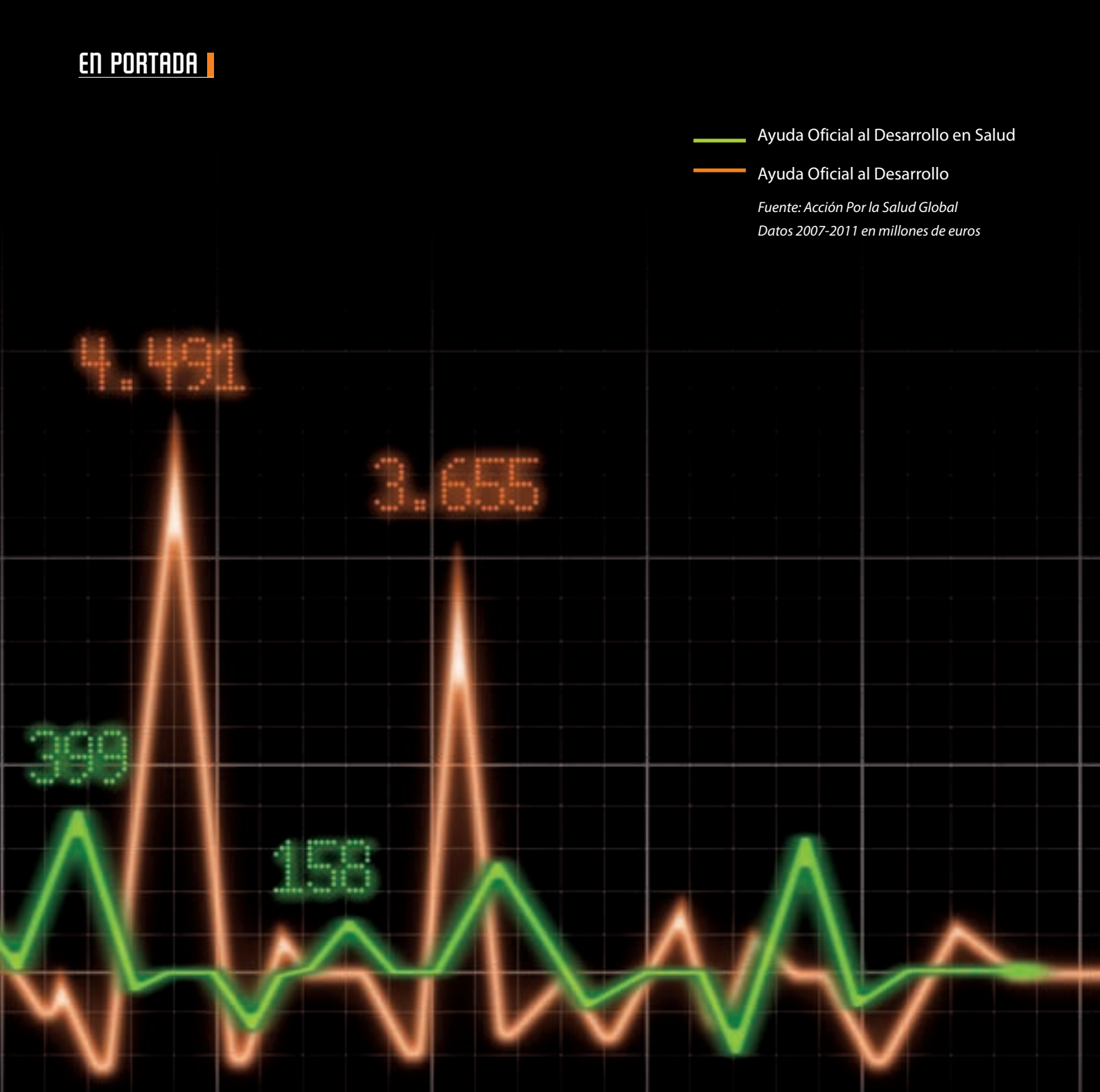
¿Es éste el comienzo o el final de una situación insostenible?

SUMARIO

3. EDITORIAL
4. EN PORTADA
La salud, corazón del desarrollo
12. UN MUNDO, DOS REALIDADES
14. FOTO-REPORTAJE
Protagonistas en derechos
20. EN PRIMERA PERSONA
Matthew Friedman
24. A FONDO
Frente a la úlcera de Buruli, medicamentos para todas las personas
28. PROYECTO DESTACADO
Ciudad de Hue, motivos para la esperanza
30. VOCES SOLIDARIAS
La unión hace la fuerza



LA SALUD, CORAZÓ



n DEL DESARROLLO

Quizás los fríos datos no son suficientes. A veces necesitamos conocer qué hay detrás, cuáles son las consecuencias. Es lo que hacemos en esta ocasión. A pesar de que como ilustra este peculiar "electrocardiograma", que mide la salud de la cooperación al desarrollo, la tendencia de la inversión en AOD en salud es claramente descendente, no nos quedamos con eso. Está en nuestras manos la posibilidad de revertir las consecuencias que este descenso tiene para miles de personas.

"Aunque existen centros de salud, no podemos pagarnos los tratamientos. Si Anesvad no apoyara el trabajo que APROCSAL desarrolla en El Salvador, hoy no estaría curada". Julia Dolores de Paz tiene 59 años y es una de las personas que ha podido ver su Derecho a la Salud realizado. Sus condiciones económicas son precarias y en un país en el que hasta hace dos meses los medicamentos genéricos costaban un 500% más que lo que estamos acostumbrados aquí en el Norte, hubiera sido imposible que hiciera frente a una atención de calidad. Julia Dolores pone nombre a millones de personas en el mundo por las que trabajamos. No son pocos los países en los que a pesar de existir cobertura sanitaria, el acceso a la misma es imposible por los elevados costes a los que se enfrenta la ciudadanía. Si hay que pagar por usar servicios sanitarios, quien no dispone de recursos suficientes debe decidir si puede sufragarlos, o si debe reservarlos para otras necesidades básicas como la comida o la educación de sus hijos e hijas.

A Julia le detectaron un cáncer de matriz tras unos exámenes ginecológicos en el marco del proyecto que desde hace dos años desarrollamos en el Departamento de La Libertad. Allí, trabajamos para garantizar la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres que viven en zonas rurales y marginadas. Mujeres que por sí mismas no podrían acceder a las pruebas ni a los tratamientos para sanar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que los valores finales de un medicamento innovador no deberían exceder en cinco veces su costo de referencia. Pero en El Salvador los precios al público de ese tipo de fármacos superan 52,2 veces ese tope, según el informe "Disponibilidad y precio de medicamentos esenciales en El Salvador", publicado en 2006 pero cuyos resultados se han mantenido hasta la aprobación de la Ley de Medicamentos hace unas semanas. Una Ley que abre la puerta al acceso a medicamentos a precio normalizado, permitirá mejorar la salud de miles de personas, y por ende, su desarrollo y el de todo un país.

Para empezar este reportaje hemos elegido El Salvador pero podría haber sido cualquier otro lugar del mundo, cualquier otro país empobrecido en el que trabajamos y en los que los déficits en salud frenan en seco sus posibilidades de progreso y de desarrollo. Por eso, a lo largo de estas páginas viajaremos a Bolivia, a Ghana o a la India, lugares que merecen protagonismo por su lucha, en un contexto de crisis, por mejorar el acceso a la salud de sus habitantes. Y nos dejamos en el tintero muchos más, que no caben en esta publicación pero que día a día están presentes en nuestro trabajo.

Mercy Abuku, con el kit básico que las matronas reciben del proyecto

"Hemos aprendido a lavarnos las manos antes de atender a una mujer a punto de dar a luz". Mercy Abuku es una de las 100 parteras tradicionales que han recibido formación con el proyecto que desarrollamos en el distrito de Akatsi, en Ghana, con la ONG local Care Net. Mujeres, cuyo servicio es incuestionable a pesar de que sus prácticas se basan en la tradición y en la herencia que reciben unas de otras. Con este proyecto se introducen aspectos médicos que en ocasiones son fundamentales para mejorar la asistencia. "Antes pensábamos que si a la embarazada se le hinchaban los tobillos es que esperaba un niño, ahora sabemos que puede ser preclampsia y la derivamos al centro de salud más cercano". Reflexiones que reafirman la necesidad de mantener activos estos proyectos de Salud Materno-Infantil en contextos de pobreza y vulnerabilidad. Durante un mes han recibido capacitación en salud y ahora disponen de un kit básico con toalla, palangana, guantes, y otra serie de elementos que permiten una atención básica. Desde que han recibido la formación se sienten "más respetadas" por sus comunidades y por las enfermeras, que les permiten atender a las mujeres en casos en los que deben acompañarlas a los centros sanitarios. "Sabemos mejor qué podemos y qué no debemos hacer", y quieren seguir aprendiendo.. "Queremos seguir formándonos, conocer más sobre cuidados postnatales, sobre planificación familiar".

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

Ana Ruth Campos, orgullosa de lo aprendido, controlando peso y talla de una niña de su comunidad

"Los servicios en salud prestados en mi comunidad en El Salvador han mejorado, son más accesibles y se prestan con calidad y calidez. Ser promotora de salud me permite colaborar para que mi comunidad tenga mejor acceso a servicios sanitarios básicos". Ana Ruth Campos tiene 34 años y lleva toda su vida en la Comunidad San Jorge de la zona rural del municipio de San Pablo Tacachico. Madre desde los 24, jamás se había planteado trabajar fuera de casa, menos aún, ayudar de esta manera al progreso de su comunidad. Tras los terremotos que azotaron esa zona rural en 2001, la ONG local APROCSAL, socia de Anesvad en El Salvador, comenzó a trabajar con un proyecto de emergencia y desde 2003 implementó proyectos en salud. "Formaron promotores y promotoras de Salud Comunitaria, y fui promovida por la Alcaldía para ser una de las personas en formación. He crecido emocionalmente, ha mejorado mi autoestima y he podido mejorar las condiciones económicas de mi familia al formar parte de la plantilla de promotores/as del Ministerio de Salud".

"Llevar salud a las comunidades rurales del país fue hasta hace poco tiempo una deuda del Gobierno. Con el trabajo de Anesvad y APROCSAL en Salud Comunitaria, el acceso a los servicios de salud ha mejorado", concluye.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Derecho a la Salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible

Promesas sin cumplir

Según la OMS, el Derecho a la Salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden, entre otros factores, la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, una vivienda adecuada o la posibilidad de disponer de alimentos nutritivos. El Derecho a la Salud no se limita al derecho a estar sano. Su definición, recogida ya en 1978 en la Declaración de ALMA-ATA, supera a la meramente médica al entenderlo como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. El más alto nivel posible de salud es por tanto un objetivo social decisivo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos. La salud se convierte así en un tema político, en una prioridad a alcanzar para poder garantizar el desarrollo.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en el año 2000 una Observación General sobre el Derecho a la Salud. En ella se recoge como los Estados Partes deben adoptar medidas de conformidad con el principio de realización progresiva. Esto significa que deben avanzar lo más eficazmente posible, tanto por sí mismos como con la asistencia y la cooperación internacionales, hasta el máximo de los recursos de que dispongan. En un mundo en el que las desigualdades son cada vez más crecientes, parece evidente y lógico pensar que si no es con la cooperación internacional, para muchos países avanzar en salud es una quimera. Por eso, ya en 1981, los países acordaron destinar el 0,7% del total de la renta nacional bruta a cooperación (34ª sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas) y un 1% de esa ayuda, específicamente para salud. Han pasado ya 31 años desde ese gran compromiso cuantitativo de los países donantes en la lucha contra la pobreza, compromiso que apenas cumplen unos pocos países.

La Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la OMS fue establecida en el año 2000 para evaluar el lugar que ocupa la salud en el desarrollo económico mundial. Una prueba más de que la comunidad internacional acepta cada vez más el peso específico que tienen las inversiones en salud para el desarrollo humano. Prueba de ello, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), comprometidos para 2015. Esa Comisión realizó en el año 2001 el cálculo más exhaustivo que se ha hecho del importe que se necesitaría para alcanzar los ODM en materia de salud. Calculó que para 83 países pobres los gastos sanitarios deberían pasar de los 106.000 millones de dólares en 2002 a 163.000 millones en 2007 y a 200.000 millones para 2015. Este incremento permitiría tanto hacer frente al crecimiento de la población como a la ampliación de la cobertura de los servicios.

Ante este panorama, recortes

Ante esta avalancha de datos, el panorama hoy día es bien distinto. No solo en España, también en Europa. El origen del problema podemos situarlo en la crisis económica. Entre 2003 y 2009 España dobló las ayudas a la cooperación al desarrollo, pasando del 0,23% al 0,46%. Pero entonces, caída libre hasta alcanzar el 0,29% del año pasado. Unas reducciones justificadas políticamente por la coyuntura económica y para evitar, dicen, recortes que afecten a servicios esenciales de la población española. Así las cosas y a tres años de la fecha prevista para su consecución, ya hay voces que reclaman la necesidad de modificar los plazos para el logro de los ODM, objetivos que no buscan sino, más justicia social y mejor y más desarrollo para todas las personas.

Con los Presupuestos del Estado para este 2012 aprobados no parece que la tendencia vaya a invertirse.

Los gobiernos sacan la tijera en un momento de recortes y el tercer sector es el que más papeletas tiene para dejar de formar parte del reparto del pastel presupuestario. El recorte de 1.016 millones de euros para el Ministerio de Exteriores y Cooperación Español supera al previsto por diversos organismos sociales que apuntaban a una caída

> **A cinco años de la fecha prevista para su consecución, ya hay voces que reclaman la necesidad de modificar los plazos de los Objetivos del Milenio, unos objetivos que no buscan sino más justicia social y mejor y más desarrollo para todas las personas**

Cristina Mamami y Beatriz Mamami. No son hermanas pero comparten recorrido de vida en El Alto, Bolivia. Un recorrido que por desgracia comparten muchas otras mujeres

Cristina y Beatriz viven en El Alto, Bolivia. Las dos suman 8 hijos. Su vida ha estado marcada por la violencia machista. Sus maridos han ejercido sobre ellas un dominio total y en ocasiones han sido maltratadas. Por eso es importante el proyecto que mantenemos en la zona con la ONG local CSRA. "He sido víctima de la violencia machista y ahora sé que tengo derechos, sé que no lo merezco, que no pueden pegarme". Cristina insiste en que, gracias al proyecto de Salud Sexual y Reproductiva conoce lo que puede tolerar y lo que no. Y lo más importante, añaden ambas, "es que sabemos plantarnos y donde acudir cuando necesitemos ayuda". El equipo de CSRA realiza visitas domiciliarias periódicas para conocer su vida y asesorarles, todo bajo el paraguas del sector salud, fundamental para que la sostenibilidad del proyecto esté asegurada.

Pritam Rajesh Sindam. En un país como la India, que concentra el mayor número de casos anuales de Lepra, Pritam es un ejemplo a seguir

Pritam Rajesh Sindam, tiene 21 años y le acaban de diagnosticar lepra. Su cuñada Manisha, voluntaria del programa que Anesvad tiene en marcha en la India con la ONG Alert India, le animó a acudir al centro. "Tienes manchas en las manos y has perdido fuerza", le dijo. "Me examinaron enseguida y voy a ser atendida por el Programa LEAP", un proyecto de atención integral para personas afectadas por la lepra que Anesvad apoya desde 2005. "Una persona más que se curará", asegura feliz Manisha, cuyo papel como voluntaria del programa es fundamental para conseguir tejer redes de conocimiento sobre la enfermedad, tan importante para frenarla. Su familia no sabía nada sobre la lepra pero su padre enfermó y un grupo de voluntarios del Programa LEAP le diagnosticó. Fue así como Manisha se sintió en el deber de mantener ese papel, decisivo, de quienes voluntariamente trabajan por la salud de sus comunidades.

de 900 millones de euros, un 20%. El Gobierno ha reducido en un 65,4% la partida de Cooperación al Desarrollo para 2012. El Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación gestionará un presupuesto de 1.205 millones, frente a los 2.648 del ejercicio anterior, lo que supone una reducción del 54,4%, la mayor del conjunto ministerial.

Con todo, el 74% de los españoles pide mantener la ayuda… Seguiremos trabajando. Porque trabajar por la universalidad del Derecho a la Salud nos corresponde a todos y todas. Es de justicia que todas las personas podamos disfrutar de se derecho que nos pertenece como seres humanos. Más allá de los datos y de las cifras, es un compromiso no solo con el Sur. Con una buena salud ganamos todas las personas.

La reacción del sector

El sector no se ha mantenido impasible ante las medidas anunciadas y que afectan sobremanera a la cooperación al desarrollo. En este sentido, nos hemos adherido a dos iniciativas para reivindicar la necesidad de mantener la inversión. Dos cartas remitidas al presidente del Gobierno Mariano Rajoy. La primera de ellas, firmada por varias organizaciones pide a Rajoy que no reduzca la AOD y que pacte una agenda que permita aumentar los fondos destinados a la cooperación.

La segunda, una carta abierta al presidente, firmada por varias ONGs, Coordinadoras y Plataformas, que pide el pago de lo debido por parte de las administraciones públicas y parar los recortes en acción social.

Además, desde el pasado mes de marzo, sumamos fuerzas en la Red Acción por la Salud Global (ApSG). Esta agrupación europea de ONG, fundada en 2006, trabaja en incidencia política reivindicando un papel más activo de Europa en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Salud. Además, busca el acceso universal y equitativo a unos sistemas de salud fuertes y financiados. Las Organizaciones No Gubernamentales que la componemos somos expertas en diferentes materias del sector salud.

En España, ApSG está conformada por la Federación de Planificación Familiar Española (FPFE), Farmamundi (FM) y Médicos del Mundo. La red europea de ApSG se extiende por Holanda, Francia, Alemania, Italia, España, Reino Unido y Bélgica. La última iniciativa de ApSG es la campaña en la que Anesvad participa Quierounmundosano.org

FIRMA INVITADA

LILIANA MARCOS

Técnica de Incidencia Política de Acción por la Salud Global

¿Virando el rumbo o hacia orillas de consecuencias irreparables?

A los que trabajamos en cooperación, los números y porcentajes de reducciones y recortes nos han invadido el discurso de tal forma que han expulsado de nuestro vocabulario palabras con las que nos sentimos más cómodos; palabras que conforman nuestro hábitat de trabajo y activismo como ciudadanía, impacto, derechos sociales o desarrollo. Error por nuestra parte haber centrado la atención en la mera cifra, porque cuando se recortan unas cosas más que otras no se está hablando solo de dinero, se habla del valor político que se le quiere dar a una acción pública frente a otra; cuando se recorta de allí más que del otro lado se está dando el mensaje de que aquello es menos relevante que lo otro, que si se invertía era porque sobraba y no porque se debiera; en otras palabras que se recorta porque la ciudanía, impacto, derechos sociales o desarrollo sobran donde solo hay dinero para la competitividad o estabilidad.

Desde que la crisis financiera entró de lleno en nuestros bolsillos y economías reales, la Ayuda Oficial al Desarrollo ha sido recortada en reiteradas ocasiones. La bajada del presupuesto de cooperación en relación al PIB en 2011 del 0,43% al 0,29%, y el acuerdo de no disponibilidad de gasto con el que empezó el 2012 y congelaba otros 1.000 millones de euros, fueron la premonición final a unos presupuestos de 2012 que parecen enterrar la política pública de cooperación al desarrollo en torno a un mero 0,2%. Sin embargo, estas cifras no recogen el sentir de la población. Según una reciente encuesta promovida por Unicef acerca de la percepción de la ciudadanía española, el 74% de los adultos apoya la ayuda destinada por España al desarrollo y, de este grupo, el 86% cree que la inversión debe ser una cantidad moderada o grande.

Escarbando entre los recortes más profundamente, nos encontramos, además, con la desagradable sorpresa de que, de nuevo, hay políticas que valen más que otras y, que, a pesar del impacto que tiene dejar de invertir en servicios sociales básicos, como educación o sanidad, son estos los sectores más afectados. Mientras que la AOD general descendió, aproximadamente un 36% en 2011, la destinada a salud lo hizo en más de un 60%. La cooperación desciende a pesar del apoyo público; la cooperación en salud lo hace a pesar del consenso existente entre todos los grupos parlamentarios de que se deben concentrar los recursos en aquellos que lo necesitan más y en sectores esenciales para la protección de los más vulnerables en periodos de crisis. Parece ser que la prioridad política declarada –a través del Pacto de Estado contra la Pobreza– no corresponde con la voluntad política manifestada en la distribución final de los fondos. El nuevo Gobierno, también defensor grandilocuente en sus discursos de la salud o la educación, no ha corregido el rumbo dejado por el anterior. El de los recortes lo ha mantenido igual y ha acelerado el ritmo; se admiten apuestas para saber si virará hacia los sectores sociales o dejará que la inercia le siga llevando a orillas, las de los recortes brutales en salud, donde las consecuencias son incalculables… algunas, irreparables.

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

FOTO COMENTADA

Lo que ven en la fotografía es la clínica comunitaria de Shushadanga en el distrito de Shatkira, Bangladesh. Lo que queda de ella tras las inundaciones de agosto de 2011. En este centro construido por el Gobierno en 1988 trabajan dos personas, un trabajador comunitario de salud y un asistente en planificación familiar. Prestan Atención Primaria en Salud a la población en general, especialmente a mujeres, niños y niñas, con vacunaciones, servicios de planificación familiar, saneamiento, tratamientos frente a diarreas, fiebres, infecciones en la piel, etc.

Tras las inundaciones, esta población se quedó desasistida, sin acceso a servicios básicos de salud durante cuatro meses. El centro sigue hoy como ven en la fotografía. La sal del mar ha erosionado las paredes y el suelo, y a pesar de las pésimas condiciones en las que se encuentra, el personal sigue trabajando. De momento, el Gobierno no ha comprometido un plazo para la rehabilitación de este centro que da servicio a más de 40 personas de la comunidad.

Así las cosas, con la clínica en este estado, no se pueden prestar servicios médicos de calidad a la población y tampoco puede almacenarse en ella medicamentos para su distribución.

Esta foto ha sido tomada por la Prof. Ishrat Shamim, Presidenta de Centre for Women and Children Studies (CWCS)

The Shushadanga Community Clinic is a government run clinic which was established in 1988. It is situated in Shushadanga village of ward no. 9 of Kulia union under Debhata upazila in Satkhira district. There are two health workers working at the clinic, one is Health Worker and the other is Family Planning Assistant. It is 11 kilometres away from Kulia Union Parishad and provides primary healthcare services to community people especially women and children of the ward namely fever, cough, diarrhoea, skin disease, sanitation, family planning and various immunizations. During the recent floods from August- December 2011 community people did not get any healthcare services from the clinic.

The Community Clinic seems to be in a very distressed condition being badly affected by the saline flood waters which eroded the walls and the floors of the clinic. Still the community health workers have to provide services in spite of the deplorable condition. Moreover, there is no assurance from the government regarding the immediate repair of the clinic which used to provide healthcare services to 40-50 beneficiaries from the local community. But due to the present condition the clinic had become unusable to provide proper health services and to store the medicines for free distribution to their beneficiaries.

UN MUNDO, DOS REALIDADES

Aunque parece que todo sigue igual, algo ha cambiado. La conciencia de quienes vivimos en los países del Norte parece que despierta. Un despertar derivado de la crisis y de los recortes que comenzamos a sufrir. Unos recortes que, seguro, no nos llevarán a vivir una realidad como la de la primera fotografía. Una mujer, en Ghana, que acaba de dar a luz y que reposa sobre las frías baldosas de los pasillos de un centro médico. Para acercarnos a esta realidad, para recordarnos que las diferencias empiezan al nacer, hemos creado Alternativa13, un juego *on line* con el que desde Anesvad nos colocamos en otra realidad.

QUEREMOS HACER OTRA FOTO ASÍ DE BONITA EN GHANA EN 2013. AYÚDANOS A CONSEGUIRLA

- CON 15€ CONSEGUIREMOS DOS MOSQUITERAS PARA PREVENIR MALARIA ENTRE MUJERES EMBARAZADAS Y MENORES DE 5 AÑOS.
- CON 30€ PODREMOS EDUCAR A 4 MUJERES SOBRE EL DERECHO A LA SALUD.
- CON 50€ TENDREMOS LA CAPACIDAD DE ADQUIRIR 1 KIT BÁSICO PARA MATRONAS, REDUCIENDO EL RIESGO EN LOS PARTOS.

Estas mejoras forman parte del proyecto que estamos llevando a cabo en 20 comunidades del distrito Akatsi de Ghana, donde nuestro objetivo principal es contribuir a la reducción de la mortalidad materna e infantil mediante la mejora de la atención antes, durante y después del parto.

Ayúdanos a sacar una foto como ésta rellenando el cupón que encontrarás en esta revista.

Anesvad

PROTAGON EN DEREC

Quienes ilustran este reportaje son protagonistas de su desarrollo. Mujeres, hombres, incluso niños y niñas, que buscan hacer efectivos sus derechos, entre ellos, el Derecho a la Salud. La toma de conciencia sobre la existencia de esos derechos deviene en muchos casos de cómo se abordan los proyectos de cooperación al desarrollo.

El Enfoque Basado en Derechos Humanos en la cooperación al desarrollo es mucho más que un complejo entramado de palabras. Más que teoría, es realidad, justicia social, coherencia. Conseguir la independencia, el desarrollo autónomo y el empoderamiento de las poblaciones más vulnerables es nuestro mayor logro. Debe ser nuestra aspiración. Solo a través de este enfoque se garantiza la sostenibilidad de las intervenciones, se huye del asistencialismo y se potencia la consecución de los derechos.

En un Enfoque de Derechos Humanos, los planes, las políticas y los procesos de desarrollo encuentran su fundamento

ISTAS
HOS

TITULARES

Titulares de obligaciones →
- Estado

Titulares de Responsabilidades →
- Sociedad civil
- Contexto familiar

Titulares de Derechos →
- Las personas
- Las comunidades

en los derechos y en sus correspondientes deberes u obligaciones de los Estados recogidos en el Derecho Internacional. Esta teoría mantiene dos argumentos en su favor: es lo correcto desde el punto de vista moral o jurídico y los resultados obtenidos a través de este enfoque son mejores y más sostenibles.

En este sentido, todas las personas, vivamos donde vivamos, somos sujetos de derechos, también del Derecho a la Salud, pilar para el desarrollo de una sociedad. Por eso, porque la salud debe ser una prioridad política, la ciudadanía tiene la capacidad de exigir al Estado su realización. Así, favorecemos el desarrollo, promovemos la erradicación de la pobreza y promovemos los Derechos Humanos.

Salud y Desarrollo

SALUD

Es un derecho exigible ante los tribunales.

DESARROLLO

No es un derecho exigible ante los tribunales

El Derecho a la Salud es un instrumento para conseguir el desarrollo

Este compromiso es ahora más necesario que nunca, ¿Por qué?

Porque corren tiempos difíciles en los que las aportaciones económicas destinadas al desarrollo no hacen sino disminuir y la única manera de garantizar la sostenibilidad de las intervenciones en los países más vulnerables es dotándoles de los instrumentos necesarios para que puedan reclamar sus derechos. Porque con salud se eliminan las causas de la desigualdad, se avanza hacia el desarrollo y se consigue el progreso de las poblaciones más vulnerables y más desfavorecidas ■

"Estábamos dormidas en derechos. Ahora vamos a luchar por ellos". Estas mujeres de la región de Volta, en Ghana, aseguran que haber recibido la capacitación en Derechos Humanos les ha despertado del letargo en el que vivían. "Ahora sabemos que podemos exigir tener una clínica para la comunidad, y mientras llega, un dispensario es fundamental para que nuestra salud esté garantizada." Ahora saben que tienen Derecho a la Salud e insisten en que su labor es replicarlo en su entorno.

En Guatemala, las distancias entre las comunidades y las postas de salud son en ocasiones kilométricas. Por eso se tejen redes de conocimiento que se trasladan de una comunidad a otra. Así, el conocimiento sobre el Derecho a la Salud se comparte. Como la enfermera de la fotografía, que traslada información a varias mujeres que después la replicarán en su entorno.

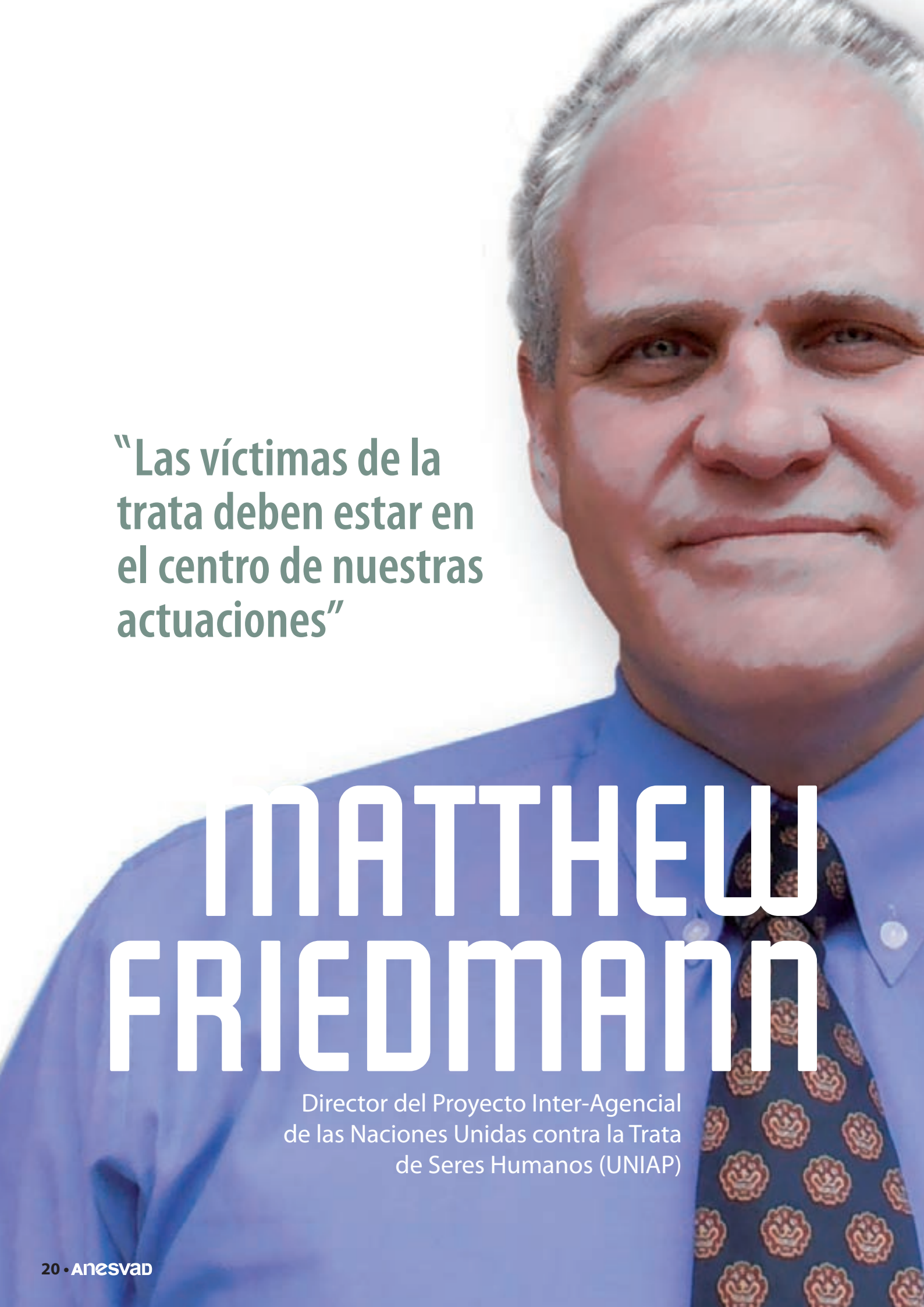
En Bangladesh trabajamos con *Center for Women and Children Studies* (CWCS) en la lucha contra la Trata de Seres Humanos desde 2007. Entre nuestras actividades, destacamos las jornadas de sensibilización en las que, la comunidad, representantes del gobierno local y la ONG suman esfuerzos.

En las aldeas en las que trabajamos con CWCS, su personal se acerca y distribuye materiales en los que se encuentra información sobre los riesgos de la trata y sus consecuencias para la salud. Así, las personas afectadas, pueden encontrar los números de teléfono a los que llamar si están en peligro o si necesitan información.

En Togo, trasladar información sobre la detección precoz de la úlcera de Buruli resulta fundamental para frenar la enfermedad. Por eso, son clave las charlas que las personas que se prestan a ser Agentes de Salud voluntarias proporcionan a la comunidad.

Reivindicar el Derecho a la Salud es fundamental. En Camboya existen, como en muchos países del Mekong, importantes desigualdades entre las zonas urbanas y rurales. Es en estas últimas, en las zonas campesinas, donde se dan los mayores índices de pobreza y desigualdad, y en las que es más necesario reclamarlo.

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



"Las víctimas de la trata deben estar en el centro de nuestras actuaciones"

MATTHEW FRIEDMANN

Director del Proyecto Inter-Agencial de las Naciones Unidas contra la Trata de Seres Humanos (UNIAP)

Su apuesta por el trabajo común y compartido en la lucha contra la Trata de Seres Humanos tiene su máximo ejemplo en el COMMIT, la iniciativa interministerial contra la trata de personas del Mekong, el foro más importante del mundo para combatir la trata de personas en el sudeste asiático. La última sesión, celebrada en febrero y en la que Anesvad fue la única representación española, destacó la complejidad de este fenómeno y sus ramificaciones internacionales, que requieren del esfuerzo y del compromiso de todas las personas implicadas.

Anesvad. ¿Cuáles son los retos más importantes en la lucha contra la Trata de Seres Humanos?

Matthew Friedmann. En primer lugar, no todos los países afectados disponen de legislación suficiente y de procedimientos para abordar este delito y para apoyar a las víctimas. Además, todavía se detecta que la mayoría de las intervenciones y de los programas se centran en los países de origen de la trata, dejando de lado uno de los focos más peligrosos y donde se desarrollan la mayoría de las actividades, los países de destino. Los mecanismos de identificación de las víctimas siguen siendo insuficientes y limitados, lo que frena la asistencia que se les puede prestar, así como el desarrollo de políticas eficaces que les pongan en el centro de todas las actuaciones. Otra cuestión es el intercambio y el cruce de las informaciones que se obtiene de las víctimas entre las diferentes agencias y programas de lucha, con lo que resulta complicado dibujar un mapa de intervenciones y la mejora de su protección jurídica. Por último, la valoración de los impactos conseguidos con las intervenciones es todavía muy limitada, por lo que persisten las interpretaciones más que los datos verificables y objetivos.

A.- ¿Qué importancia tiene abordar la Trata de Seres Humanos con Enfoque de Derechos Humanos?

M.F.- El COMMIT ha permitido incorporar el Enfoque Basado en Derechos Humanos en las actuaciones relacionadas con la lucha contra la trata como una innovación importante. Esto se vislumbra en el hecho de que todos los países miembro se comprometen a utilizar la terminología entendida en las Naciones Unidas huyendo de convencionalismos, mitos y estereotipos. Se establece también la necesidad de poner a las víctimas en el centro de las respuestas, de las actuaciones. Esto significa que se debe reforzar la protección jurídica de las víctimas y mejorar su acceso a todos los derechos que son inalienables a todo ser humano pero de los que no han podido disfrutar.

A.- ¿Qué retos, de entre los que tiene por delante el COMMIT, son los que destacaría?

M.F.- El COMMIT crece día a día no solo en términos cuantitativos de países involucrados, sino también en la modernización de los apoyos. De esta manera, lo principal es seguir apoyando a los países para que desarrollen, perfeccionen y prosigan con la implementación de las actividades. Cuanto más avanzados son los programas de los países más lo es el apoyo técnico que requieren para que sea eficaz. Un ejemplo bien claro es lo que sucede con la legislación. En el momento en que se aprueban nuevas leyes, los países necesitan de asesoramiento sobre los procesos de ejecución para que sean realmente eficaces y esa aplicación marque la diferencia.

Por otro lado, es necesario encontrar mecanismos que aseguren la sostenibilidad del proyecto del COMMIT y de todo lo que bajo este marco se está logrando.

El apoyo de Anesvad es un valor añadido para acercarnos a este fenómeno desde un mejor entendimiento, con mejores habilidades y de manera más eficiente y eficaz

A.- El COMMIT incluye a muchos actores, diferentes culturas, tradiciones y necesidades ¿Son ventajas o frenos?

M.F.- Uno de los mayores logros del COMMIT es que las diferencias y las diversidades siempre han sumado, nunca restado. La interpretación que cada país hace de esta problemática y el análisis desde su perspectiva ha ayudado a aportar nuevos puntos de vista y posibilidades de solución extrapolables a otros países. Además, entender la especial vulnerabilidad de ciertos grupos étnicos y minorías en un país puede arrojar buenas prácticas para emplearlas en la región del Mekong.

Uno de los mayores logros del COMMIT es que las diferencias y las diversidades siempre han sumado, nunca restado

A.- El trabajo de Anesvad en trata se centra en la rehabilitación de las víctimas. Un aspecto que, junto con el de la reintegración se abordó en el COMMIT. ¿Qué significan realmente estos dos conceptos?

M.F.- En ocasiones, los programas de rehabilitación tienen efectos limitados sobre las víctimas, y se han detectado algunos en los que los efectos han sido negativos. Se han documentado casos en los que las víctimas han sido confinadas bajo controles rigurosos y se ha restringido su autonomía en lugar de impulsar su libertad, no se les ha proveído de verdaderas alternativas de vida y de un acompañamiento en la reintegración en su comunidad.

En base a estos aprendizajes, los programas de rehabilitación se están sometiendo a análisis exhaustivos a partir de entrevistas que se están realizando a víctimas de trata del Mekong que han sido acogidas por estos programas.

A.- ¿Cómo calificaría la implicación de Anesvad en esta lucha?

M.F.- La contribución de Anesvad ha ayudado a asegurar y justificar que puedan desarrollarse nuevas iniciativas que dan buenos resultados y que pueden replicarse en la región. Estos esfuerzos ayudan a demostrar que todas las actividades en defensa de los Derechos Humanos son operativas y que de ellas se obtienen grandes resultados, medibles, que benefician de forma real a la población. Los resultados de estos proyectos tendrán, además, un impacto positivo en la lucha contra la trata en el mundo, ya que se compartirán las lecciones aprendidas. En definitiva, el apoyo de Anesvad es un valor añadido para acercarnos a este fenómeno desde un mejor entendimiento, con mejores habilidades y de una manera más eficiente y eficaz ■

Las víctimas de la trata no han disfrutado de sus derechos, a pesar de ser inalienables. Por eso debe reforzarse su protección jurídica y su acceso a la defensa de sus derechos

Cuaderno de Viaje

INDIRA VILLEGAS *Técnica de Asia de la Fundación Anesvad*

Con ocasión de mi primer viaje a terreno a Asia en 2008, al comenzar a trabajar en la Fundación Anesvad, me di de bruces con la realidad mostrada sin tapujos. Soy mexicana y vengo, por tanto, de un contexto en el que las desigualdades existen y las brechas entre ricos y pobres son evidentes. Pero lo son si se conocen, porque no se encuentran fácilmente. En el contexto latinoamericano se esconde la pobreza, la miseria… las desigualdades sonrojan. En Asia, por mi experiencia, la realidad se muestra sin tapujos. Y marca.

Sobre la trata de personas podría decir muchas cosas, la peor, que por su complejidad, por mucho esfuerzo que pongamos en ello, nunca se acabará. Esa sensación se olvida cuando visitas los centros en los que la Fundación Anesvad, con ayuda de organizaciones locales, mantiene para evitar que, sobre todo, mujeres y niñas, caigan en las redes mafiosas. Queda mucho por hacer pero las intervenciones que apoyamos tienen resultados que se traducen en salvar la vida de personas y eso genera una gran satisfacción. Creo que tengo mucha suerte de tener un trabajo como éste, ya que me permite crecer profesionalmente, pero sobre todo como persona.

Mi experiencia en el COMMIT fue muy buena, ya que es increíble ver cómo los gobiernos toman decisiones conjuntas y aprenden los unos de los otros, a pesar de que las diferencias diplomáticas que existen entre algunos de ellos.

Si quieres escuchar a Matthew Friedman, entra en www.anesvad.org/actualidad

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

www.anesvad.tv

Frente a la úlcera de Buruli, medicamentos para todas las personas

Imaginen un país endémico de una enfermedad. Miles de sus habitantes la sufren. Desde hace años las autoridades sanitarias buscan una solución: tratar de reducir las intervenciones quirúrgicas debidas a esa enfermedad. Ahora, gracias a un tratamiento antibiótico se puede.

Parte notable de los avances se debe en concreto a dos antibióticos que, por desgracia, empiezan a escasear. El stock se resiente y hay que producir como sea, escasea el dinero y al final, como siempre, las personas más afectadas son las que sufren la enfermedad.

Esto es lo que sucede en el caso de la úlcera de Buruli (UB) en el Golfo de Guinea. La rifampicina y la estreptomicina son desconocidas para la inmensa mayoría de los mortales. Pero estos antibióticos son fundamentales para el tratamiento de la enfermedad en países como Ghana, Togo, Costa de Marfil y Benín. El déficit de ambas supone un grave problema para miles de personas en este rincón de África.

Cuando falla su suministro o su distribución, la úlcera de Buruli (UB) agrava este problema de salud pública en

estas zonas ya de por sí endémicas. Por ello, los principales agentes internacionales de desarrollo y salud tienen que tomar cartas en el asunto para garantizar las curaciones de las poblaciones más afectadas.

Por todo ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Anesvad hemos acordado la posibilidad de obtener una financiación para adquirir una cantidad de estreptomicina que dé respuesta a la necesidad de este medicamento para 2012.

La OMS estima que son necesarios al menos 400.000 euros anuales para garantizar la adquisición y el envío de los antibióticos

Nuestra organización considera este tipo de intervención una respuesta a una situación de emergencia, por esta razón hemos aceptado una propuesta de proyecto. Vamos a actuar en los países endémicos en los que intervenimos, aunque la OMS está intentando buscar otras financiaciones para otros territorios afectados.

Las organizaciones aliadas que tenemos en terreno se encargarán de ordenar y distribuir la estreptomicina en los cuatro países donde trabajamos, garantizando así continuidad en el tratamiento de las personas afectadas. Se beneficiarán directamente de esta intervención 4.200 pacientes, todas sus familias y los sistemas nacionales de salud de cada uno de los cuatro países donde intervenimos. Los fondos destinados por nuestra parte ascienden a 208.152 euros para costear la estreptomicina.

Hoy en día, casi el 30% de las personas afectadas pueden ser tratadas únicamente con antibióticos

Este problema viene de largo. Si echamos la vista atrás, ya en 2004, la OMS publicó unas directrices sobre el uso de una combinación de rifampicina (oral) y estreptomicina (inyectable) para el tratamiento de la úlcera de Buruli (UB). Desde entonces, la aplicación de estas directrices ha mejorado el acceso al tratamiento, ha facilitado el manejo descentralizado de los casos, en centros más pequeños y cercanos.

Hoy en día, casi el 30% de los pacientes pueden ser tratados únicamente con antibióticos, reduciendo así la carga de trabajo de los sistemas de salud y los costos del tratamiento quirúrgico. En marzo de 2009, los Jefes de Estado de algunos de los países afectados por la enfermedad, aprobaron la "Declaración de Cotonou" que promueve la detección precoz y el tratamiento antibiótico para las personas afectadas.

La OMS y algunas ONG han proporcionado hasta ahora los medicamentos a los países. El impacto de los antibióticos en el tratamiento ha sido impresionante: por un lado, las recurrencias prácticamente han desaparecido; alrededor de un tercio de los pacientes y más del 80% de los casos tempranos se curan con antibióticos; y por otro, la descentralización del tratamiento ha mejorado la accesibilidad de los pacientes al mismo. Pese a algunos problemas logísticos en la administración del antibiótico inyectable (estreptomicina), la implementación del tratamiento ha sido en general buena.

Al tratarse de un mal endémico, cuando falla el suministro o distribución de antibióticos, la salud pública se resiente

En los últimos años ha habido escasez de ambos antibióticos en los países endémicos, lo que ha llevado a plantear la necesidad de buscar soluciones de suministro a largo plazo.

A diferencia de lo que sucede con otras Enfermedades Tropicales Desatendidas (ETDs), los antibióticos para la úlcera de Buruli no son donados por las empresas farmacéuticas. Por lo tanto, estos antibióticos tienen que ser adquiridos, pero no hay una financiación expresa para ello.

Para evitar esta situación en el futuro y por tanto, un impacto negativo en las actividades de control de la enfermedad, es importante encontrar una solución duradera a este problema. La OMS estima que son necesarios al menos 400.000 euros anuales para garantizar la adquisición y el envío de los antibióticos a los países endémicos. Esta cantidad cubriría el tratamiento de 5.000-6.000 pacientes al año.

También se ha visto necesario planificar el suministro de la claritromicina (antibiótico que sustituiría a la estreptomicina para contar con un tratamiento enteramente oral). Algo realmente importante, ya que el suministro oral es mucho más cómodo y menos violento que los medicamentos inyectables.

CITA EN GINEBRA

Con el fin de afrontar todos estos retos, Anesvad propuso a finales de 2011 una reunión en Ginebra (Suiza) para identificar las principales causas de la ruptura de stock en los países y buscar soluciones definitivas. El encuentro se celebró el pasado mes de abril.

Encima de la mesa Anesvad planteó el análisis y áreas de mejora de mecanismos de financiación para asegurar el suministro ininterrumpido, tanto del actual, como del potencial tratamiento antibiótico contra la UB. Igualmente buscó consensuar mecanismos de monitoreo y reporte de la utilización de los antibióticos a nivel de los países afectados.

En la cita europea se discutieron igualmente maneras de lograr un tratamiento totalmente oral de los medicamentos, ya que resulta mucho más cómodo. Además se trata de una meta totalmente alcanzable y realizable.

Anesvad y el resto de agentes abordaron un debate global de los antibióticos, que tienen que contar con más seguridad en el suministro. Diversas ONGD se han comprometido a la financiación de los antibióticos en varios países africanos. Es importante destacar que los esfuerzos para mejorar la detección temprana de los casos no tienen ningún valor si los medicamentos para tratar los casos nuevos no están disponibles o no son accesibles.

En 2011 Anesvad ya financió la provisión de antibióticos para tres países africanos, Benín, Costa de Marfil y Ghana, como respuesta a la situación de emergencia derivada de la ruptura del stock de medicamentos. El presupuesto que destinamos ascendió a 208.152 euros.

Además, mantenemos nuestro apoyo a la sensibilización y la detección precoz, así como a la capacitación de personal sanitario en esos tres países. Estos factores, junto con la provisión de consumibles y la logística bien planificada, resultan de vital importancia. Y es que, tal y como se afirmó en la cita de Suiza, en los países endémicos la distribución debe basarse en los centros de referencia, que pueden combinar el suministro de medicamentos y apósitos, con la supervisión y seguimiento de las actividades en todas las zonas de influencia de la UB. Para hacer frente a la enfermedad, se requiere, tal y como está haciendo Anesvad, una visión y un trabajo integral.

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

CIUDAD DE HUE

MOTIVOS PARA LA ESPERANZA

La ciudad de Hue, antigua capital de Vietnam, está teniendo un rápido desarrollo económico, debido principalmente al turismo. Hablamos de una ciudad estratégica, situada entre Hanoi y Ho Chi Minh, y conectada con Tailandia y Laos.

Su situación geográfica la hace especialmente vulnerable a la trata de personas y la migración insegura. De hecho, según los datos más actualizados del Ministerio de Seguridad Pública de Vietnam, hubo cerca de 3.000 víctimas entre 2004 y 2009.

Entre los abusos experimentados por las personas objeto de la trata cabe destacar; la violación, la tortura, la servidumbre por deuda, el confinamiento ilegal y las amenazas contra los familiares o personas allegadas a las víctimas, así como otras formas de violencia física, sexual y psicológica.

> **El objetivo prioritario de la intervención persigue asegurar el Derecho a la Salud de las víctimas de la trata**

En este contexto tan dramático cualquier aporte es de suma importancia. Y por eso hemos puesto en marcha un proyecto centrado en la mejora de los servicios de salud de atención a las víctimas de la trata y a las personas altamente vulnerables de la provincia de Thua Thien-Hue.

Nuestra organización aliada y coordinadora de la intervención, Women's Union (WU), ejecuta y da seguimiento al proyecto junto con otros agentes del Gobierno, tales como el Ministerio de Salud y el Departamento de Asuntos Sociales.

> **Con un monto de 158.552 euros queremos lograr la aplicación y desarrollo de protocolos y procedimientos de atención a las víctimas de la trata**

El objetivo prioritario de la intervención persigue asegurar el Derecho a la Salud de las víctimas de la Trata de Seres Humanos y los grupos más vulnerables en Vietnam. A través de esta intervención se pretenden mejorar los servicios de salud para las víctimas de trata, así como para las personas más vulnerables de esta provincia.

La mejora de los servicios de salud mencionados en la provincia se replica a través de organismos gubernamentales como Women´s Union, el Ministerio de Salud y el Departamento de Asuntos Sociales.

Esta iniciativa, planteada a tres años, de 2012 a 2014, busca importantes objetivos. Con un monto de 158.552 euros, queremos lograr la aplicación y desarrollo de protocolos y procedimientos de atención a las víctimas de la trata, y que se establezcan acuerdo a los estándares internacionales.

Igualmente, en nuestra intervención, se establecen servicios educativos de calidad para el empoderamiento de las víctimas de trata y la población más vulnerable (a través de WU, Ministerio de Salud, Policía fronteriza, proveedores de salud, etc…).

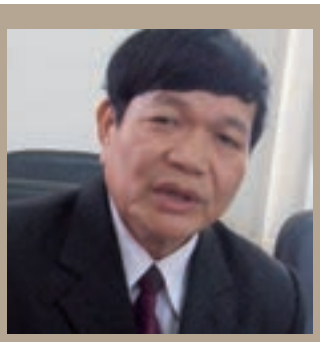
Por último, vemos la necesidad de establecer un modelo nacional sobre la atención de salud, a través del Comité Directivo del Proyecto (nivel central y provincial), apoyado y respaldado por DOLISA, Ministerio de Salud y Women's Union Vietnam. ■

RECONOCIMIENTO A NUESTRO TRABAJO EN VIETNAM

La lucha contra la Trata de Seres Humanos de la Fundación Anesvad en Vietnam ya ha sido doblemente reconocida.

Por un lado, el Gobierno de esta nación asiática reconoció en 2010 nuestra labor en pro del desarrollo del país en el marco del sexagésimo aniversario de Vietnam Union of Friendship Organisations (VUFO en sus siglas en inglés). En este acto se destacó la labor de 100 organizaciones, entre ellas la Fundación Anesvad, de entre las más de 900 que trabajan en el país.

Por otro lado, el Proyecto Inter-Agencial de las Naciones Unidas contra la Trata de Seres Humanos (UNIAP), considera, en su último informe sobre la trata en la región del Mekong, que la Fundación Anesvad es uno de los actores clave en la lucha contra esta lacra. Esta declaración, hecha pública en el citado informe, incluye como actores relevantes a otras organizaciones del sector como UNICEF, Oxfam o Save The Children Vietnam.



SR. HOANG BA VUONG

Diputado del Departamento Distrital de Trabajo, Asuntos Sociales e Invalidos (DOLISA)

"El Gobierno vietnamita ha delegado en DOLISA la capacidad para coordinar todas las actividades para proteger y apoyar a las víctimas de la trata. Los trabajos actuales de DOLISA se verán reforzados con el apoyo del proyecto de Anesvad. El DOLISA cooperará con WU, el Departamento de Salud y otros agentes a nivel provincial y central para aplicar el proyecto de manera sostenible".

SR. HOANG HUU VIET

Responsable del Departamento de Salud

"Las principales tareas del Departamento de Salud son proporcionar servicios de salud a toda la población de la provincia de Hue y del resto de áreas. Con el apoyo del proyecto, el Departamento de Salud colaborará con Women's Union (WU) y DOLISA para asegurar el Derecho a la Salud de todas las víctimas, así como de las personas más vulnerables de nuestra provincia".

SRA. PHAM THI LAN

Miembro de Woman's Union (WU)

"La trata de personas está muy presente en la provincia de Hue, en especial con mujeres y niños/as. En la actualidad, Women's Union y otros agentes en la provincia, actúan en apoyo del pueblo VOT y los grupos más vulnerables. Gracias al apoyo de Anesvad, este proyecto es una excelente oportunidad para fortalecer nuestra cooperación en esta importante labor. Vamos a trabajar estrechamente con todos los departamentos interesados para poner en práctica este proyecto de la manera más eficiente y sostenible. Al tratarse de nuestra responsabilidad, cuando el proyecto esté terminado, mantendremos las actividades para garantizar el resultado".

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

LA UNIÓN HACE LA FUERZA

Ciencia y tradición. Agentes de Salud Comunitarios (ASC) capacitados y terapeutas tradicionales. En Togo, con nuestro proyecto para combatir la úlcera de Buruli conseguimos integrar en el sistema de sensibilización y detección precoz a quienes desde siempre han tratado y otorgado un origen mítico a la enfermedad, los terapeutas tradicionales, con quienes se encargan de transferir a las personas afectadas a los centros de salud, los ASC. Todo en un país en el que el peso de los curanderos encuentra su origen en la autoridad que las comunidades les atribuyen, son en definitiva, quienes autorizan las actividades de sensibilización y detección precoz en sus comunidades.

Este es el logro, sumar esfuerzos. Hablamos con dos de ellos, con Albert Agente de Salud Comunitaria en Tchekpo Deve y Kossi, terapeuta tradicional en Gati.

Albert tiene 50 años, es de Tchekpo Deve

¿Cómo se convirtió en Agente de Salud?

En 2002 comencé a colaborar con el Centro de Salud de Tchekpo Deve como voluntario en las campañas de vacunación y otras actividades relacionadas con la salud. En 2008 fui formado en el centro de referencia de Tsevié en un taller de dos días sobre cómo detectar casos de úlcera de Buruli (UB). Nos enseñaron a distinguir, de manera precoz, los signos de la enfermedad entre la población y a diferenciarla de otras heridas y úlceras. Una parte del taller, consistió en ir al terreno junto con otros 30 ASC y así completé mi formación.

¿Se siente acogido en su comunidad? ¿Acuden a usted?

Mucho. Cada día acuden a mí vecinos y vecinas ante la posibilidad de padecer UB. El caso es que aunque he recibido formación específica en mi comunidad saben que soy agente de salud y acuden a mí para poder recibir información sobre otros muchos problemas. En esos casos obligatoriamente y ya que no soy personal médico, les refiero a los centros de salud que trabajan en estrecha relación con el Hospital de Tsevié, donde está ubicado el centro de referencia de UB para la Región Marítima.

Detectan muchos casos, ¿Es complicado sensibilizar?

Sí, las personas vienen a nosotros con diferentes heridas, sobre todo a partir de 2008. En ocasiones es difícil detectar UB, saber reconocerla frente a otras úlceras, frente a otras enfermedades. Desde que se empezó a fomentar la sensibilización entre la población resultó más sencillo porque las personas acudían antes a nosotros, en cuanto tenían indicios.

Kossi es terapeuta tradicional de Gati, en Tsevie

¿Atiende a muchas personas?

Sí, hay mucha gente que se acerca. Me conocen todas las personas del entorno y vienen a verme para que les dé algún remedio que haga que las enfermedades nos les afecten.

Y entre esas enfermedades por las que viene la gente, ¿está la UB?

Sí, ha habido varios casos de personas que se han acercado por padecer UB u otras lesiones. Y en esos casos lo que hago es reenviarles rápidamente al dispensario, a la posta de salud.

¿Qué opinión le merece la integración de su trabajo con el de los ASC?

Es importante esta integración porque si acude a mí una persona afectada de UB yo no puedo sanarla. Ese caso debe derivarse rápidamente al dispensario médico más próximo o directamente a Tsevie. De este modo, si es UB, el personal médico sabe qué hacer para facilitar su recuperación. Siempre es fundamental trabajar rápido para evitar malformaciones, hay que referir rápidamente.

¿Es una ventaja para la población contar con las dos atenciones?

Por supuesto. Lo fundamental es acudir a los centros sanitarios cuando se padece la enfermedad. No hay que esconderla en casa. Es muy positivo poder recibir las dos atenciones, mantener lo que siempre ha habido y enriquecerlo con la atención médica.

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

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)