



NUESTRO VIAJE POR EL DERECHO A LA SALUD CUMPLE 50 AÑOS.

gracias

POR HACERLO POSIBLE.



SUMARIO

11 ORÍGENES



40 MUNDOS QUE SE TOCAN



79 POR EL FIN DE LA TRATA DE PERSONAS

4. PRÓLOGO

6. INTRODUCCIÓN

8. ANTECEDENTES

Cinco décadas atrás

Viejos tiempos, nuevas campañas

11. ORÍGENES

El Sanatorio y el Capellán

Puesta en marcha: poniendo la casa en orden

17. MÁS ALLÁ DEL AQUÍ

Culión, una isla de esperanza

26. DE VUELTA A BILBAO

Con la sirena a cuestas

Entre las ambulancias, los muebles, las
medicinas y la ropa

31. HACIA NUEVOS MODELOS DE FINANCIACIÓN

Transiciones de calado

Hablemos de personas socias

40. MUNDOS QUE SE TOCAN (1994-1997)

70. ÚLCERA DE BURULI: UN LUGAR COMÚN:

Costa de Marfil, Ghana, Benín y Camerún

79. POR EL FIN DE LA TRATA DE PERSONAS

83. TIEMPOS ADVERSOS

El peor varapalo

86. EN ÁFRICA SUBSAHARIANA

92. HACIA UNA ANESVAD RENOVADA

PRÓLOGO

Cumplir 50 años obliga a una reflexión sobre el camino andado y sobre lo mucho que queda por hacer.

Pero no es éste un ejercicio nuevo para Anesvad, que recientemente ha llevado a cabo un proceso de reflexión que ha dado lugar a un nuevo Modelo de Fundación y a una Nueva Estrategia de Intervención.

La entrada en septiembre de 2013 de un Patronato de nuevo cuño, que tengo la responsabilidad y el honor de presidir, hizo que en Anesvad concurrieran las miradas de un equipo experimentado y comprometido con otras nuevas. Esto facilitó esa reflexión, el repaso del viaje, del camino ya recorrido, de los medios utilizados, del rumbo seguido y la proyección para el futuro.

Anesvad continúa su viaje y, en este mundo cambiante, se reafirma en su compromiso con el Derecho a la Salud, base para el cumplimiento del resto de Derechos Humanos. Asume ese compromiso desde la independencia, la responsabilidad, el diálogo y la colaboración con otros sujetos, la ética y la transparencia y dirigiendo siempre su mirada hacia la transformación social. Lo hacemos, además, aprovechando la gran experiencia acumulada en estas décadas, aprendiendo de las exitosas intervenciones ya desarrolladas para, en definitiva, dedicar nuestros esfuerzos y nuestro trabajo a las poblaciones más empobrecidas, en situación de mayor vulnerabilidad y olvidadas del planeta.

Para este siglo XXI entendemos que nuestra intervención ha de guiarse por principios que garanticen resultados



de impacto relevante – especialización, concentración sectorial y geográfica, colaboración con todo tipo de entidades -, y según el Enfoque basado en Derechos Humanos, con perspectivas de género, discapacidad, interculturalidad y sostenibilidad ambiental y trabajando desde la Atención Primaria en Salud.

Como resultado de esta reflexión, el rumbo del viaje de Anesvad se reorienta. Después de 50 años trabajando en más de 50 países de África, América Latina y Asia para hacer realidad el Derecho a la Salud inherente a todos los seres humanos nazcan donde nazcan, decidimos, por responsabilidad con las necesidades más severas, intervenir en las **Enfermedades Tropicales Desatendidas – ETD -, que afectan a más de 1.000 millones de personas en el mundo, que cada año infectan a más de 500.000 menores y matan a más de 500.000**

personas, estando un 90% de su carga de morbilidad en África. Por ello, conectando plenamente con nuestro trabajo histórico en algunas de estas ETD – lepra y úlcera de Buruli –, ampliamente reconocido por parte de organismos nacionales e internacionales y entidades de cooperación, y respaldados por nuestra presencia en África desde hace más de dos décadas, decidimos centrar toda nuestra intervención en este continente, concretamente en su zona subsahariana, donde estamos desplegando ya intervenciones relevantes en Benín, Togo, Costa de Marfil y Ghana, alineándonos con la hoja de ruta de la Organización Mundial de la Salud respecto a estas enfermedades olvidadas.

Un viaje con buen rumbo no sería tal sin el acompañamiento de tantas y tantas personas sin sus aportes, esfuerzo y trabajo. Anesvad, desde hace 50 años ha contado con la implicación y el compromiso de muchas personas que decidieron trabajar para cambiar una realidad de enfermedad y de necesidad, primero aquí, en nuestro entorno más cercano, para viajar después más lejos, desde Culión en Filipinas, hasta África, Asia y Latinoamérica. **No debemos olvidar, también el ingente trabajo realizado por cerca de 500 organizaciones socias locales y entidades públicas, aliadas de Anesvad en este viaje.** Organizaciones hermanas sin las que nuestro trabajo no habría sido posible.

La Anesvad de hoy es deudora, además, de su base social, cimiento de nuestra existencia y de nuestra capacidad de acción, con la que tenemos vocación de

interacción y participación, pues somos puente entre ella y las personas titulares de derechos a las que servimos.

No puedo olvidar que este libro no podría haber sido una realidad sin la generosidad de decenas de personas que nos han confiado sus testimonios y experiencias. Personas, algunas, con décadas de compromiso a sus espaldas con Anesvad, bien en nuestras oficinas, bien en terreno. **También ha resultado fundamental la labor de recogida de documentación histórica por parte del personal de la organización sin cuya memoria estas líneas no tendrían sentido.** Y por supuesto, sin nuestra base social, cientos de miles de personas que a lo largo de los 50 años de esta organización han confiado en que junto a ella, podían soñar con un mundo mejor.

Nuestro viaje después de medio siglo continúa y no terminará en tanto el Derecho a la Salud no sea una realidad para todas las personas.

Gracias por vuestra compañía, sin la que llevar a cabo nuestra labor sería absolutamente imposible. Os necesitamos para continuar este viaje comprometido y apasionante.



Garbiñe Biurrun Mancisidor.
Presidenta de Anesvad.



anesvad



4-5

INTRODUCCIÓN

ANESVAD CUMPLE 50 AÑOS ESTE 2018.

Medio siglo de andadura lleno de pasos firmes, de pasos menos seguros y de retos constantes. En las páginas que siguen, se pretende hacer un recorrido honesto y transparente por la historia de esta organización; siendo sinceros, es probable que por la cantidad de años que llevamos trabajando, algunos acontecimientos hayan quedado desdibujados. Con los años hemos mejorado nuestro trabajo documental, pero no todo el material se ha podido conservar y sistematizar como nos hubiera gustado. El ejercicio de descripción, en cambio, está hecho desde la más absoluta honestidad y rigor.





Es un recorrido, que, como todas las largas travesías, está repleto de luces y de sombras. Crear un material que sirva como soporte para la memoria exige, precisamente, no solo poner el foco en lo que se ha hecho bien; sino, también, aprender de los errores cometidos para mejorar y, sobre todo, del trabajo realizado, los contextos sociales en los que se llevó a cabo cada actividad, así como en las oportunidades que se abrieron tras ello.

Pero, contar la historia de una organización va más allá de describir sus principales hitos y acciones. Narrar qué es, qué fue y qué pretende ser Anesvad nos obliga a poner el foco en otros términos y conceptos mucho más intangibles, pero tremendamente importantes para entender el día a día del trabajo de la organización. La filosofía desde la que se mueve Anesvad ha cambiado mucho en estas cinco décadas. El mundo de la cooperación nada tiene que ver ya con el que era cuando se fundó, y su

evolución explica bien el paso de la organización de un enfoque próximo a la religión y basado en el asistencialismo, al enfoque de Derechos Humanos que nos mueve en la actualidad. Entender qué motivó estos cambios en la filosofía de Anesvad, cuáles han sido las resistencias y beneficios de esta evolución y cómo se plasman en nuestro trabajo, es en sí la pretensión de este libro.

Al redactar este manuscrito somos conscientes de que muchas cosas quedarán sin contar, pero sería imposible recoger en apenas un centenar de cuartillas todo lo vivido en estas cinco décadas. Queríamos que ésta fuera una publicación fresca, fácil de leer; y, que genere en quien aborde su lectura sentimientos contrapuestos entre sí. Puesto que las contradicciones a superar son, también, lo que nos ha permitido avanzar como organización dedicada a la cooperación internacional. Los sentimientos agrídulces son parte de la historia de Anesvad.

La misión de este libro es ilusionar a los y las lectoras con el proyecto de Anesvad e invitarles a viajar a los lugares en los que realiza su actividad. Que compartan la nostalgia de quienes hicieron la maleta para marcharse de los países en los que Anesvad dejó de desarrollar proyectos. Queremos que se conmuevan al conocer las realidades con las que trabajamos y, que se emocionen al ver y al palpar, las transformaciones que se consiguen en terreno. Que puedan saber las cosas que se hicieron mal y se adentren en su nueva estrategia de intervención. Queremos que el final de esta lectura comprenda una reflexión, una toma de posición sobre los principales retos a los que se enfrenta



anesvad



6-7

el mundo de la cooperación. Este libro es una guía de viaje.

Son doce capítulos que pretenden hacer un recorrido cronológico por los momentos cruciales que han marcado la historia de Anesvad y la genealogía de la organización. Poco a poco, además, se adentra en los secretos de trabajar en el ámbito de la salud a nivel internacional. ¿Por qué el Derecho a la Salud y no cualquier otro marco de acción? Se responderá a esa y otras muchas preguntas más. Pero, para comprender es necesario mirar hacia fuera, al terreno, en donde no sólo se está en contacto con la realidad, sino que a través de las intervenciones en terreno se contribuye a transformarla. Sobre ello también se hablará en este manuscrito. Entender, en cambio, el trabajo de campo sin mirar hacia dentro; a cómo está edificada la casa, se hace arduo. Por ello, se realiza una mirada introspectiva al modelo organizativo de Anesvad. Finalmente, se analizan los retos a futuro, con la vista fijada en un horizonte lleno de posibilidades, a pesar de las fuertes dificultades que plantea el contexto global.

Con esta pequeña introducción queda entregada la invitación para iniciar la lectura de esa guía. Una lectura sin normas, pero con el humilde consejo de que sea realizada con una desde la calma y el interés por saber de una organización que a lo largo de sus 50 años de historia tiene mucho que contar. Esperamos que se mantenga el curso del viaje, por lo menos otro siglo más.



AN TECE DEN TES



Son ya cinco las décadas que Anesvad lleva a sus espaldas. Medio siglo que, como apuntábamos, es difícil de condensar en un pequeño manuscrito. Viajar hasta su origen implica trasladarse hasta el corazón del Bilbao de finales de la década de los 50. Para explicar por qué nació Anesvad y cuál fue el objetivo de sus fundadores, se hace necesario describir la situación que se vivía en esta ciudad, para entender el sentido y la misión que han guiado las primeras décadas de actividad de la organización.

CINCO DÉCADAS ATRÁS

Anesvad echa a andar en un Bilbao fuertemente industrial, en el que grandes fábricas como los Altos

Hornos de Vizcaya demandaban una ingente cantidad de mano de obra; lo que trajo como consecuencia importantes movimientos migratorios del resto del Estado a la ciudad.

Así, muchas familias de otras comunidades autónomas llegaban a la villa a trabajar, con la esperanza de mejorar unas condiciones nada estables de vida en un nuevo lugar.

Un Bilbao, por tanto, muy industrial, en continuo crecimiento y con grandes transformaciones que agudizaba las diferencias sociales y hacían que las necesidades fuesen bien distintas según en qué barrio te encontrases. La vida en esta ciudad se insertaba, además, en un contexto mucho más amplio, el de la aún vigente dictadura franquista. La villa se constituía, también, según el régimen

de valores tradicionales del contexto social en el que se encontraba, que al igual que el catolicismo y los valores cristianos, tenían una fuerte presencia en la identidad de Bilbao.

En este contexto de industrialización, luchas obreras y fuertes desigualdades sociales surgirá Anesvad, con el objetivo de incidir en su ámbito más inmediato, sin una vocación -al menos al inicio- internacional. Como veremos a lo largo del libro, el propio devenir de la organización le llevará, en el transcurso de los años, a atravesar las fronteras de la pequeña ciudad norteña y surcar océanos, para establecerse en otros territorios donde realizar nuevas intervenciones. Viajemos, pues, al frío invierno de 1957 en Bilbao.



anesvad



8-9

VIEJOS TIEMPOS, NUEVAS CAMPAÑAS

Sin ser muy conscientes de ello, antes incluso de fundarse oficialmente Anesvad, ya se pusieron en marcha una de las técnicas comunicacionales y de marketing más avanzadas para transmitir mensajes y darse a conocer. En el centro de la ciudad, en la entonces conocida como Plaza Comandante Velarde (hoy en las inmediaciones de la bilbaína Plaza Nueva), en las navidades de 1957, aparecería un enorme árbol navideño con la palabra Anesvad.

Lo que hoy en día los gurús de la comunicación denominan campañas “de mosqueo” es lo que la todavía protoasociación usaría para darse a conocer. “¿Qué es Anesvad? ¿Por qué un árbol en el corazón de Bilbao? ¿Qué nos están queriendo decir?”, son algunas de las preguntas que se pudieron hacer quienes al pasear observaban el árbol identificativo. La propia prensa indagó y descubriría que, tras estas siglas, se escondía, entre otras, una campaña de recogida de gorras para que personas hospitalizadas pudiesen tomar el sol.

Estos son los antecedentes de una organización que empezaba ya a definir algunas de las líneas identificativas de lo que sería durante sus próximos 50 años de historia. La salud y la dedicación para mejorar las vidas de las personas aparecían ya como el eje principal que marcaría su esencia. Por aquel entonces, todavía no se hablaba de cooperación como tal, ni existía el llamado tercer sector. La ayuda se entendía desde el asistencialismo y desde la caridad católica. También imbuida de esa filosofía nace Anesvad: A Nuestros Enfermos Servimos Viendo A Dios; como en aquellos momentos refería su acrónimo.



“¿Qué es Anesvad? ¿Por qué un árbol en el corazón de Bilbao? ¿Qué nos están queriendo decir?”. Son algunas de las preguntas que se pudieron hacer quienes al pasear observaban el árbol identificativo.



ORÍ GE NES



anesvad

50

10-11

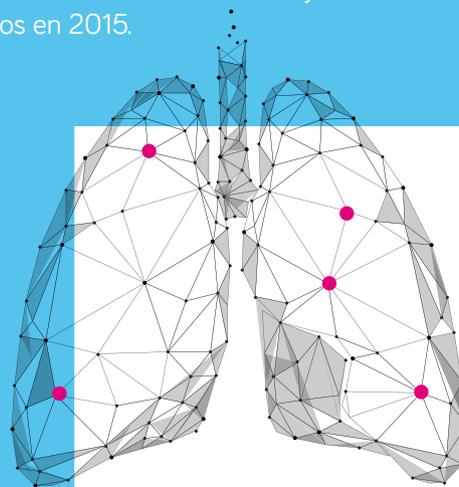
EL SANATORIO Y EL CAPELLÁN

Los orígenes de Anesvad no pueden sino estar vinculados a un nombre propio y a un lugar: Luis María Esparza Magirón y el Sanatorio de Santa Marina. Luis María era el capellán de Santa Marina, y el Sanatorio será el centro neurálgico desde donde impulsará el proyecto que marcará el estreno de la acción comunitaria de Anesvad. No es casualidad la relación con este sanatorio ya que el cofundador de Anesvad, José Luis Gamarra Gamarra, era el hijo del que fuera varios años Director médico de Santa Marina. El trabajo de Anesvad allí consistía en prestar ayuda a las personas enfermas de tuberculosis que se encontraban en este sanatorio y a sus familias; de ahí la vinculación de Anesvad desde bien temprano con la salud.

¿QUÉ ES LA TUBERCULOSIS?

- La tuberculosis es una de las **10 principales causas de mortalidad en el mundo**.
- En 2016, **10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis** y 1,7 millones murieron por esta enfermedad.
- Siete países acaparan el 64% de la mortalidad total: India, Indonesia, China, Filipinas, Pakistán, Nigeria y Sudáfrica.
- Se estima que en 2016 enfermaron de tuberculosis un millón de niños.
- **La tuberculosis multirresistente (TB-MDR)** sigue constituyendo una crisis de salud pública y una amenaza para la seguridad sanitaria.
- Se estima que entre 2000 y 2016 **se salvaron 53 millones de vidas** gracias a la dispensación de servicios de diagnóstico y tratamiento contra la tuberculosis.
- **Acabar para 2030 con la epidemia de tuberculosis** es una de las metas relacionadas con la salud incluidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados en 2015.

Fuente: OMS



El capellán impulsó este proyecto desde el espíritu de servicio a las demás personas de manera desinteresada y vocacional, muy vinculado a los valores cristianos y misioneros. Pasar de un abordaje asistencial de la salud a otro que parte del derecho a acceder a ella, será uno de los principales cambios de filosofía que se irán dando con los años.



¿QUÉ ES PARA ANESVAD LA SALUD?

Según su Modelo de Fundación

La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los derechos humanos y un requisito previo para el desarrollo humano sostenible. Está consagrado en el art. 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y en el art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, según el cual todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. Se trata de un derecho inclusivo que no se limita a la atención sanitaria sino que abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, por lo que derecho se extiende a los factores determinantes de la salud.

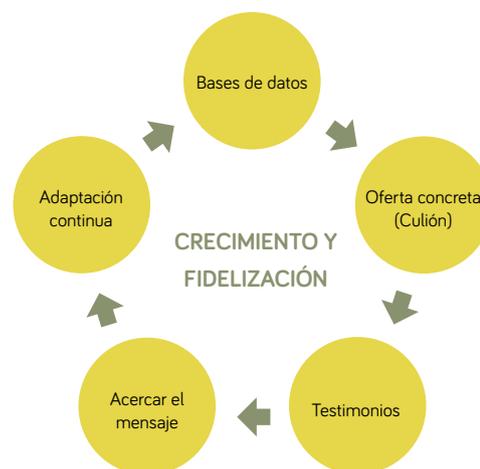
Pero todavía serían necesarias décadas de trayectoria y trabajo en terreno para que Anesvad diese el salto a una perspectiva de Derechos Humanos. La tarea en el Sanatorio era enorme y era todavía más urgente crear e impulsar un grupo que pudiese coger el relevo en el trabajo al capellán ya que sus obligaciones como capellán no le dejaban tiempo para otros asuntos. Así que es ahí donde aparecen algunos de los nombres centrales sin los que no se podría entender la puesta en marcha de la organización: José Luis Gamarra y un grupo de estudiantes de la Universidad de Deusto guiados por Luis María Esparza, crean un movimiento universitario que -de forma voluntaria- impartirá clases de idiomas, cultura y guitarra a las personas enfermas; ampliando y complementando así el trabajo en el Sanatorio. Este grupo será el germen fundacional de lo que hoy conocemos como Anesvad.

Sanatorio de Santa Marina

En el Sanatorio se llegó a atender a 800 familias de personas afectadas por Tuberculosis; tarea que fue posible por la apuesta desinteresada de este grupo de estudiantes; pero, sobre todo, por un apoyo social que en ese momento llegaba ya a las 700 personas. La puesta en marcha de Anesvad como tal, las primeras campañas propagandísticas y los primeros proyectos de campo relacionados directamente con la mejora de la salud, fueron las principales acciones que la organización llevó a cabo al comenzar su andadura ya tal y como la conocemos, en la década de los 60. Unos años de fuerte convulsión política y social en donde conseguir poner en marcha un proyecto humilde, pero con fuertes intenciones de transformación, era una tarea muy ardua.



CLAVES DEL ÉXITO DE ANESVAD EN CAPTACIÓN



- Captar **socios (compromiso)** cuando las dem1s ONGs buscaban donantes.
- **Confianza y credibilidad y trato personalizado** a trav1s de misioneros jesuitas y sus testimonios, de las im1genes y relatos pormenorizados del terreno, env1o de bendiciones papales y la acreditaci3n consular para Filipinas.
- **Ambici3n** por captar: priorizaci3n, riesgo y cuidado de los medios necesarios para tener 1xito.

Acceso a **bases de datos** (cat1logos de colegios, listados de asociados, colegios profesionales, clubes sociales y recreativos, etc.) + **Oferta concreta** (Culi3n)+ Creatividad adecuada al p1blico destinatario / **testimonios** directos del terreno + **acercar el mensaje** (casa, calle, colegios, asociaciones, comercios, antiguos alumnos P. Olaz1bal, personas usuarias de ambulancias, etc.) + **adaptaci3n continua** seg1n resultados y tendencias.



PONIENDO LA CASA EN ORDEN

Ordenar toda esa maraña de inicio fue la siguiente tarea en la que se adentró Anesvad y con la que culminaría la década de los 60. En el año 1968, se inauguraría la primera oficina de la organización en pleno corazón de Bilbao, en la calle Elcano, donde estará hasta 1977.

En estos 50 años, Anesvad se ha mudado varias veces de centro de operaciones, trasladando con ello sus proyectos, su personal, sus formas de trabajar y creando, a su vez, nuevos proyectos en esos lugares, ampliando el personal y reinventando sus dinámicas.

1	1968-1977	Elcano, 33	
2	1977-1990	Alameda Urquijo, 29	
3	1990-2005	Teófilo Guiard, 2	
4	2005-2013	Henao, 29	
5	2013- Actualidad:	General Concha, 28	



Sede en Calle Elcano

Sede en Calle Teófilo Guiard



anesvad

50

14-15

En ese mismo año, 1968, el movimiento creado al albor del Sanatorio tomaría el nombre oficial de Legión Anesvad; formalizándose como Asociación. Esta será la etapa en la que Anesvad irá dibujando su modelo organizativo, con el fin de ser más eficiente, estar bien organizada, y, así, poder incidir en lo realmente importante: mejorar la salud de las personas para las que trabaja.

De este modo, se ideó un nuevo modelo organizativo, que coordinarían las dos primeras personas contratadas por la organización. Ellos fueron las primeras personas en la plantilla de Anesvad. Con los años, el equipo se amplió hasta 30 personas que es el número que compone el equipo en la actualidad, aunque llegó a ser de más de 60.

Ese primer modelo organizativo dividió Anesvad en dos departamentos. Por un lado, el de Acción Social, que a su vez estaba subdividido en Transeúntes y Marginados y Gestiones Burocráticas. Este departamento se encargaría, principalmente, de gestionar la ayuda a las familias de las personas enfermas, así como de elevar su nivel cultural mediante becas. Parte de la ayuda se hacía a través de la gestión de un comedor – Damas Apostólicas – y proporcionando un lugar para

dormir, así como atención sanitaria a quienes no tuviesen un hogar en el que resguardarse, centrándose especialmente en aquellas personas con problemas de alcoholismo. Estas eran algunas de las múltiples acciones que se llevarían a cabo en Acción Social, donde todo el trabajo era reforzado a través de una buena coordinación administrativa, que se encargaba de gestionar todo tipo de permisos, certificados y cartas, además de subsidios y ayudas.

Por el otro lado, estaba el Departamento de Acción Sanitaria, encargado de la atención a las personas enfermas durante todo el proceso de curación, desde la primera atención, traslado e incluso ingresos hospitalarios. Lo hacían a través de dos servicios, el de ambulancias y el de apoyo a la adquisición de medicinas.

Con esta coordinación, aún incipiente pero muy estructurada, Anesvad va reforzando cada vez más su apuesta por la salud, llegando a convertirse en un referente en materia de asistencia sanitaria en el territorio de Bizkaia y, especialmente, en su capital, Bilbao. Anesvad pasaba así de un periodo de puesta en marcha a otro de consolidación.

1. Departamento de Acción Sanitaria

Se ocupa de todos los problemas inherentes al enfermo y su enfermedad. Aunque los números de personas gozan de servicios de la Seguridad Social y asistencia médica, siempre queda un número elevado de personas marginadas, por las razones que sean, y discapacidades.

gárdolos de los medicamentos, estancias en hospitales, sanatorios o clínicas, y de la posterior rehabilitación y adaptación del enfermo.

Dispone de un rotatorio clínico especial para atender al enfermo (cuanta rosa y otras estancias pueden necesitar).



Este Departamento se ocupa del enfermo desde que surge la enfermedad, encargándose de su ingreso en los centros sanitarios y hospitalarios. Propone, en la medida de sus posibilidades, asistencia médica y quirúrgica, ins-

ta, funcionan sus secciones especiales:

- 1.1 Servicio de Urgencias y Ambulancias
- 1.2 Servicio de Medicinas.

2. Departamento de Acción Social

En muchos casos cuando el enfermo está atendido, la familia sufre los efectos de la enfermedad de uno de sus miembros: disminución del tiempo de trabajo por tener que dedicarlo al enfermo, carencia de ingresos, etc., etc. Este Departamento tiene por misión ayudar a la familia, mientras dura la enfermedad, principalmente:

- Mediante prestaciones económicas mensuales, que oscilan de 1.000 a 10.000 pesetas, según los casos. También se abonan todos los tipos de gastos de viaje, estudios, viajes, etc., etc.
- Por medio de becas de comida, a fin de asegurar la alimentación, sobre todo de los niños y los más débiles.
- Con el servicio de asistencia domiciliar, para aquellos casos que los enfermos no pueden ser atendidos por sus familias, o fuera

del hogar, debido a otras circunstancias personales.

— De una forma especial, este Departamento de Acción Social trata de elevar el nivel cultural de los enfermos mediante becas de estudio o exposiciones, cursos y estudios a distancia, etc. que capacitan para un trabajo profesional u oficial, cuando no lo fueran o debían abandonarlo como consecuencia de su enfermedad.

Dentro de este Departamento de Acción Social, funcionan sus secciones especiales:

- 2.1 Transeúntes y Marginados.
- 2.2 Gestiones Burocráticas.



Sobre el servicio de Ambulancias volveremos más adelante y se detallará en más profundidad pues fue una señal de identidad importantísima sin la que no se entendería la esencia de Anesvad en Bilbao.



anesvad

50

16-17

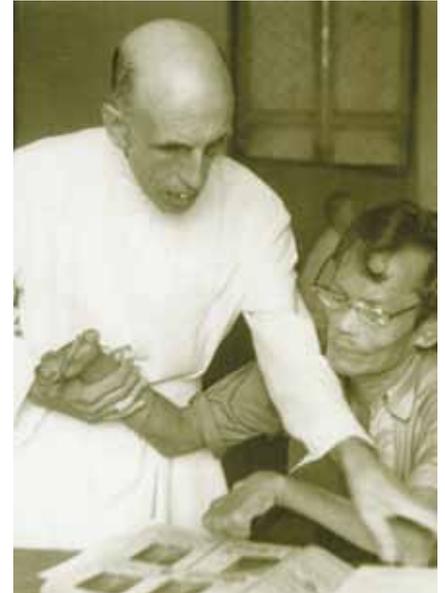
El inicio de la década de los 70 supone para Anesvad el salto internacional; abrir fronteras y mirar más allá de la pequeña Bilbao, con la que, como siempre, seguirá manteniendo un vínculo muy estrecho. De hecho, el servicio de acción sociosanitaria – que se constituye en fusión a los dos existentes hasta la fecha -, por ejemplo, mantendrá la actividad y la vinculación local hasta febrero de 2017 cuando dejará definitivamente de funcionar.

Hablar, por lo tanto, de la historia de Anesvad requiere viajar hasta su primer destino internacional, Culión, en Filipinas. El trabajo y vinculación a la entonces conocida como leprosería hoy llamadas colonias de personas afectadas por lepra, de este lugar fue y es una de las principales señas de identidad de la organización. Mientras tanto, Anesvad siguió manteniendo su vínculo con Bizkaia, ofreciendo un servicio gratuito de ambulancias hasta el final de la década de los 80.

CULIÓN, LA ISLA DE LA ESPERANZA

Culión es una isla perteneciente al grupo de las Calamianes y situada al suroeste de Manila (Filipinas) en pleno Océano Pacífico. Con más de 14.000 habitantes, fue conocida durante mucho tiempo como la “Isla de los muertos vivientes”, pues se convirtió en la mayor “leprosería” del mundo.

Desde principios del siglo XX, desembarcaban en la isla grupos de personas enfermas de lepra; aumentando así de manera vertiginosa la población afectada por la enfermedad. Tal era el peregrinaje a esta isla que quién era diagnosticado de lepra en Filipinas era directamente enviado allí, llegándose a superar la cifra de 16.000 internos.

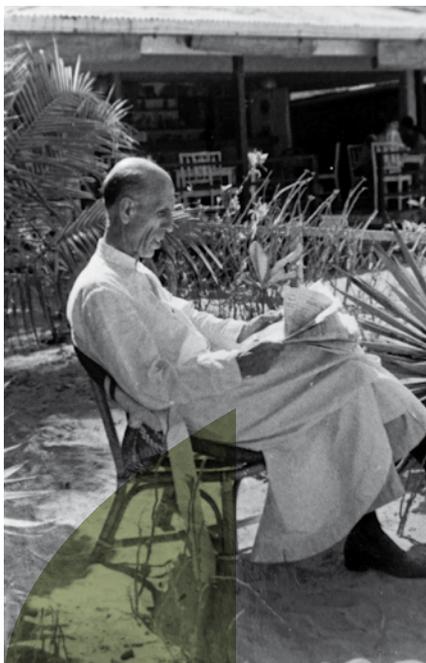


¿Cómo, por qué y para qué llega Anesvad hasta allí?

La relación de Anesvad con Culión está estrechamente vinculada al Padre Javier Olazábal, jesuita que vivió en isla e informó de la situación en el terreno a través de múltiples misivas. José Luis Gamarra había tenido relación con el Padre Olazábal cuando éste se encontraba viviendo en Bilbao ya que en una ocasión acudió hasta él, en la Universidad de Deusto, pidiéndole que le hiciese de traductor al portugués con unos chicos que necesitaban su ayuda. Desde entonces se fraguó una profunda amistad entre ambos.

En 1972, Anesvad se hará cargo de la Procura de la leprosería de Culión, asentándose así en la isla y comenzando una misión conjunta de trabajo en coordinación con los jesuitas ya presentes allí, entre los que se encontraba el Padre Olazábal, impulsor de la ayuda a las personas enfermas y del desarrollo local.

Anesvad mantuvo sus proyectos en Culión hasta 2008 desarrollando una



El Padre Olazábal nace en 1909 y muere en 1988. Pertenecía a la orden jesuita y fue misionero en la leprosería de Culión. Estudió Derecho en la Universidad de Deusto y, una vez finalizado los estudios ingresa en la Compañía de Jesús. A través de un compañero recibe noticias de la isla de Culión a la que años más tarde se trasladara, pues por entonces se encontraba dando clases y realizando su doctorado.

Su vida la pasa en la isla de Culión en donde la dedica al cuidado de personas enfermas de lepra. Muere en la isla donde es muy querido.

labor de décadas, que ayudó a mejorar las condiciones de vida de quienes habitaban la isla. Veinte años antes fallecería el Padre Olazábal, el vínculo central y directo de Anesvad con esta isla, conmocionando a los habitantes de la isla, a los miembros de la asociación, y también a la base social de Anesvad, pues, como veremos más adelante, el Padre Olazábal mantenía un vínculo muy estrecho con los y las socias de la organización a través de cartas que escribía de su puño y letra. En su honor y ante las múltiples llamadas de socios y socias mostrando sus condolencias, Anesvad editará un número especial de su revista para comunicar su fallecimiento y homenajearlo.

Pero antes de que esto sucediera, en Culión pasaron múltiples cosas en lo que tiene que ver con la enfermedad de la lepra. Gracias al avance y eficacia de los nuevos tratamientos que iban surgiendo, las propias autoridades rebajaron algunas de las restricciones que tenían que soportar las personas enfermas, como por ejemplo la de no poder contraer



anesvad



18-19

matrimonio entre pacientes. Fue en 1988 cuando el gobierno filipino declaró la isla como lugar libre de lepra, aunque todavía había mucho trabajo que hacer, y por ello Anesvad decidió seguir en terreno.

En una primera fase en la isla, Anesvad dedicó parte de sus esfuerzos en financiar el trabajo apostólico y social que los capellanes hacían en el municipio. Así, mantuvo el Convento y la Iglesia y financió el Colegio Loyola concebido como lugar en el que pudiesen estudiar los hijos/as de las personas afectadas.

Mientras, en el Estado Español, se realizaron campañas de sensibilización con el objetivo dar a conocer esta enfermedad, así como iniciativas destinadas a la captación de fondos entre socias y socios que permitiesen aumentar la base económica y acometer así mejores reformas en el municipio.

En una segunda y tercera fase en la isla, Anesvad implementó tres líneas de trabajo, mucho más completas que las incursiones de la primera fase, y que transformaron de lleno el devenir del lugar.

La primera de las líneas estaba centrada en la atención sanitaria con la puesta en marcha de dos de sus intervenciones centradas en dos aspectos básicos del manejo de la lepra: su diagnóstico precoz y su tratamiento.

- **Multi Drug Therapy MDT Tratamiento Multimedicamentoso (1987)**

- **Enzyme Linked Immune Sorbent Assay ELISA Prueba de Conexiones Enzimáticas Inmunoabsorbentes (1990)**

MULTI DRUG THERAPY (MDT):

Tratamiento eficiente de cura contra la lepra que consta de dos tipos de tratamiento dependiendo de la tipología de lepra que se presente. Es un tratamiento recomendado por la OMS desde 1981 y gratuito desde 1995. Anesvad financiará a través de este programa el personal sanitario, medicinas y alimentación. En el caso de la alimentación esta fue una apuesta fuerte de Anesvad ya que, paralelamente, se habilitó un comedor específico y un procedimiento de control individualizado del suministro de la alimentación. La dieta y la nutrición adecuada contribuyen, sin duda, a cualquier proceso de curación.

ENZYME LINKED IMMUNO SORBENT ASSAY (ELISA):

Un test diagnóstico clave en la lucha contra el VIH/sida y la Hepatitis, también eficiente en el diagnóstico de la lepra. A través de este programa se consiguen detectar y confirmar los casos de lepra en una fase precoz, antes de que aparezcan los primeros signos y síntomas. Anesvad tratará con este programa a toda la población "sana" de Culión, poniendo el foco sobre todo en niños/as.

La segunda de las líneas de trabajo de Anesvad en la isla estará centrada en desarrollar programas de rehabilitación socio-económica como el denominado SERA Socio-Economic Rehabilitation Assistance, que tenía como objetivo aportar a los pacientes una fuente de ingresos que les permitiese sostener sus vidas. Así, se creó una fábrica de zapatos, centrada en la fabricación de sandalias ortopédicas, un taller de cestas, una fábrica de muebles de madera y unas salinas.

Finalmente, la tercera de las líneas de trabajo se llevó a cabo a través de la implementación de programas de empoderamiento comunitario y familiar. En este sentido, se creó un sistema de suministro de medicamentos a través de un dispensario que permitía hacerlos llegar de forma más eficientemente a la comunidad. También se pusieron en marcha programas agrícolas pensados para cultivar la tierra a través de la financiación por parte de Anesvad de materiales, excavación de pozos de agua o la creación de una panadería.

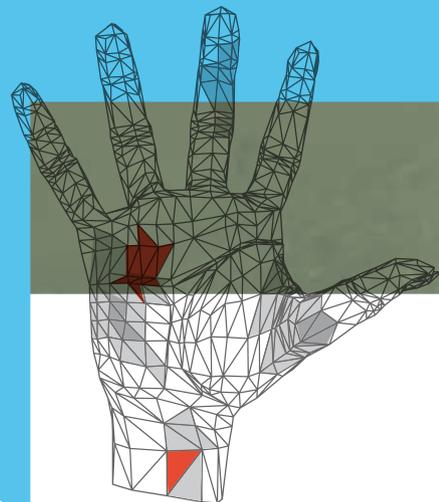


¿Sabías que, en 1988, Anesvad llevó el tratamiento MUT hasta Vietnam, Ecuador y Myanmar?

¿QUÉ ES LA LEPROA?

- Es una enfermedad infecciosa y crónica. **Es la menos infecciosa de las enfermedades transmisibles:** ¡el catarro común es más contagioso!
- La causa la bacteria *Mycobacterium leprae*.
- Anualmente se detectan de media a nivel global **200.000 casos**.
- **La vía de transmisión no está confirmada.** Se sospecha que es respiratoria.
- **Su incubación es muy lenta** (hasta 5 años). Aparición de los síntomas hasta 20 años.
- Afecta a la piel, nervios, mucosa del tracto respiratorio superior y ojos.
- **Tratamiento antibiótico efectivo y gratuito desde 1995.**
- **Es curable en el 100% de los casos,** aunque deja discapacidades y secuelas sino se trata a tiempo.

Fuente: OMS



“EL MIEDO E IGNORANCIA EN TORNO A LA LEPRO ES ENORME”

La Doctora Shilpa planta cara diariamente a la lepra atendiendo a centenares de personas afectadas.

La identificación temprana de nuevos casos y la continuidad en el tratamiento de los pacientes es la clave para seguir combatiendo esta enfermedad en zonas endémicas, como la India.



¿Cuántos años llevas trabajando con ALERT contra la lepra?

Cuatro años y cuatro meses, desde Mayo de 2014. Estudié un MBA de Healthcare Management.

¿Por qué empezaste a trabajar contra esta enfermedad?

Siempre tuve el interés por trabajar en el sector social, y sentía especial preferencia por el sector de las ONGs. Quería aportar algo a la sociedad por todo lo que ella me había dado, y tenía claro que quería trabajar para apoyar la solidaridad. Mi primera impresión sobre la lepra es que no existía. De hecho el Gobierno Indio la consideraba eliminada. Sin embargo, tuve la oportunidad de ponerme en contacto con Antony Samy, Director de ALERT-India, al cual conocí a través de un amigo que conocía esta organización, y él simplemente me habló de la enfermedad y me dijo “ven a verla y decide”. Su discurso fue muy alentador y le hice caso. Fui a ver la enfermedad y rápidamente me dije, “aquí es donde tengo que trabajar”.

Como yo -aunque en India mucha gente padece la enfermedad-, muchas personas no saben de su existencia, por el énfasis del gobierno por invisibilizarla, y por la actitud de muchas de las personas que la sufren por ocultarla y no decir en público que la padecen, miran hacia otro lado y no quieren darse cuenta de lo que les está pasando.

El miedo e ignorancia que existe en torno a esta enfermedad es enorme, y la socialización de la misma sigue siendo uno de los grandes retos. El tratamiento de 12 meses parece

Tienen miedo de infectar a su familia, y eso hace que se sientan inseguros y con mucho miedo, lo cual les lleva a esconderse.

sencillo, pero conseguir que en algún momento no lo abandonen ya es por sí mismo una gran dificultad. No están acostumbrados a medicarse y esto supone una incomodidad. Si conseguimos hacerles ver que la enfermedad con tratamiento tiene cura, y que eso exige que tienen que implicarse, ya hay mucho terreno ganado.

En muchas ocasiones lo más importante que debemos hacer es aclarar dudas y conseguir aumentar la seguridad en sí mismos. Tienen miedo de infectar a su familia, y eso hace que se sientan inseguros y con mucho miedo, lo cual les lleva a esconderse, y como consecuencia, no hace sino dificultar la identificación de casos para el correcto tratamiento, y complica la detención de la enfermedad.

Pacientes en áreas rurales son echados literalmente de sus casas, es por eso que es imprescindible igualmente sensibilizar y crear conciencia en sus familias y contextos acerca de en qué consiste exactamente esta enfermedad: ¡¡Esta enfermedad tiene cura si se trata!!

¿Cuáles son los grandes retos a los que os enfrentáis?

Hay dos grandes retos, evitar que los pacientes no abandonen el tratamiento cuando han empezado, y en última instancia, evitar las malformaciones.

¿Cómo crees que ha evolucionado la enfermedad?

En general se ve que va decreciendo en zonas urbanas, y quizás se incremente levemente en zonas rurales. Queda importante trabajo por hacer allí, y la migración de la población también es una dificultad, porque hay estados en los que hay mayor prevalencia de la enfermedad (Uttar Pradesh, junto a Nepal) y cuando vienen a Maharashtra pueden contagiar a personas si no se les identifica a

tiempo.

¿Puedes ver el resultado de tu trabajo en los pacientes que tratas?

No hay nada que me haga más feliz que la sonrisa de un paciente...

Los/las pacientes a veces vienen y lloran durante largo tiempo. De pronto se dan cuenta y son conscientes de los que les está pasando y tienen mil preguntas en la cabeza. La primera visita de las personas enfermas es muy muy importante. Ahí tenemos que consolarles y serenarles, una vez lo hemos conseguido pueden ir ganando confianza poco a poco y de esa forma no abandonarán el tratamiento.

Nuestro trabajo, más allá del tratamiento médico, tiene mucho de terapéutico, tiene un gran componente de ayuda psicológica. Hay que hacer entender a los pacientes que lo importante es eliminar la bacteria que tienen en el organismo, a veces ellos/ellas solo ven las lesiones físicas y les dan mucha más importancia que a lo que hay detrás. Imagina una adolescente que espera poder casarse en breve, y de pronto tiene una pequeña mancha en el rostro... no ve más allá de los enormes problemas que esa lesión puede causarle en su día a día, cuando en realidad lo que hay que hacer es eliminar la bacteria, y hacerle ver que la mancha no tiene más importancia (aunque tardará en desaparecer muchos años).

¿Sigue existiendo mucho estigma alrededor de la lepra?

El estigma que sufre esta enfermedad está todavía vigente,

“EL MIEDO E IGNORANCIA EN TORNO A LA LEPRO ES ENORME”



pero sí vemos que se han conseguido buenos resultados al respecto. Esto está cambiando y sentimos que cada vez la enfermedad está más y más aceptada.

¿Qué es lo que más valoras de trabajar para la lepra?

Muchas veces vemos pacientes completamente hundidos, que han perdido la confianza por completo. Tenemos que hacerles ver que la lepra no mata, pero los miedos que ella te genera te van matando poco a poco cada día. En cuanto ves a una persona que aprende a convivir con la enfermedad, que decide luchar proactivamente contra ella, siento una enorme felicidad y satisfacción.

¿Y qué es lo peor?

Lo peor es que pese al gran trabajo que se está realizando, todavía queda muchísimo por hacer. No queremos volver a la situación que se vivió en torno a esta enfermedad en el pasado, no queremos tener esta consulta llena de gente haciendo cola y apenas poder atenderles. Eso sería muy duro y triste. No podemos “limpiar” Maharashtra de esta enfermedad, pero el proceso está en marcha y no hay descanso, hay que seguir controlando incansablemente la lepra, evitando malformaciones, identificándola a tiempo y tratándola adecuadamente.

La lepra no mata, pero los miedos que ella te genera te van matando poco a poco cada día.





DE VUEL TAA BIL BAO

A pesar de poner una parte muy importante de sus esfuerzos en el continente asiático, durante la década de los 70 Anesvad siguió desarrollando proyectos sociales en Bilbao. Estos proyectos, basados en la incidencia directa, iban mucho más allá de la ampliación de la base social y de la mera captación de socios para asegurar el trabajo en terreno.

DÉCADA DE LOS 70

El final de la década los 70 es, también, una etapa muy convulsa en términos políticos, para una España que veía cómo el régimen franquista se debilitaba, pero la que no tenía grandes certidumbres de hacia dónde iba a virar su rumbo. Una época alejada todavía de los cimientos de un estado del bienestar que costaría construir y en la que todavía el acceso a la salud no era universal ni se concebía como un derecho.



Primeras ambulancias de Anesvad

CON LA SIRENA A CUESTAS

En este sentido, al igual que hablar de Anesvad sin hablar de Culión no tiene sentido, en el Bilbao de los setenta, la organización era muy conocida por su servicio de ambulancias, que durante décadas funcionó en Bizkaia. En 1975, la Caja de Ahorros Municipal de Bilbao realizaría la donación de una ambulancia a Anesvad, con la cual se recorrería todas las ciudades del Estado, sensibilizando y concienciando de la trascendencia de la salud, y, sobre todo, de la importancia de garantizar el acceso a ella de las personas con menos recursos.



Este será el antecedente que permitirá a Anesvad ver en la gestión de las ambulancias una línea de trabajo que contribuya a la mejora urgente de la atención sanitaria. Aunque será un año después cuando se establezca el servicio gratuito de ambulancias, que estará operativo las 24 horas del día. En 1978, viendo el éxito y necesidad real de este servicio, se adquirirá una segunda ambulancia y en 1981 se hará lo propio con una tercera. Será dos años después, en 1983, cuando se incorpore la cuarta y última ambulancia a la flota; año en el que, por cierto, se jubilará a la primera de ellas, dada su antigüedad.

El año 1983, no será un año cualquiera para Bizkaia, pues en este año, en la misma semana en que se celebraban las fiestas de la capital, unas fuertes inundaciones colapsaron la ciudad en la que ha sido la mayor catástrofe de su historia. Anesvad participará con sus ambulancias en los trabajos de rescate. Dos años después, en 1985, otro acontecimiento trágico volvió a golpear Bizkaia, en esta ocasión en el Monte Oiz, donde un accidente aéreo provocó la muerte de 141 pasajeros y 7 tripulantes que viajaban a bordo de un avión Boeing 727. De nuevo, la organización contribuyó en las tareas de ayuda y rescate de las personas heridas y fallecidas.

Tras varios años recorriendo de un lado a otro por todo el territorio vizcaíno, Anesvad da por finalizada su etapa de ambulancias, con la desaparición de su servicio en el año 1989. Durante el periodo en que estaba en marcha, Anesvad, paralelamente, llevará a cabo varias campañas de incidencia a nivel local, así como de apertura internacional, y seguirá consolidando su base de donantes, ahora además con nuevas fórmulas de captación de base social.

ENTRE LAS AMBULANCIAS, LOS MUEBLES, LAS MEDICINAS Y LA ROPA

Como se apuntaba al principio, las décadas de los 70, 80 y 90 fueron centrales en la consolidación y construcción de Anesvad como organización. Con varios proyectos fuertes y ya con cierto recorrido, la organización fue estableciendo el andamiaje que le faltaba. Que el Día Anesvad, que se celebraba anualmente desde 1970 hasta 1988, ya fuera conocido da buena cuenta del arraigo de esta asociación en Bilbao; pero era necesario ampliar miras, llegar a más partes del país y profundizar en el modelo de financiación.

No es posible, pues son muchísimas, contar cada una de las acciones realizadas por Anesvad durante sus primeros treinta años, así como enumerar uno a uno los cambios que se produjeron. Por ello, en las siguientes líneas resumiremos los principales acontecimientos que, además del servicio de



ambulancias y la “leprosería” Culión, marcaron la existencia de Anesvad en estas tres décadas. Como no, también abordaremos el inusual modelo de financiación que ha permitido a la asociación capear los fuertes temporales a los que en los últimos años se ha enfrentado el sector, para entrar más profundamente en los proyectos en terrero que se fueron abriendo y que han llegado a abarcar alrededor de 55 países.



En el inicio de la década de los 70, más concretamente en 1973, Anesvad pondrá el foco en las medicinas y en el valor de garantizar el acceso a éstas para el cuidado y curación de las personas enfermas. La organización llevará a cabo una campaña a través del envío de cartas y circulares a todas las farmacias, y clínicas, así como a personal médico y de enfermería de todo el territorio vizcaíno y de laboratorios de todo el país; a los que demandará más implicación, materializada en la donación de medicinas para repartir entre las personas más necesitadas.

Paralelamente a la recogida de medicinas, se realizaron también campañas de recogida de ropa, muebles y otros enseres, con el fin de contribuir a una mejora de las condiciones de habitabilidad y mantenimiento de las personas enfermas a las que la asociación atiende, y también de sus familias.

Las donaciones, por entonces ya eran múltiples y ante la avalancha de solidaridad en el mismo año en que se inicia la recogida de material, en 1976, se ve la necesidad de comprar un local que haga las funciones de

guarda muebles y también de sede de la asociación. Así, Anesvad se trasladará a la que será ya su segunda sede al número 78 de la calle Alameda de Urquijo donde quedará hasta 1990.

Para ver en qué lugares han estado ubicadas las sedes de Anesvad ve a la página 15.



anesvad

El volumen de trabajo, así como la capacidad de acción y el apoyo social a Anesvad, cada vez serán mayores, así que para poder llegar a todo de forma cuidada y eficaz, junto con el cambio de sede, se realizarán dos nuevas contrataciones, dos asistentes sociales que se encargarán de la atención directa de las personas enfermas en Bizkaia. El nuevo personal de Anesvad dedicaría su jornada laboral a acudir a los domicilios de las personas enfermas, visitarles y hacerles compañía. Además, gracias al programa de medicinas que ya llevaba tiempo en marcha, podrán repartirles sus medicamentos de forma gratuita en sus hogares, así como ayudarles a tramitar las ayudas a su alcance.

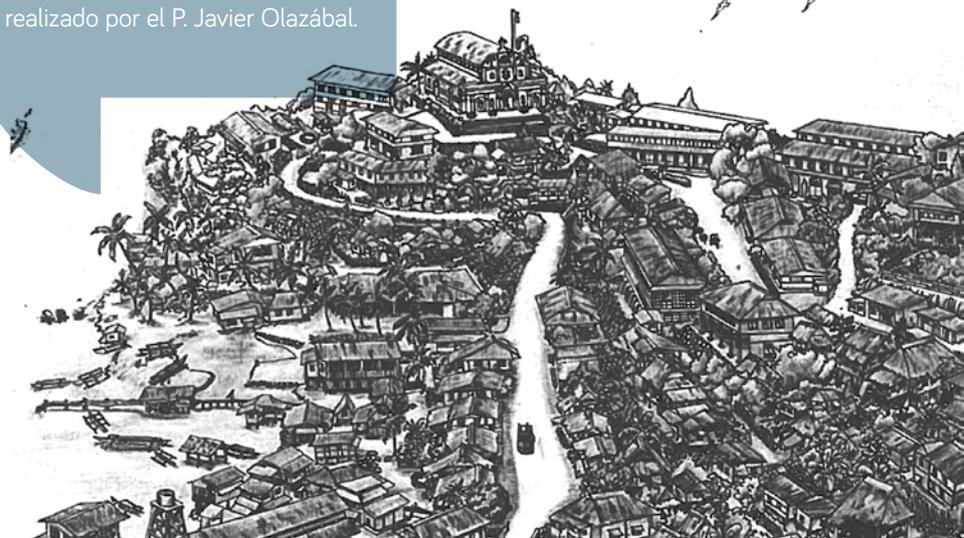
Este trabajo, junto al realizado en la leprosería de Culiión o el servicio de ambulancias será, entre otras cosas, lo que llevará al Consejo de Ministros a reconocer a Anesvad como asociación de Utilidad Pública; estatus que recibió en 1975; año, en el que, por cierto, el rumbo político del país cambiaba por completo, dándose por finalizada oficialmente la

dictadura tras la muerte ese mismo año de Francisco Franco. Además de este importante reconocimiento, dos años después, en 1977, el entonces Ministro de Trabajo concederá a Anesvad el ingreso en la Orden Civil de Beneficencia con el Distintivo Morado y Blanco y la categoría de Cruz de Primera Clase.

Las cosas cambiaban a una velocidad vertiginosa a nivel social tanto, como para la propia Anesvad. En el primer año sin Franco, en 1976, la asociación contaba ya con 5.808 socios y socias y con un total de 1.182

colaboradores. Además, ya había oficializado el nombre de Anesvad, pues, hasta 1971, todavía en escritos administrativos su nombre oficial era Legión Anesvad. Ese nombre queda en el pasado y se adopta el definitivo, junto con un logotipo mucho más moderno, diseñado específicamente para esta nueva etapa. La organización ya estaba completamente preparada para iniciar una nueva fase mucho más expansiva, en una andadura que ya tenía sobre sus espaldas casi dos décadas de historia y proyectos.

Dibujo de la Leprosería de Culiión realizado por el P. Javier Olazábal.





DÉCADA DE LOS 80

El apoyo y la consolidación de una asociación que había echado a andar entre cuatro amigos al albor de un sanatorio había convertido a Anesvad, en el inicio de la década de los 80, en una de las referencias más importantes en materia asistencial y de salud en Bizkaia.

Si en la década anterior había renovado su imagen corporativa, aumentado sus socios y realizado varias campañas de recogida de materiales y enseres, en la década de los 80 la actividad de la organización se centró, especialmente, en llegar a nuevos lugares hasta ahora ignotos para las asociaciones dedicadas a la asistencia social. Llegar a nuevos lugares implicaba, sin duda, la ampliación de sus fuentes de financiación y seguir poniendo el foco, esta vez con una mayor eficacia, en una forma de recaudación que no sólo permitiese conseguir los fondos necesarios para los proyectos, sino la implicación de quienes los donaban en la misión, visión y valores de la organización.

Todo este esfuerzo es visible en las

diferentes acciones que se llevan a cabo durante estos años en Bizkaia. Así, en 1980 se instala una Sala de Bingo en Bilbao con la colaboración de la Sociedad de Servicios SHIP y con la aprobación de la Comisión Nacional del Juego. ¿Y, por qué una sala de bingo? Esta fue la primera técnica ingeniosa y particular de conseguir financiación para el desarrollo de los proyectos que Anesvad tenía en marcha, ya que una parte de los beneficios de la sala fueron directamente a la hucha de la organización. Sería la primera experiencia novedosa de muchas más, que, como veremos después, se implementarán de forma estable y pasarán a ser parte del proceder de Anesvad.

Ya años antes, se había experimentado con diferentes modelos de recaudación de fondos, como la instalación de huchas en 1970 o la realización de una tómbola en todo Bizkaia también ese mismo año. Esa rifa fue rudimentaria y se sorteó un televisor Grundig

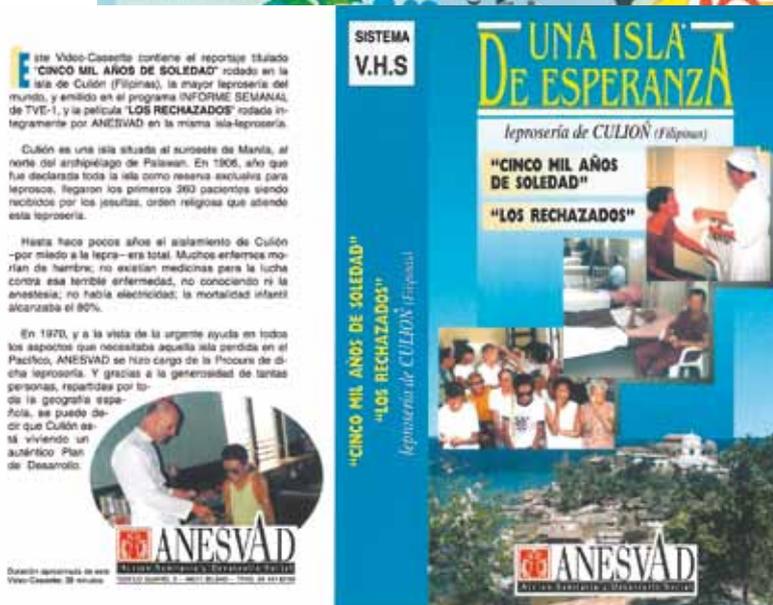
por el donativo de 20 pesetas. Años después, la propia Anesvad participaría en la Lotería Nacional, estampando su sello y mensaje sobre la realidad de la lepra en los boletos de su sorteo principal, el sorteo de Navidad.



Fuera del País Vasco, mientras tanto, se seguían consolidando proyectos como la lucha contra la lepra en Culión, y las posibilidades que abría el nuevo modelo de donativos y socios, permitía empezar a mirar también hacia nuevos lugares; ampliando así las fronteras de la organización.

Pero la década de los 80 fue larga, y todavía quedaban cosas que hacer en el territorio vizcaíno que

posibilitaran emprender una travesía de tal calado, así que desde 1982 hasta 1988, por ejemplo, Anesvad instaló mesas petitorias en diferentes puntos estratégicos de Bilbao. A través de ellos, se daba a conocer la labor de la entidad, se captaban nuevos socios, y, en ocasiones, también se recogían materiales que después se distribuían en los diferentes proyectos en curso. Estos puntos fueron posibles gracias a la colaboración de grandes almacenes, entidades bancarias y otras asociaciones que se implicaron de lleno en la campaña. Al comprobar la eficacia e interés que suscitaban este tipo de campañas, Anesvad optó por implementarlas también en días puntuales como el Día de la Caridad o el día del Corpus Christi.

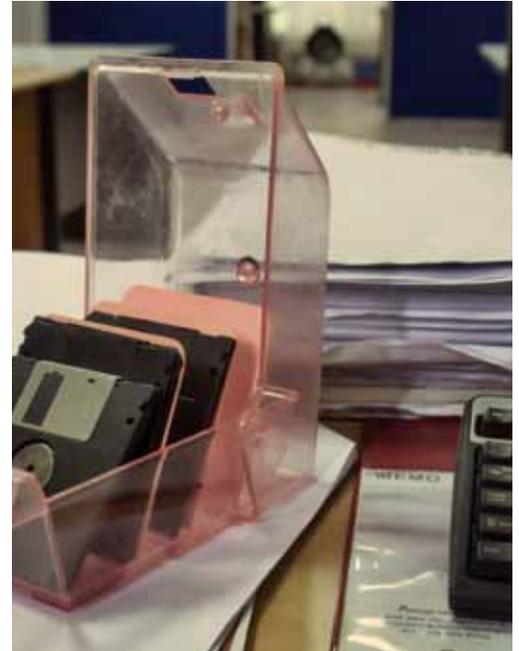


Transiciones de calado

Paralelamente, Anesvad va amoldándose a cambios organizativos importantes, que le irán haciendo virar poco a poco hacia el tercer sector, sin alejarse todavía de ese carácter asistencialista y religioso en el que se fundó. Un viraje lento pero consistente, que le llevaría con los años hacia una cooperación entendida desde un enfoque de defensa y promoción de los Derechos Humanos.

En esos años, además, se empiezan a mecanizar algunos procesos de trabajo en las oficinas de la asociación; redistribuyendo con ello en parte el capital en el equipo y colectivizando el trabajo; pasando poco a poco de un modelo muy personalista a otro más propio del mundo asociativo, mucho más descentralizado. Un claro ejemplo de ello es la ampliación de sus campañas de socios puerta a puerta al conjunto de la Comunidad Autónoma Vasca. Otro ejemplo que muestra esta lenta, pero firme, transición es el ingreso en la Coordinadora ONG para el Desarrollo-España. En 1987; aunque no será hasta la década de los 90 cuando podamos ver indicios de esa apuesta inequívoca de Anesvad hacia el enfoque de Derechos Humanos y de Derecho a la Salud, y de su transición.

La década de los 80, finaliza con la extensión de su trabajo de sensibilización y captación a otras provincias con el objetivo de divulgar el trabajo de Anesvad, sensibilizar en materia de salud y captar nuevos socios/as. Se llega, de este modo, a colegios de Navarra, Logroño y Zaragoza; y, más tarde a Madrid, Barcelona, Tarragona, Oviedo y Córdoba. En estos colegios se visionarán varios de los documentales realizados por Anesvad y sensibilizará a su alumnado. Si la década de los 70 ayudó a su consolidación en Bizkaia, en los 80, en cambio, Anesvad ya era una organización de referencia en todo el Estado.



Como curiosidad:

En la década de los 80, más concretamente en 1982 se instaló el primer ordenador en la oficina de Anesvad. Hasta entonces todo el trabajo era realizado a mano.

HABLEMOS DE PERSONAS SOCIAS



Como se viene remarcando una y otra vez en el transcurso de este volumen, una de las claves del éxito de Anesvad está en su particular sistema de financiación. Si bien a lo largo de las décadas se han ido incorporando fórmulas nuevas, más modernas y sistematizadas, es cierto

que, en su esencia, se ha mantenido un mismo modelo de financiación en el cual la característica estrella ha sido la apuesta por la captación de nuevos socios y socias.

Hablar de financiación y del modelo de gestión de cualquier organización puede parecer denso y hasta, incluso, aburrido, pero es tremendamente trascendental para entender después la capacidad para desarrollar proyectos con independencia.

Anesvad se diferenciará desde el inicio de otras organizaciones similares en su compromiso por la captación de base social, en lugar de la mera búsqueda de donantes. Un matiz que puede parecer únicamente terminológico, pero que va mucho más allá. Esta concepción implica tratar de conseguir no donaciones que lleguen a cada proyecto en concreto, sino acudir hasta quién pueda apoyar cada proyecto en conjunto y concreto de Anesvad. Una vez que se ha llegado hasta estas personas, se



anesvad



34-35



trabaja en dar a conocer la esencia y valores de la organización y se le hace sentir parte de ella para, finalmente, conseguir una apuesta firme por esta, a través de una aportación económica. Son los socios y socias quienes constituyen los fundamentos de Anesvad.

Este sistema se viene implementando desde los inicios. Así, en la década de los 70 se llevarán

a cabo campañas exclusivas de captación de base social; acudiendo puerta a puerta hasta muchos hogares de Bilbao. Un trabajo de hormiga, que se refuerza con cercanía y un trato personalizado.

Esa cercanía y trato prácticamente individualizado se reforzará a través del envío de cartas escritas a mano por quienes trabajaban en terreno, como fue el caso del Padre Olazábal, en ellas se daba buena cuenta de la realidad de Culión y de los quehaceres diarios en la isla.

El envío de misivas desde Culión es solo unos de los muchos ejemplos. En 1981, además de las ya mencionadas, se llevó a cabo una campaña de correo directo que llegó a más de 100.000 familias, con la que se pretendía llegar a nuevos socios/as. Dos estrategias de marketing, la de la fidelización y cuidado de los socios/as ya existentes; y, la de la captación de nuevos socios/as a través de técnicas cercanas y directas que fueron, sin duda, pioneras en el sector.

En septiembre del 82, además, se

puso en marcha una estrategia de captación de fondos finalistas que se repetiría cada año y que estaba pensada para aplicarse a proyectos concretos. También este mismo año se llevaría a cabo otra campaña, esta vez centrada en un pequeño aumento de cuota a los/as socios/as ya adscritos, que se mantendría durante los tres siguientes años.

El punto de inflexión en lo que a las campañas de captación de socios/as refiere será también en esta misma década, concretamente en el año 1985 donde se optará por una nueva estrategia de captación de socios/as ejecutada por la Agencia PDM Marketing y Publicidad Directa. Gerardo Sebrango, socio fundador señalaba que en Anesvad, se hacían las cosas de una manera más avanzada que como se hacía en otras organizaciones. Había talento intuitivo. Un ejemplo son las cartas manuscritas del Padre Olazábal, que eran acciones innovadoras para la época.

Anesvad dejará ahora en manos de empresas de publicidad el diseño



INVITA A TU GENTE A PASAR A LA ACCIÓN

Con lo difícil podemos ser más. Conéctate a los familiares, amigos y gente cercana
 tu fuente de un mundo donde todos los personas disfrutan del Derecho a la Salud como
 pertenencia básica de una vida digna. Invítalos a acompañarte y a apoyar juntos nuestros
 proyectos. No espere más. Solo tiene que comunicarse a través el botón que encontrará
 junto a la tarifa de esta revista. ¡Gracias por lo bueno!


 Seguimos creyendo que es posible

de las campañas de captación; dando de este modo el salto al marketing social. Durante los primeros años esta nueva estrategia le reportará excelentes resultados, pero tras algunas críticas y una fase de remodelación organizativa, se decide en 2006 dar por finalizada esta forma de trabajo por su escasa rentabilidad. Aun así, las campañas publicitarias de Anesvad han sido muy conocidas y no han dejado indiferente a nadie; pues esta fue una de las primeras organizaciones en lanzar campañas masivas de captación de fondos con la ayuda de agencias publicitarias. Esto fue en 1979 donde las campañas masivas eran de menor calado, pero, desde entonces han venido muchas más con un impacto mucho mayor.

La fórmula de captación de personas socias es una de las claves del éxito de Anesvad; la que, entre otras cosas, le ha permitido capear el difícil temporal por el que han tenido que pasar las organizaciones del tercer sector a consecuencia de la crisis económica global. Un modelo de financiación que, como se puede leer en los documentos internos de Anesvad, está basado, en primer lugar, en la confianza y credibilidad demostrable en la negativa a ceder sus bases a terceros. En segundo lugar, en la cercanía y trato personalizado que se ve en las múltiples cartas, sellos y testimonios directos desde los lugares de trabajo y, en tercer lugar, en una adaptación continua de las fórmulas de acercamiento según los resultados y tendencias que cada momento marque.

CAMPAÑAS PUBLICITARIAS

Son muchas y muy sonadas las diferentes campañas publicitarias que Anesvad ha puesto en marcha a lo largo de sus 50 años de actividad. No es posible recoger todas en este libro, pero sí algunas de las más impactantes.

Entre 1998 y 1999 por ejemplo, lanzarían una campaña de captación de fondos para la lucha contra la lepra. Bajo el lema “te lo tiene que pedir alguien como ella para que reacciones” con una careta con la cara de la princesa de Gales Lady Di pretendían hacer reaccionar a quienes no suelen ver más allá de los nombres famosos.

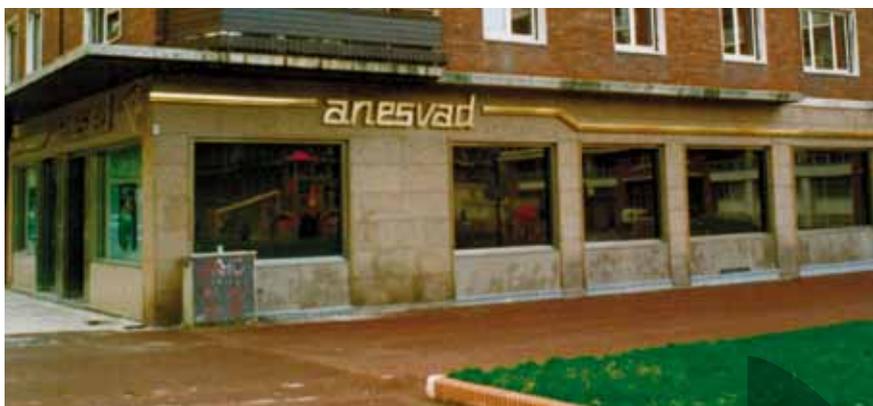
Otro de sus spot más famosos sería el de la lavadora por el cual se presentaba a todos los miembros de una familia del sureste asiático: el padre, la madre, la hija pequeña y la hija mayor; la última era una lavadora por la que la familia había cambiado a su hija real meses antes. Con este impactante spot pretendían denunciar la trata infantil.

Ninguna de las campañas de Anesvad ha dejado indiferente a nadie y han sido tanto objeto de crítica como de halagos. Mientras en 2001 la ONG Fontilles, dedicada a la lepra, criticaba duramente sus campañas acusándolas de alimentar el estigma contra la enfermedad; en 2014, en cambio, el sport “Que no nos maquillen la sonrisa” era premiado en la categoría de spot-web en el VIII Festival Internacional de Publicidad Social.



DÉCADA DE LOS 90

La década de los 90 comienza con una nueva mudanza hacia la calle Teófilo Guiard, 2, en donde estarán ubicadas sus oficinas hasta el año 2005. Será el tercer cambio de sede y todavía quedarán dos por delante.



Reunión para celebrar el 30 aniversario.

Fachada de las oficinas de Anesvad en la calle Teófilo Guiard.



Los 90 serán para Anesvad años que marquen un punto de inflexión en su apuesta, definitiva, por una cooperación internacional. Como veremos más adelante, en esta década Anesvad llegará al continente americano y más tarde, también a África pero, antes, en 1992, creará la Fundación Anesvad –P. Olazábal, lo que, sin duda, será de gran ayuda para acometer los principales retos a los que se enfrentará la organización en los próximos años.

Hacer las maletas y viajar para asentarse en lugares tan lejanos no sólo hace necesario un importante soporte financiero, sino que también trae consigo una reestructuración organizativa que permita ser más eficaces y eficientes. Por ello, en 1990 se hará una nueva modificación de los estatutos de la organización, y en 1995 una reestructuración de los departamentos tradicionales de Acción Sanitaria y Acción Social, que pasarán a convertirse en uno solo, bajo la nomenclatura de Departamento de Asistencia Social. Además, en estos primeros años el Ministerio de Asuntos Sociales clasificará a la ya fundación de Beneficencia Particular de Carácter asistencial (1992).



anesvad



38-39

MUNDOS
QUE
SE
TOCAN





Así es como Anesvad llegará a sus 25 años de existencia (1992). Un aniversario muy simbólico que mostrará un proyecto ya consolidado y con una emergente vocación internacional, aunque todavía con la falta de un último empujón que le permita abandonar el carácter asistencial y apostar de lleno por un enfoque de defensa y promoción de los Derechos Humanos.

El siguiente aniversario, el de los 30 años, lo celebrará ya asentada en varios lugares del mundo. Para 1997 Anesvad había desembarcado en África y se disponía a reforzar la Misión en China que ya se encontraba activa desde 1990. Su llegada a África fue exactamente en el año 1994 con varios proyectos entre las manos. Lo hizo primero a Ruanda (1994) y después a Ghana (1995), pero antes de analizar los desembarcos, veamos lo que ya se encontraba llevando a cabo en otros continentes.

ASIA

Asia es un continente lejano con diferencias culturales sustanciales y realidades sociales muy complejas que desde Occidente nos cuesta mucho entender. Anesvad apostó desde el inicio de su apertura internacional por este continente; Culión, en el suroeste asiático, fue su primera apuesta internacional.

Pero a mediados de la década de los 90 Anesvad reforzaría su Misión China, no solo asentándose en este lugar, sino estableciéndose en otros del continente con proyectos comunes. El interés de la Fundación Anesvad por la Misión China, como se puede leer en la memoria interna de 1994, se debe a varias circunstancias, “siendo la más importante la situación dramática que atraviesa el país que hace que su población viva en condiciones de extrema necesidad y penuria”. Campesinos aislados de los núcleos urbanos con acceso sanitario,

familias sin prácticamente recursos y con niñas a su cargo (un género estigmatizado en China) o ancianos/as enfermos/as es la realidad de las personas para las que la fundación decidirá trabajar.

Durante los años 1994-1997 seguirá reforzando los proyectos ya consolidados en la isla de Culión, y, se pondrán en marcha algunos nuevos. En 1993-1994, por ejemplo, se acometerá la construcción del Colegio Loyola, en ruina absoluta, donde estudiarán un total de 1036 alumnos/as (1993-1994). En 1996, por su parte, se reparará tanto el Boulevard de la isla, facilitando así el acceso a las infraestructuras educativas, como el museo de Culión donde se albergaba la historia de la leprosería. Además, se mejorarán los instrumentos de la banda de música del hospital para llenar de alegría la estancia de las personas enfermas. Y, en 1997, entre otras muchas cosas, se construirá un local para instalar un generador eléctrico y una vivienda para el personal de la ONG **Culion Foundation Inc.** Que colaboraba con Anesvad en la implementación de proyectos en la isla.



Filipinas: más allá de Culión

Sin cruzar todavía la frontera filipina, en estos años, Anesvad seguirá reforzando su apuesta por estar presente en el país. En 1994, por ejemplo, se alió con las Hermanas de San Pablo, quienes se encontraban dirigiendo la leprosería de Bicol, situada en la provincia Camarines Sur, y desarrollarán diversos proyectos: compras de medicinas, construcción de un depósito de agua potable o financiación de material para construir chozas.

Se dirigió en los siguientes años, hasta la capital, Manila, en donde pondrá todas sus fuerzas en financiar proyectos centrados, principalmente, en la infancia. Las condiciones de vida de los pequeños en esta gran capital eran realmente duras. Así, financiará gastos de alimentación de educación con diferentes congregaciones cristianas asentadas en terreno. Alimentará a niños/as de los barrios de San Andrés y Tejerón Street o inaugurará la Residencia Hogar "Vicenta María Home", la que albergará 29 jóvenes que abandonaron sus hogares familiares.



China: una apuesta fuerte

La apuesta que Anesvad hace por desarrollar y consolidar su presencia en China es enorme, y, fruto de ello es la imposibilidad de describir los tantísimos proyectos que ha llevado a cabo en las diferentes fases en las que ha estado presente en el país.

China es el país más poblado del mundo, donde las fuertes desigualdades sociales y económicas entre el campo y la ciudad hacen que haya regiones que presenten niveles de pobreza endémica. Trabajar en ellos es una de las responsabilidades que asume Anesvad. Durante esta década desarrollan proyectos en tres líneas: sanitaria, social y educativa.

Anesvad, decidirá abandonar su actividad en China cuando en 2016 adopte como estrategia de intervención la concentración de su

trabajo en África Subsahariana. Al igual que de China también se saldrá de otros 15 países.

En cambio, si bien sigue con las líneas hasta ahora expuestas, en su última fase en el país desde 2007 hasta su salida en 2017, centrará sus intervenciones en la región autónoma del Tibet en tres líneas temáticas: la lepra, la Trata de Seres Humanos y la Salud Materno Infantil; con más de 19 proyectos realizados junto a 6 entidades y con una inversión de 3.204.618,35 euros.



En lo que a la lepra respecta, ésta sigue siendo un problema que afecta a la vida de miles de personas por el fuerte estigma social al que se enfrentan. Hay muchas colonias de personas afectadas por la lepra aisladas en donde las/os enfermas/os ven negados sus derechos de acceso a la electricidad, el transporte, el agua potable, etc.

En cuanto a la Trata de Seres Humanos, por su parte, las necesidades de salud que presentan las supervivientes que han conseguido huir de ella, son múltiples y, a veces,



anesvad



42-43



Los principales Proyectos Sanitarios en la década de los 90

Los principales Proyectos Sanitarios en la década de los 90.
Construcción y equipamiento de una clínica rural en Wong Yu.
Abastecimiento de agua potable a un hospital para personas con lepra en Lfong.
Construcción de una casa para anciano en Xian Xian.
Formación de Hermanas -Enfermeras.



Los principales Proyecto Educativos de la década de los 90

Construcción de una escuela primaria en Kupei.
Construcción de una escuela para sordomudos de Zao-Hu.
Construcción de una escuela primaria en Shengun.



Los principales Proyectos Sociales en la década de los 90

Financiación de la emisión de programas de Radio Veritas-Asia para China.
Construcción de un pozo de agua para abastecimiento en Chiang Chuang, Jingxian, Xingtai y Xienxien.
Construcción de viviendas para las personas afectadas por la lepra de Yon-Sen Town.
Instalación de una oficina para el equipo editorial de Faith Press, en Shijiazhuang.
Desarrollo de 400 hectáreas de tierra cultivable en el distrito de Luo Lin.

muy complejas. Los refugios para las personas en situación de trata son pocos y la falta de personal cualificado es una constante.

Las barreras financieras, geográficas y culturales para acceder a servicios de salud de calidad en determinadas zonas donde no hay paquetes básicos esenciales para la supervivencia infantil es uno de los retos a los que Anesvad se ha enfrentado en su trabajo centrado en la línea Materno -Infantil.

Además, a ello hay que añadir la falta de conocimiento de familiares para reconocer los peligros en

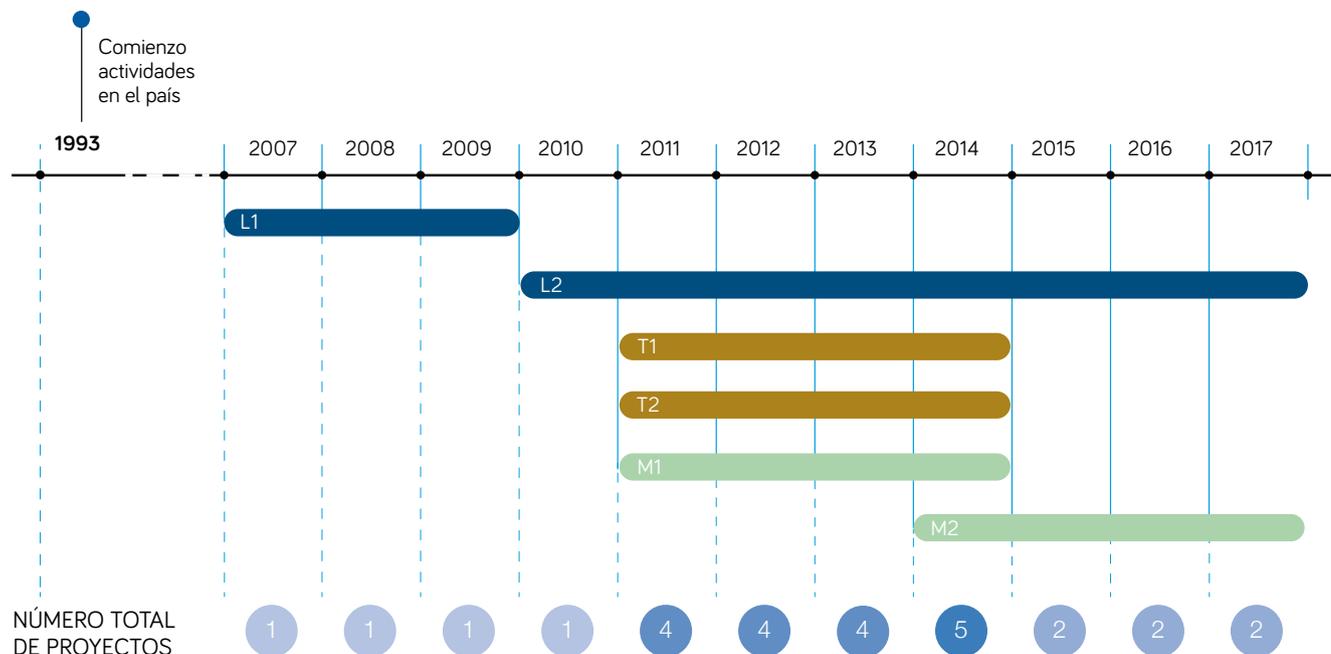
mujeres embarazadas o de postparto o la falta de conocimientos de las necesidades nutricionales básicas.

Así las cosas, la población menor de cinco años, las mujeres en edad reproductiva y las personas cuidadoras de menores, las afectadas por la lepra, las supervivientes de trata y las niñas, niños y jóvenes en comunidades con riesgo de ser objeto de trata serán los principales beneficiados de las intervenciones de Anesvad en el país; mejorando con ello sus vidas y contribuyendo a la transformación del tejido social en el país.





Para saber más sobre la trata se recomienda leer el apartado.
Por el fin de la trata de personas.



INTERVENCIONES POR LÍNEAS TEMÁTICAS



LEPRA

- L1:** Rehabilitación integral para afectados de lepra.
- L2:** Promover el Derecho a la Salud de las personas afectadas de lepra.



TRATA DE SERES HUMANOS

- T1:** Apoyo al proceso del COMMIT y al plan de acción subregional.
- T2:** Servicios de asistencia integrada y rehabilitación de víctimas de trata en Yunnan.



SALUD MATERNO INFANTIL

- M1:** Mejora de los servicios de salud materno infantil.
- M2:** Protegiendo a los niños de enfermedades prevalentes de la infancia.

Vietnam y Tailandia: por unos lugares sin trata

De la inmensa China al pequeño Vietnam y a la ajetreada Tailandia en donde Anesvad también se estabilizará a mediados de la década de los 90 y de las que también ser marchará progresivamente en 2016.

En el caso de Vietnam impulsará varios proyectos que estarán en estrecha colaboración con la Compañía de Jesús dirigida por el Padre Fernando Larrañaga: la ampliación y mejora de un orfanato en Ho Chi Minh, la construcción de una Centro-Hogar de los montañeses en Song-Be y Dak-Lak o la concesión de 302 becas para estudiantes, son

solo alguno de ellos. La creación de un dispensario para la atención de personas con lepra de los pueblos de Tan Ha y Tan Xuan o el establecimiento y mantenimiento de 120 comunidades rurales, son algún ejemplo más.

Anesvad hará las maletas de Vietnam habiendo ejecutado 13



proyectos entre el periodo de 2007 a 2012, en colaboración con ocho entidades.

La apuesta en esta última fase en el país es la lucha contra la trata de personas, un problema al que se enfrenta el país y que afecta especialmente a las niñas y a las mujeres; como veremos un poco más adelante se trata de una realidad a la que también deberá dar respuesta su vecina Tailandia. El objetivo no es otro que poder dar una respuesta integral a un problema que día a día crece y del que emergen otros nuevos. El tráfico ilegal de personas con fines de explotación sexual, en especial entre los estados de la Gran Meca

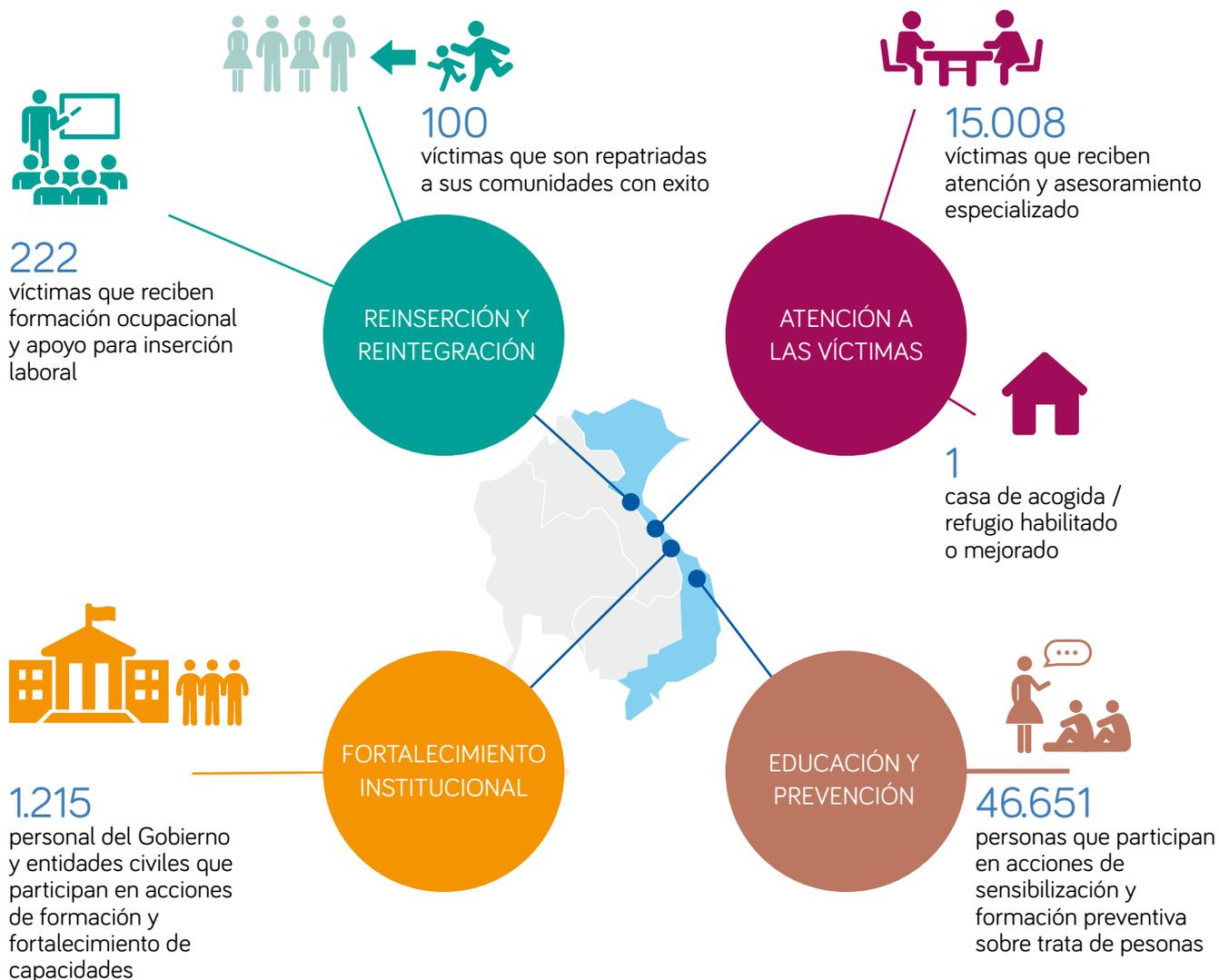
La lucha contra la trata de personas, un problema al que se enfrenta el país y que afecta especialmente a las niñas y a las mujeres.

del Mekong, le llevó a implicarse en una estrategia de intervención que apostó por un enfoque transfronterizo y multi-país.

La realidad de las personas en situación de trata en lo que se refiere a su salud es compleja y Anesvad ha intentado darle respuesta a través de diferentes proyectos. Una epidemia de VIH en expansión que hace más necesario el acceso a medicamentos antiretrovirales, falta de acceso a los centros de salud primaria donde, en muchas ocasiones, ni siquiera se cumplen con los estándares mínimos de atención a las supervivientes de trata y unas deficiencias todavía visibles en la coordinación para el rescate y repatriación urgente de las supervivientes es el panorama con el que Anesvad ha trabajado durante sus años en Vietnam.

En su vecina Tailandia el problema de la trata de personas es una de las principales preocupaciones. Por su ubicación geográfica es un lugar de tránsito, un lugar que enfrenta grandes flujos migratorios, lo que convierte a una parte de sus transeúntes,







especialmente a mujeres y niñas, en vulnerables para la trata con fines de explotación sexual.

Las difíciles condiciones con las que, además, viven las mujeres también acrecienta el riesgo: salario inferior al mínimo, acoso y abuso sexuales en el lugar de trabajo y una falta de acceso a los servicios de salud reproductiva que a consecuencia de la falta de información, provocan que aumenten los embarazos no deseados y las Enfermedades de Transmisión Sexual. Con este panorama, Anesvad dirige sus intervenciones en terreno, especialmente, con las supervivientes de explotación en empresas, fábricas y trabajo doméstico, las supervivientes dentro del matrimonio, las apátridas y minorías y la infancia.

Así, atienden los principales problemas derivados de esta realidad como son la ayuda en la repatriación de las supervivientes a sus lugares de origen, dotarlas de una formación ocupacional y un apoyo para poder reinsertarse al mundo laboral y, además, gestionar diferentes casas de acogida. Con todo este trabajo,

si bien no se consigue terminar con esta difícil realidad, en cambio, se reducen algunas de las dificultades con las que muchas de estas mujeres y niñas se ven obligadas a luchar en su día a día: un fuerte estigma en sus comunidades, falta de acceso a servicios de salud, exposición a alta concentración de químicos, etc. En definitiva, una falta completa de derechos laborales en general.

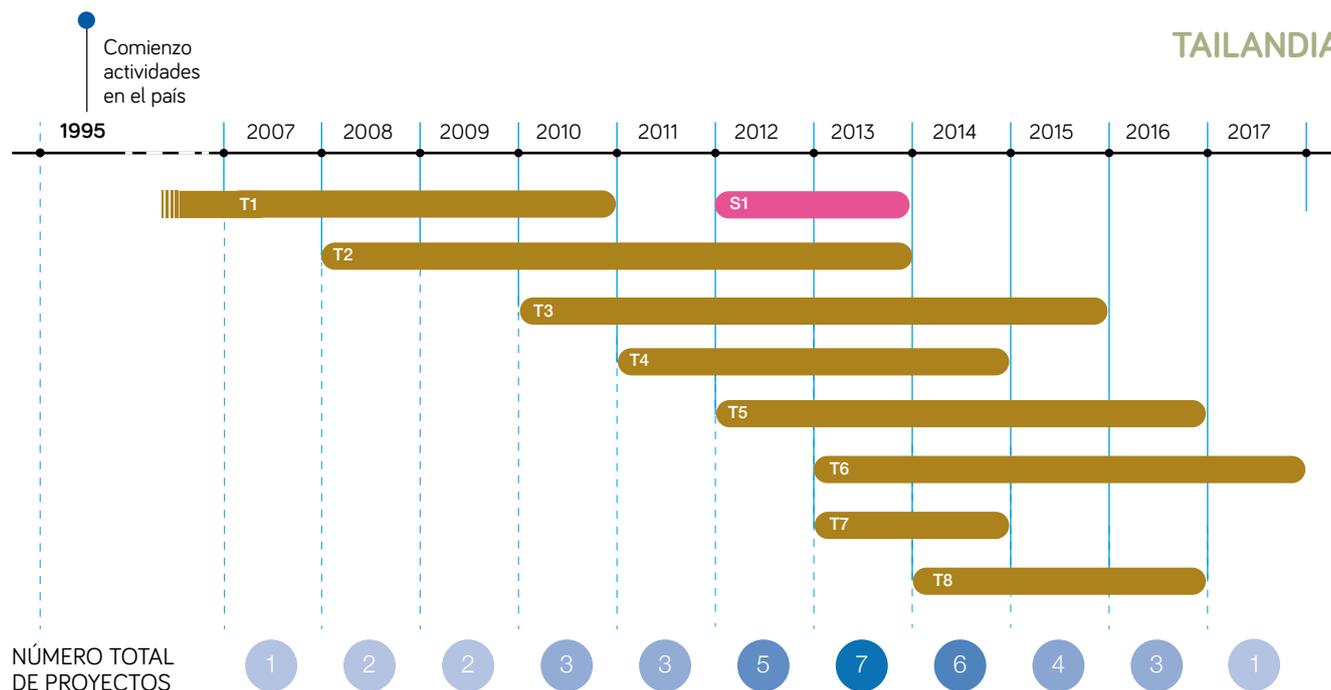
En este sentido, Anesvad invierte en el país 2.883.855,04 de euros entre los años 2007 y 2017 en 23 proyectos distintos y en colaboración con 16 entidades sociales. En la década de los 90, en cambio, todavía no había abierto su línea de trabajo con la trata, pero sí se encontraba en el país con diferentes proyectos de gran calado como los que estaba llevando a cabo en Bangkok donde facilitaba atención médica al Hospital de la prisión Lord Yao y al centro de detención de migrantes de Sian Phlu. Además, concedió subvenciones para asociaciones de personas afectadas por el VIH/sida y creó becas de estudio para niños/as huérfanos/as por esta enfermedad.



anesvad



50-51



INTERVENCIONES POR LÍNEAS TEMÁTICAS



TRATA DE SERES HUMANOS

- T1:** Protección, asistencia y repatriación de mujeres y niñas víctimas de trata.
- T2:** Fortalecimiento del sistema de protección infantil.
- T3:** Estudio regional sobre riesgos y consecuencias de la trata sobre la salud.
- T4:** Apoyo al COMMIT y al plan de acción subregional.

- T5:** Prevención de la trata y protección de los derechos de la población migrante del Gran Mekong.
- T6:** Fortalecimiento de las empresas asociadas al Mekong Club para el combate de la trata humana.
- T7:** Previendo y protegiendo a las mujeres y niños/as del sureste asiático de la trata.
- T8:** Alianza público-privada para combatir la trata de personas.



SALUD COMUNITARIA

- S1:** Promoción del derecho a la salud de las comunidades migrantes.



Camboya: de la posguerra al reto de la trata

Asia seguirá siendo durante la década de los 90 y las posteriores la segunda casa de Anesvad, y los proyectos que lleven a cabo en cada país hasta su marcha serán innumerables. Estará presentes en países tan grandes como China o India pero también en algunos más pequeños como Camboya o Myanmar.

A Camboya, por ejemplo, llegará en 1996 y se encontrará un país en posguerra, empobrecido y con una necesidad urgente de reconstruirse. Por eso, sus primeras intervenciones en terreno estarán centradas en adquirir un vehículo-ambulancia que facilite el traslado de personas enfermas y otro, un todoterreno, que ayude en el reparto de sillas de ruedas. También en ayudar económicamente al mantenimiento de la Escuela Técnica de “Banteay Prieb” donde más de 90 estudiantes se formarán en un oficio.



Camboya será otro de los lugares que Anesvad abandone en su nueva estrategia y lo hará con 31 proyectos ejecutados con 9 entidades socias diferentes. Al igual que lo hiciera con los países fronterizos, en Camboya, la lucha por la trata de personas será la principal línea de trabajo de Anesvad; poniendo en este país principal incidencia en la situación de las niñas supervivientes de esta realidad. Pero, además, en Camboya Anesvad trabajará en dos líneas más, la de la

Salud Comunitaria, por un lado, y la de la eliminación de la lepra, por el otro.

Las primeras intervenciones en terreno estarán centradas en adquirir un vehículo-ambulancia que facilite el traslado de personas enfermas.



India: un gigante de desigualdades

Anesvad llegará a este país, el segundo más poblado del mundo, en el año 1996 y se mantendrá en él hasta su salida en 2018. India es un país de contrastes, un gran gigante económico y tecnológico que convive con enormes bolsas de pobreza. Esa es la realidad de un país en donde los problemas principales de salud están estrechamente vinculados a las condiciones socioeconómicas de vida. A su llegada a India, Anesvad acometió algunos proyectos humildes como lo fueron el acondicionamiento de chabolas en Bombay para evitar el goteo constante durante la época de monzones, o la compra de un autobús para el traslado de las niñas al Colegio Santa Ana, regido por las Hermanas de la Caridad con quien Anesvad mantenía una estrecha relación de colaboración.

Los proyectos centrados en la Salud Comunitaria han sido su principal línea de trabajo durante la década de los 90. En los 2000, en cambio, se abrieron nuevas líneas de intervención centradas, por un lado, en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la lepra; en la promoción de la Salud Materno-Infantil, por el otro lado; y, finalmente, en la promoción del Derecho a la Salud de las personas supervivientes de Trata de Seres Humanos.

De los años 2000 al 2007, por su parte, se definieron cuatro líneas temáticas de intervención en las que

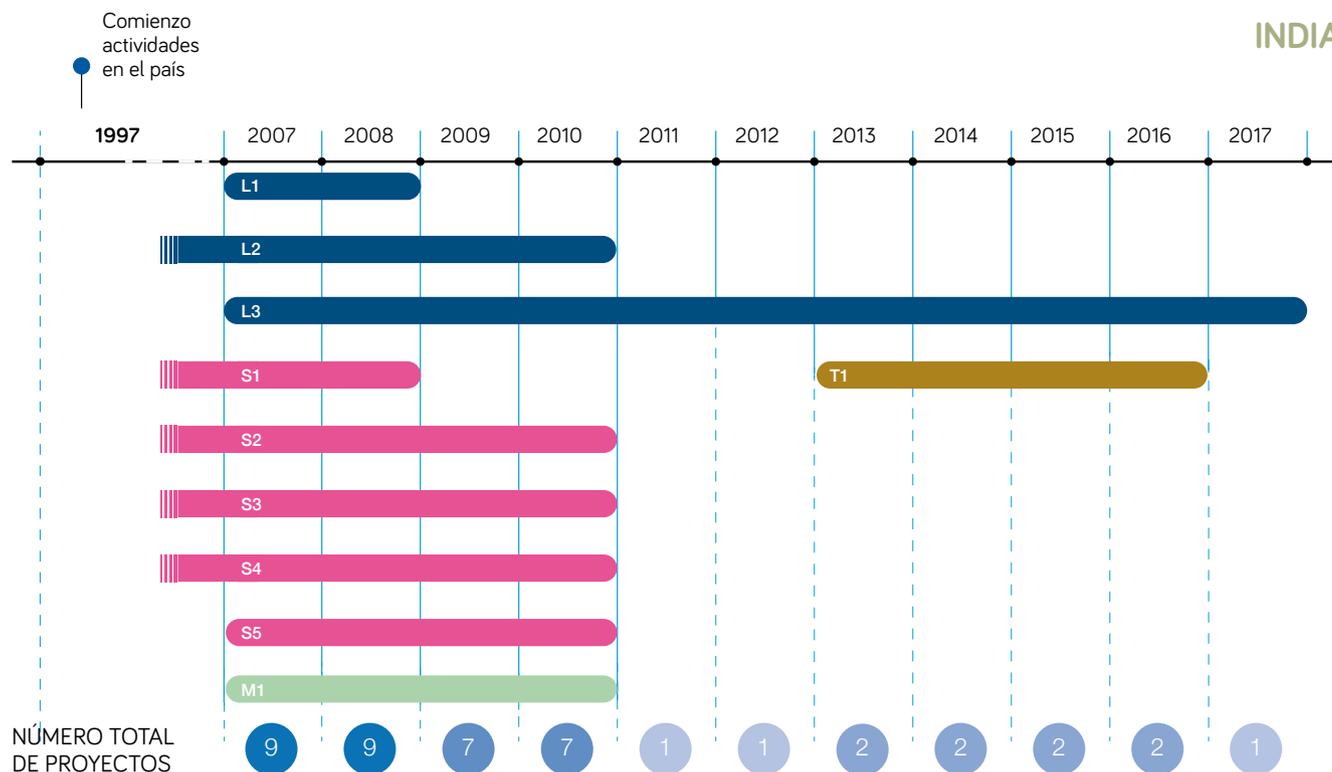


Anesvad centró todas sus fuerzas. La primera de las líneas de trabajo está centrada en la lepra con especial atención, en la prevención, en el tratamiento y en la rehabilitación de la misma. La segunda de las líneas, en cambio, está centrada en la Salud Comunitaria y más concretamente en la rehabilitación de pacientes con VIH/sida, en la formación y nutrición para menores de suburbios de Bombay, o en la promoción de la salud en los distritos de Singarayya, Ulavapadu y Nalgonga. La Salud Materno-Infantil será la tercera línea de intervención que se concentrará en el distrito 24 Parganas Sur (West Bengal). Finalmente, la cuarta línea de intervención será la Trata de Seres Humanos donde primará la promoción del derecho a la salud a través de prácticas restaurativas a supervivientes.

Fueron un total de 49 proyectos los que Anesvad llevó a cabo en esta etapa en la que se alió con 71 entidades sociales que reportaron, sin duda, buenos resultados: la creación de una red comunitaria de salud o la atención a 71.938 supervivientes de trata son algunos de los datos que avalan su buen hacer.

Las primeras intervenciones en terreno estarán centradas en adquirir un vehículo-ambulancia que facilite el traslado de personas enfermas.





INTERVENCIONES POR LÍNEAS TEMÁTICAS



LEPRA

L1: Fondo de apoyo a ONG asociadas a LEAP.

L2: Rehabilitación, tratamiento y prevención de lepra y TB.

L3: LEAP: Plan de acción para la eliminación de la lepra.



SALUD COMUNITARIA

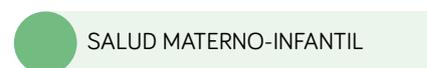
S1: Rehabilitación de pacientes de VIH / SIDA.

S2: Formación y nutrición para niños/as marginados/as en suburbios de Bombay.

S3: Promoción de la salud en el distrito de Nalgonga.

S4: Promoción de la salud en Singaraya y Ulavapadu.

S5: Atención a niños/as afectados por VIH / SIDA.



SALUD MATERNO-INFANTIL

M1: Promoción de la Salud Materno-Infantil en el distrito 24 Parganas Sur.



TRATA DE SERES HUMANOS

T1: Promoción del derecho a la salud a través de prácticas restaurativas a víctimas de Trata y Explotación en el distrito 24 Parganas Norte.



AMÉRICA LATINA

Miles de kilómetros separan Bilbao de Asia y otros tantos de América Latina, en donde Anesvad pondrá pie para quedarse en la década de los 90. Se asentará en Ecuador, Argentina, Nicaragua, Perú, Colombia, Bolivia y Honduras. Años más tarde, ya en la década de los 2000, lo hará en Guatemala, Haití y República Dominicana.

De Guayaquil a Córdoba

En Ecuador, por ejemplo, llegará a Guayaquil donde se encontraba trabajando desde hace años el Padre Ignacio María Moreta, en los suburbios de la ciudad, en los que subsistía la comunidad de San Ignacio, formada por los chamberos, también conocidos como “hombres-ratas”. Se trata de una comunidad que vive en condiciones infrahumanas entre vertederos. Allí es donde Anesvad puso el foco con proyectos sanitarios como el envío de medicinas, ropa, material sanitario, etc. También ayuda a financiar la creación de infraestructuras en la comunidad con el objetivo de que mejoraran las condiciones de habitabilidad.

De Ecuador hasta Córdoba (Argentina) en donde, en 1993, inicia algunos proyectos como la reparación de viviendas para una comunidad donde la pobreza les obligaba a habitar en espacios en ocasiones insalubres.



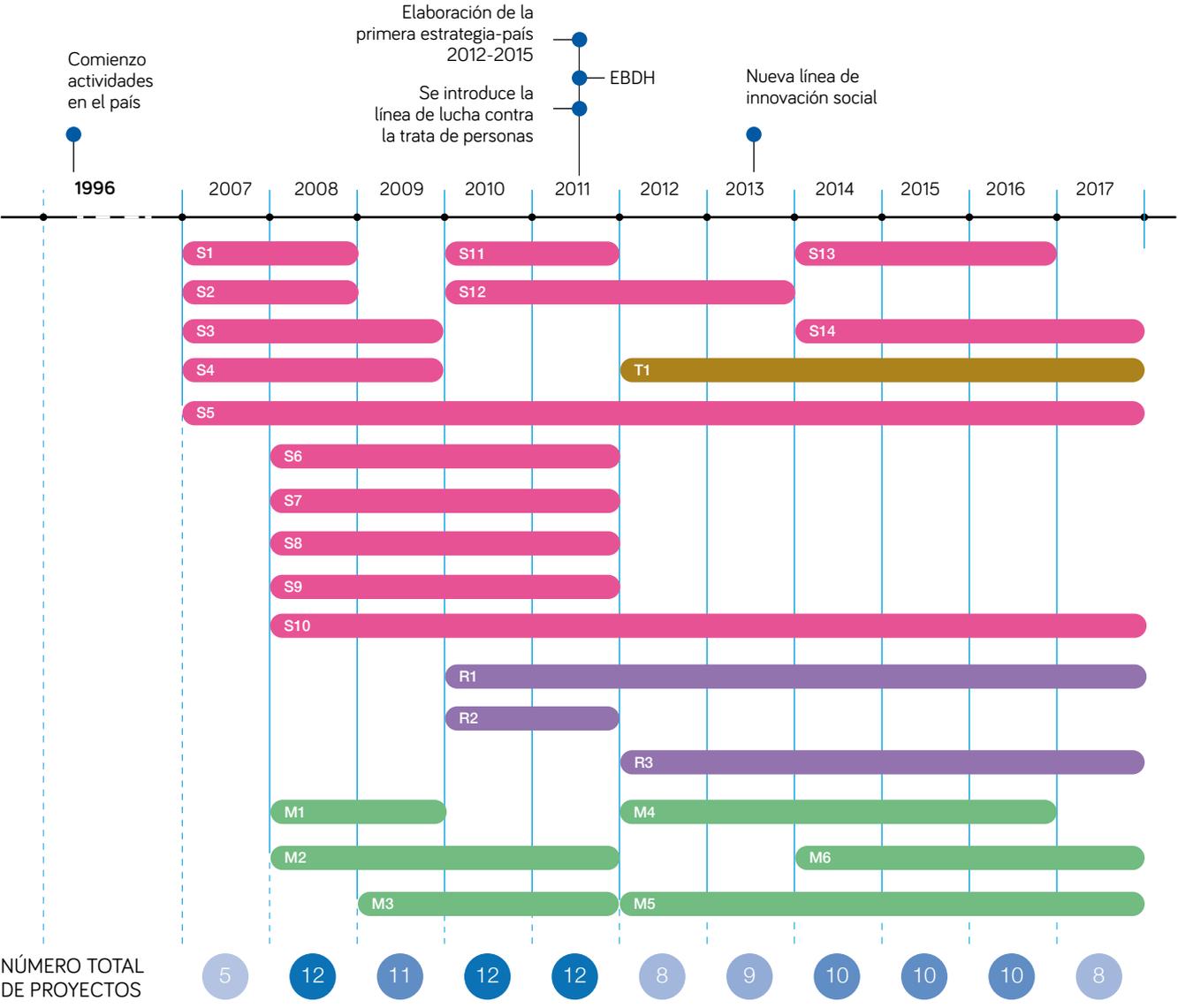
Perú:

Anesvad pone la mirada en Perú en 1996 cuando los índices de pobreza eran alarmantes. El 50% de su población vivía en la extrema pobreza y la mortalidad infantil era de 97 por cada mil. De este modo, empezó sus intervenciones con el envío de un cargamento de medicinas, alimentos y ropa que tenía como destino la procuradora de la Compañía Jesús, quien los repartiría después de manera gratuita. Un año después, en 1997, apostaría por la formación de agentes para el desarrollo social en el Departamento de Moquegua.

La última etapa de Anesvad en el país – Perú ha sido otro de los países de los que salir tras la entrada de la nueva estrategia de intervención en 2016 – estuvo centrada, principalmente, en el trabajo por los derechos sexuales y reproductivos. Los alarmantes índices de embarazos no deseados, abortos clandestinos y embarazos en adolescentes con problemas de salud, obligan a pensar intervenciones directas que contribuyan a revertir la situación. En la siguiente línea del tiempo se puede ver algunas de ellas.

Además, en Perú se llevó a cabo una línea de trabajo en contra de la trata humana centrada, sobre todo, en niñas y adolescentes supervivientes de las zonas de la minería informal.

En 1996 los índices de pobreza eran alarmantes. El 50% de su población vivía en la extrema pobreza y la mortalidad infantil era de 97 por cada mil.



INTERVENCIONES POR LÍNEAS TEMÁTICAS

SALUD COMUNITARIA

- S1:** Mejorando la calidad del puesto de salud de Poroto.
- S2:** Fortalecimiento de atención en salud en Caliput.
- S3:** Mejorando la calidad del puesto de salud de La Cuesta.
- S4:** Fortalecimiento capacidades locales en control de la bartonelosis.
- S5:** Ejerciendo derechos, asumiendo responsabilidades: Contribuyendo a la implementación de políticas públicas para control VIH y tuberculosis.
- S6:** Mejoramiento del estado nutricional y salud familias campesinas Castrovirreyña.
- S7:** Mejora atención salud familias Sinsicap y Paranday.
- S8:** Control Leishmaniasis andina (UTA) y fortalecimiento sector salud y ciudadanía.
- S9:** Promoción y prevención Leishmania en Chota, Cutervo y Sta. Cruz.
- S10:** Agua segura para mejorar la calidad de vida de la población.
- S11:** Cumplimiento derecho a la salud Dttos. Contumaza y Guzmango.
- S12:** Mejorando el acceso a servicios de calidad en la atención obstétrica en Red Salpo.
- S13:** Disminución de la incidencia de las enfermedades diarreicas agudas (edad) y parasitarias, especialmente en niños y niñas menores de 5 años.
- S14:** Sistema de apoyo a prevención de enfermedades vectoriales.

SALUD MATERNO-INFANTIL

- M1:** Mejoramiento salud Materno-Infantil con interculturalidad Sánchez Carrión.
- M2:** Salud integral Materno-Infantil en las provincias de Chota y Cutervo.
- M3:** Mejoramiento salud Materno-Infantil con interculturalidad.
- M4:** Programa de mejora de la salud Materno-Infantil a través del fortalecimiento de la capacidad de respuesta de la sociedad civil y el estado bajo un enfoque de derecho e interculturalidad en distritos priorizados de Cajamarca y La Libertad.
- M5:** Alianza para el desarrollo, una oportunidad para las mujeres y niños en el distrito de Chiguirip.
- M6:** Mujeres ejercen sus derechos sexuales y reproductivos y disfrutan de un embarazo, parto y puerperio (EPP) seguros.

TRATA DE SERES HUMANOS

- T1:** Crecer seguras: Contribuyendo a la erradicación de la explotación sexual y laboral de niñas, niños y adolescentes, desde el derecho a la salud en zonas de minería informal.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- R1:** Derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes.
- R2:** Fortaleciendo compromiso sociedad civil y médica en ejercicio DDSS y DDDR.
- R3:** Futuros saludables: Derechos sexuales y reproductivos para las y los adolescentes.



anesvad



62-63

**SI SEGUIMOS
PROMOVIENDO EL
ASISTENCIALISMO
Y PROVEEMOS
SERVICIOS PERO
NO RECONOCEMOS
LOS DERECHOS,
NO CAMBIAREMOS
MUCHO.**

ENTREVISTA A **CARLOS ROJAS**, RESPONSABLE
DE SALUD DE IDIPS DEL NORTE (PERÚ)



¿Qué motivaciones le han llevado a través de IDIPS a elaborar y ejecutar proyectos de salud que benefician a comunidades en situación de pobreza y extrema pobreza de los Departamentos de La Libertad, Cajamarca, Ancash y Apurímac?

Mi motivación principal es contribuir al desarrollo de los colectivos de máxima pobreza. Trabajamos con población que sufre de mucha inequidad. Hay una parte, en la zona andina que no se beneficia de las riquezas de mi país. Hay 30.000 personas afectadas de tuberculosis en el Perú. En La Libertad se dan 1.500 casos anuales con pobreza o extrema pobreza.

Mi motivación personal es hacer que nuestra gente pueda salir de la situación en la que vive. Yo provengo de una familia migrante, de una familia que se instaló sin nada en la zona periurbana de la capital. Es un deseo por que otras personas puedan tener mejoras en sus vidas.

Mi mujer también trabaja en Desarrollo. Mis padres son personas con baja educación y ven con satisfacción que estemos trabajando en lugares como en los que ellos vivieron. Un día de trabajo llegué hasta la comunidad donde nació mi madre. Todo fue gracias a a mi trabajo con IDIPS. Al llegar, uno se da cuenta de que parece que por allá no pasó el tiempo. La gente vive en las mismas condiciones que hace cientos de años.





¿Por qué muchos grupos de población no pueden ejercer su Derecho a la Salud?

Hay una gran falta de conocimiento entre la gente de que son titulares de derechos. Alguien que no sabe que tiene derechos nunca va a poder trabajar para darle la vuelta a la situación en la que vive. El cambio no es solo de cada persona, también debe venir desde las instituciones sobre cómo enfocar el desarrollo desde el punto de vista de los derechos humanos. Si seguimos promoviendo el asistencialismo y proveemos servicios pero no reconocemos los derechos, no cambiaremos mucho.

¿A cuántos proyectos atiende IDIPS y de qué tipo son la mayoría? ¿De todos ellos, de cual está usted más orgulloso?

Hemos desarrollado más de 10 proyectos con Anesvad en la zona andina en SMI y también proyecto de prevención y promoción de la salud. También hemos hecho proyectos de agua y saneamiento en la zona costera y un proyecto de TB, VIH y diversidad sexual. Éste último me emociona particularmente por la participación que hemos encontrado entre las comunidades. Es increíble darse cuenta de cómo la ciudadanía puede ayudar a transformar su propia realidad.

IDIPS es una de las organizaciones sociales locales con quien se han ejecutado proyectos en Perú, siendo los principales precursores de los proyectos de Anesvad con Enfoque Basado en Derechos Humanos.

Hay 30.000 personas afectadas de tuberculosis en el Perú. En La Libertad se dan 1.500 casos anuales con pobreza o extrema pobreza.





Nicaragua y Honduras

Anesvad llegará a Nicaragua en 1994 atendiendo a la solicitud de ayuda realizada por el Padre Marciano Mecerreyes. A Honduras, por su parte, lo hará dos años después, en 1996. De ambos países se marchará en 2017 con múltiples proyectos realizados y con el orgullo de haber dejado un trocito de Anesvad para siempre allí.

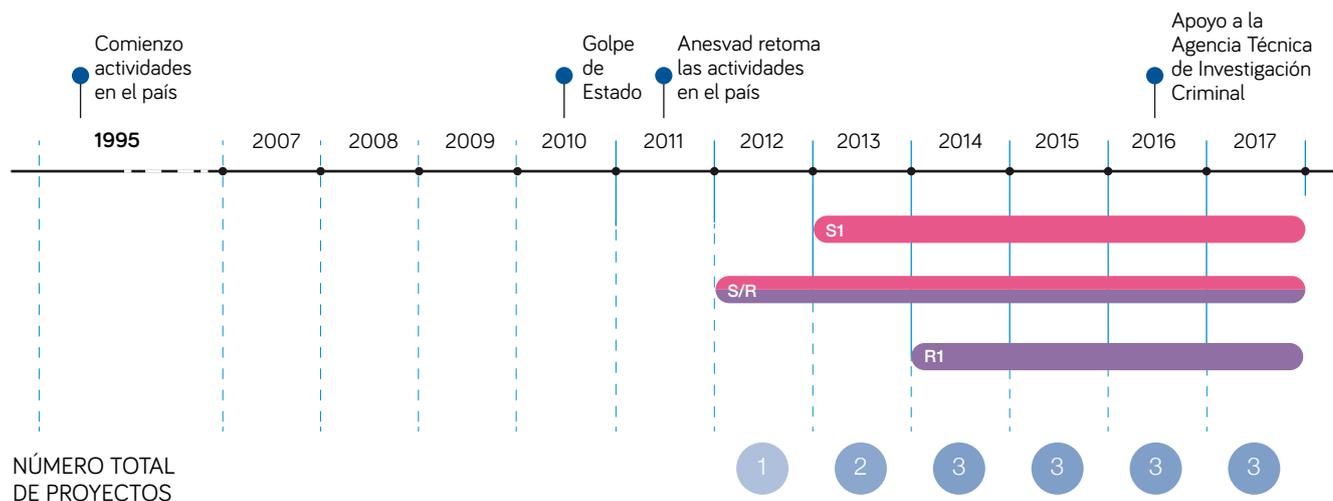
En Nicaragua se centrará en trabajar por la detección y la eliminación de la lepra, y, lo hará en estrecha colaboración con la Asociación San Damián – Amigos de los Leprosos, quienes atendían a una comunidad de más de 130 personas enfermas en el corazón de Nicaragua, en la misma Managua. Anesvad les enviará medicina, ropa y material sanitario y adquirirá un vehículo todo-terreno que pueda trasladar a las personas enfermas. También se desarrollaron intervenciones en la línea de la salud comunitaria y salud sexual y reproductiva

A su llegada a Honduras, Anesvad centró su trabajo en ayudar a mejorar las vidas de las madres solteras,

especialmente las más jóvenes y las que habían abandonado junto a sus bebés recién nacidos el hogar familiar. De este modo, en la década de los 90, impulsó un refugio para las madres solteras y para sus hijos/as en donde no solo podían vivir, sino que además recibían cursos de cocina, salud, corte y confección, etc. con el objetivo de en un futuro poder integrarse en condiciones en un mercado laboral que mejorase sus vidas.

Durante un tiempo, y debido a la situación de convulsión política que vivía el país, Anesvad paralizó sus intervenciones en terreno, volviendo a retomarlas en 2012. De hecho, desde entonces y hasta su salida llevará a cabo siete proyectos con tres entidades distintas con una inversión total de 883.149,46 euros. Contribuir a la reducción de la prevalencia e intensidad de las infecciones por Geohelminthos de los grupos vulnerables de la población rural, servir de apoyo al pueblo indígena lenca en la mejora de sus condiciones sanitarias y contribuir al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas serán sus tres líneas de intervención.

NICARAGUA



INTERVENCIONES POR LÍNEAS TEMÁTICAS

SALUD COMUNITARIA

S1: Contribuir a la reducción de la prevalencia e intensidad de las infecciones por Geohelmintos de los grupos vulnerables de la población rural.

S/R: Apoyo al derecho a la salud y a la mejora de las condiciones ambientales del pueblo indígena lenca.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

R1: Contribuir al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas lenca.

Bolivia: en una senda de mejora

Anesvad llega a Bolivia en 1997 tras recibir la petición de ayuda de la Parroquia de la Santa Vera Cruz, en la ciudad de Cochabamba, y, es allí donde realiza sus primeras intervenciones centradas, sobre todo, en financiar la dotación de agua potable para algunos de los barrios.

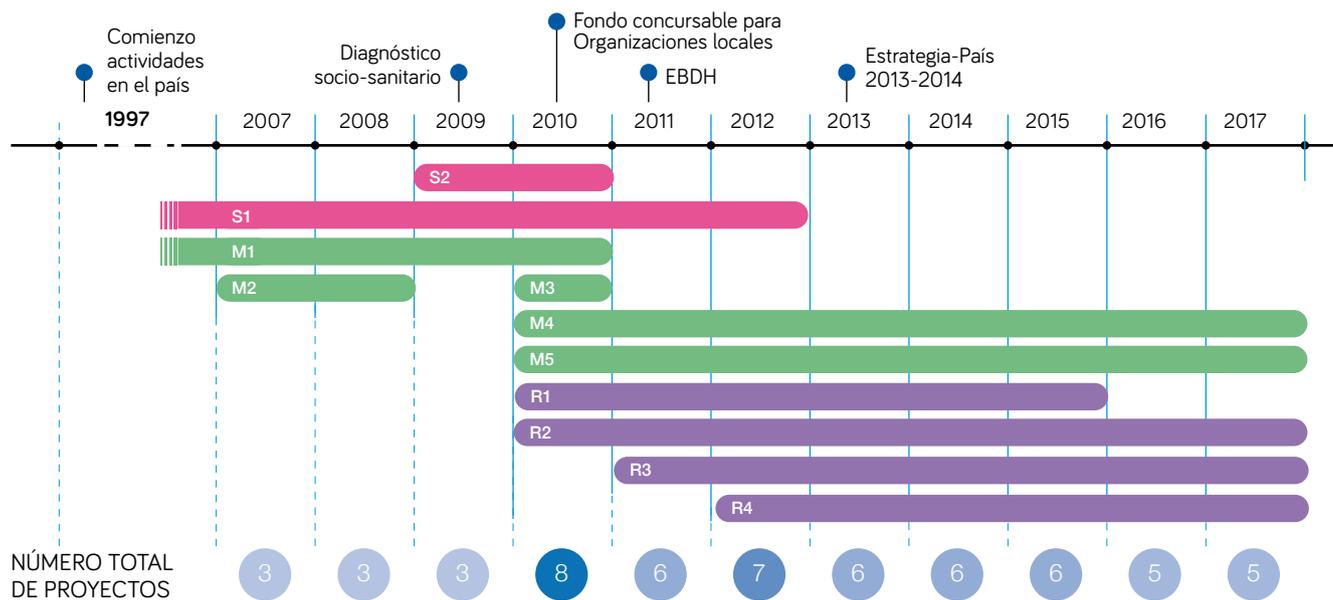
Bolivia es un país que con los años ha ido experimentando importantes cambios sociales que le han llevado, por ejemplo, a reducir en 20 puntos los niveles de pobreza durante los años 1996-2012. En cambio, la pobreza sigue afectando a determinadas zonas (las rurales) y a determinadas comunidades (las indígenas). Junto a ellas y con ellas es donde ha centrado sus intervenciones Anesvad en los últimos años en el terreno (2007-2017).

Más de 32 proyectos en colaboración con 14 entidades y con una financiación de 4.475.912,45 euros han permitido implementar programas para la prevención de la enfermedad de Chagas, fomentar paquetes de alimentación para menores de 5 años o promover una red interinstitucional de defensa de los Derechos de la Salud Sexual y Reproductiva.



La pobreza sigue afectando a determinadas zonas (las rurales) y a determinadas comunidades (las indígenas).





INTERVENCIONES POR LÍNEAS TEMÁTICAS

SALUD COMUNITARIA

- S1:** Prevención de la enfermedad del chagas.
- S2:** Promoción y prevención de la salud oral.

SALUD MATERNO-INFANTIL

- M1:** Mejora de la salud Materno-Infantil en la ciudad de La Paz.
- M2:** Fortalecimiento de la salud Materno-Infantil en el municipio de Presto.
- M3:** Madres sanas, hijos/as sanos/as.
- M4:** Promoviendo el ejercicio del derecho a la salud de las mujeres en edad fértil y niñas menores de 5 años con las autoridades locales de salud y comités locales de salud.
- M5:** Promoviendo el Derecho a la Salud y alimentación de los niños y niñas menores de 5 años.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- R1:** Promoviendo el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas de San Ignacio de Moxos.
- R2:** Red interinstitucional de defensa de los derechos de la salud sexual y reproductiva.
- R3:** Fortalecimiento de las capacidades para la prevención y promoción primaria e integral del derecho a una vida libre de violencia sexual infantil y juvenil.
- R4:** Promoción del derecho a la salud sexual y reproductiva de jóvenes y adolescentes.

A group of African women and children in a community setting. The women are wearing colorful, patterned traditional clothing. One woman in the background has a white headwrap. The children are dressed in simple, colorful clothing. The overall scene is a candid, everyday moment in a community.

ÚLCERA DE BURULI

un lugar común

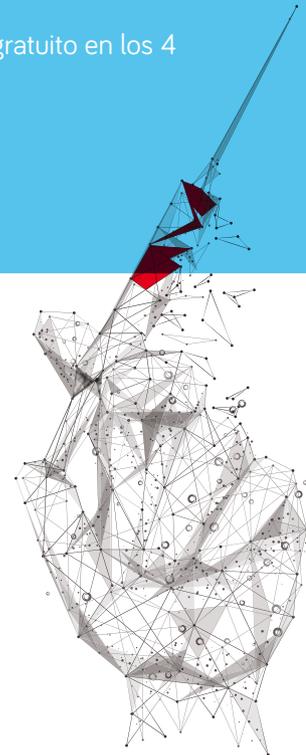
(Costa de Marfil, Ghana, Benín, Camerún y Togo)

La década de los 90 culminará con un viaje de no retorno en 1994 hasta África. A día de hoy Anesvad sigue presente en varios países del continente africano, sin intención, además, de hacer las maletas de vuelta. La llamada de auxilio de la Embajadora de España en Costa de Marfil, Doña Rosa María Boceta, alertando de la difícil situación que enfrentaban muchas personas a causa de una enfermedad hasta entonces desconocida, fue la primera vez que en Anesvad escuchó hablar de la úlcera de Buruli (UB).

¿QUÉ ES LA ÚLCERA DE BURULI?

- Es una infección crónica y debilitante de la piel y de los tejidos blandos que puede causar desfiguraciones permanentes y discapacidad.
- La causa la bacteria *Mycobacterium ulcerans*.
- Se han dado casos en 33 países de clima subtropical. La mayoría están en África.
- Se desconoce aún el modo exacto de transmisión del *Mycobacterium ulcerans* aunque se asocia su presencia a aguas sucias y estancadas.
- El diagnóstico y el tratamiento tempranos son el único medio para minimizar la morbilidad y evitar discapacidades de larga duración.
- Se combate con antibióticos de acceso gratuito en los 4 países.
- Afecta sobre todo a niñas y niños.

Fuente: OMS



ANESVAD ESCUCHÓ HABLAR DE LA ÚLCERA DE BURULI (UB).

En un primer viaje hasta Costa de Marfil es donde Anesvad decide iniciar sus intervenciones en la úlcera de Buruli, abriendo con ello una nueva línea de intervención que se irá extendiendo progresivamente durante la primera década de los 2000 hacia los países más endémicos.

Durante los primeros años en Costa de Marfil se llevaron a cabo varios proyectos centrados, sobre todo, en la formación especializada del personal médico local con el objetivo de que pudiese atender correctamente a las personas afectadas por UB, quienes en un nivel muy elevado son menores de edad. Otra de las líneas de trabajo



se centró en el equipamiento de quirófanos y centros de salud que dotasen de recursos adecuados al personal médico ya formados para que pudiesen hacer bien su trabajo. Con el transcurso de los años se fueron abriendo múltiples hospitales que mejoraron la calidad sanitaria del país. La tercera pieza para el puzzle la componía la apuesta que Anesvad realizó en Costa de Marfil por la investigación de esta enfermedad, pensando en buscar un tratamiento que encontrase la cura, así como hallar técnicas que ayudasen a una detección precoz.

Tras una cruenta guerra interna que pondrá fin al conflicto marfileño en 2007, Anesvad siguió apostando por sus intervenciones en el país. Un país, entonces en posguerra que debía recomponerse y que dejaba un saldo de más de 80.000 desplazados internos. Un país dividido en dos y sumido en una grave crisis económica que afectaría de manera directa y muy especial al ámbito tanto sanitario como educativo. Por aquel entonces, el gasto público en salud representaba únicamente el 1%

que cargaba de sentido la presencia de Anesvad. Desde entonces, han implementado proyectos de construcción y mejora de las infraestructuras, dotación de material, equipos médicos, medicamentos y alimentación; realización de las intervenciones quirúrgicas y de prevención de discapacidades; apoyo escolar; campañas de sensibilización y detección precoz entre la población; y, formación de profesionales sanitarios.

La intervención en úlcera de Buruli centrará el 88,29% de los proyectos que Anesvad realice en el continente africano. De hecho, se convertirá en la ONG referencial en el tratamiento de esta enfermedad.

A consecuencia de ello, en el año 2000, llegará, de nuevo, a Ghana en donde por entonces ya había detectados 8.000 casos de esta enfermedad, siendo uno de los países más afectados de su entorno.

Ghana fue el primer país del África subsahariana en conseguir la independencia de los poderes coloniales europeos y goza de una

estabilidad política que le permite mirar el futuro con optimismo. Es un país demográficamente joven, aunque como contrapartida un tercio de su población es pobre y la tasa de alfabetización supera escasamente el 50%. Además, la esperanza de vida se sitúa únicamente en 58 años, empeorándose la situación en las zonas rurales donde tan solo cuentan con nueve médicos por cada 100.000 habitantes. El reto por la mejora del acceso a la salud y el ejercicio de su derecho es, sin duda, uno de los alicientes que tiene Anesvad para trabajar en este país.

En 2002, el propio gobierno ghanés creó un Programa Nacional para el Control de la úlcera de Buruli (NBUCP) en el que Anesvad colabora de forma muy activa. Además, está inmersa en otros proyectos como el apoyo a los principales hospitales de referencia, mejorando sus infraestructuras, proveyendo de equipamiento para el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes. Finalmente, su trabajo se completa con el apoyo sanitario y nutricional a los habitantes de West Manprusi, uno



de los distritos más pobres y áridos de Ghana.

En Benín, al igual que en Ghana, el gobierno también ha implementado un programa para controlar la UB y la lepra (PNLLUB), y, allí también aporta su granito de arena Anesvad. ¿Cómo? Ayudando al Ministerio de Salud pública en la realización de campañas de formación, sensibilización y detección precoz y apoyando directamente a los principales centros de tratamiento del país en la mejora de sus infraestructuras. De esta manera, hace más fácil el acceso a medicamentos y equipamiento quirúrgico.



Anesvad comienza su trabajo en Togo en 2010, utilizando la misma estrategia que en el resto de países de África: intervención piloto en la lucha contra la UB, centrada en el apoyo de actividades de sensibilización y detección precoz y posterior ampliación de nuestra cooperación a la temática de Salud Materno-Infantil.

2010 es el año que marca también la fecha de salida de la organización de Camerún, el país de menor esperanza de vida de los hasta ahora narrados (50 años). Camerún es una

nación rica en recursos humanos, pero con un deficitario sistema de salud. Únicamente hay 10 médicos por cada 100.000 habitantes. El principal problema, al contrario que en sus países vecinos, no es la úlcera de Buruli, sino los altos niveles de desnutrición, en especial en los menores de 5 años en la provincia Noroeste. Aquí es donde ha puesto todas sus fuerzas Anesvad, creando y equipando centros de salud donde se ofrece una asistencia nutricional para niños y niñas hasta los 12 años.



Gracias a las campañas de sensibilización y al equipamiento quirúrgico instalado por Anesvad, las personas enfermas acuden a los dispensarios en las primeras manifestaciones de la enfermedad donde ahora se les atiende adecuadamente.

Doctor Jean Mari Kanga,
responsable del Centro
Hospitalario Universitario de
Abidjan.



Para el año 2002 el Doctor Jean Marie Kanga era Director del Programa Nacional de Lucha contra las Úlceras Mycobacterianas (PNUM) cuyo objetivo era el control de la úlcera de Buruli en Costa de Marfil y, con el que Anesvad colaboraba en aquel entonces.

Entrevista al Dr. Jean Marie Kanga.
Diciembre 2002. Año XXXII No. 94 p. 3-9.



El Dr. Kanga relataba que su primer contacto con la úlcera de Buruli, fue en el año 1982. La hija de una de sus enfermeras se infectó en un lago de agua estancada, cuando recogía piedras para un trabajo escolar. La enviaron a París, donde llegó a curarse y donde hoy en día sigue viviendo.

Desde entonces el Dr. Kanga hace todo lo posible para que las personas afectadas en Costa de Marfil tengan también la oportunidad de curarse, pero en su propio país y de manera gratuita.

¿Cuándo comenzaron a registrarse de forma alarmante casos de esta enfermedad?

De 1982 a 1990 se registraban unos 10 casos anuales de úlcera de Buruli en Costa de Marfil, sin embargo en 1995 eran ya 5.000 casos acumulados y en 1997 se registraron 11.000 casos. En ese mismo año se realizó una encuesta para estudiar la incidencia de la enfermedad en la población.

¿Cuál es la situación actual?

Hoy en día los casos han disminuido. Gracias a las Campañas de Sensibilización hay conocimiento de la enfermedad y –mayoritariamente- los afectados acuden a los dispensarios tras observar las primeras manifestaciones de la enfermedad. Sin embargo, la situación socio-económica de Costa de Marfil ha empeorado enormemente y la atención sanitaria es muy precaria.

Entonces ¿Se ha conseguido una mayor conciencia social de la enfermedad?

Gracias a las Campañas de Sensibilización que hemos realizado, la gente tiene un mayor conocimiento de la enfermedad y acude antes a los dispensarios médicos. Sin embargo, muchos de los afectados siguen confiando en los curanderos. Pero esto es más un problema económico que social. Al curandero no tienen

que pagarle con dinero, no les va a hospitalizar, y van a poder ser tratados en la comunidad.

¿Cómo afecta en una familia la presencia de la úlcera de Buruli?

En África existe una cultura muy fuerte de unión familiar. Un niño no será abandonado por su madre por ser enfermo de úlcera de Buruli. La comunidad la condenaría por mala madre. Esto afecta a la familia, ya que hay una desorganización de la estructura familiar. Incluso en algunos casos las madres llevan a hijos sanos y pequeños al dispensario, donde se encuentra el hijo enfermo con el fin de no desatender a ninguno. Si hablamos de mujeres afectadas, éstas sí suelen ser abandonadas por el marido.

La invalidez o, en el caso más extremo, el fallecimiento, son consecuencias ligadas a la úlcera de Buruli ¿Se puede hablar también de consecuencias psicológicas?

Las consecuencias psicológicas de la enfermedad son terribles. Los niños siguen siendo los más afectados, llegan a los dispensarios deprimidos porque el periodo de hospitalización es largo, las mujeres lo pasan muy mal pensando que no podrán tener hijos o que no encontrarán marido... Si algo les anima es ver como otros se han recuperado después de la cirugía. Reciben con alegría la noticia de que van a ser intervenidos quirúrgicamente.



anesvad



74-75



DÍAS
SIN LALO,
BENIN



Yves Barogui.

Médico jefe de la comuna de Lalo, en Benín.

Ser el único médico para 130.000 habitantes implica una dedicación de 24 horas al día. Serlo en una comuna pobre, Lalo, en uno de los países más empobrecido del mundo, Benín, implica no contar las horas. Sabe cuándo empieza, sobre las ocho de la mañana, pero nunca cuando acaba. Yves Barogui es médico jefe del Centro de Tratamiento y Detección precoz de la úlcera de Buruli en Lalo (CDTUB) y médico jefe de toda la comuna que tiene cerca de 130.000 habitantes. Ha participado en la elaboración del Plan Estratégico de lucha contra la lepra y la úlcera de Buruli en Nigeria y ha sido consejero para la OMS en formación de agentes de salud en Togo. Anesvad colabora en Benín desde 2002.

“Nada más llegar al hospital por la mañana arranco con la visita a todos los pacientes hospitalizados, de media, unas 40 personas. Me detengo con cada una de ellas, me tomo mi tiempo, lo necesitan. Cada una de estas personas tiene su historia, muchas han venido de lejos para recibir su tratamiento, otras están solas” Quien habla es Yves Barogui, médico jefe de la comuna de Lalo, en Benín. En el caso de la úlcera de Buruli hay muchos/as niños y niñas, que normalmente acuden en compañía de sus madres. Una vez que termina con la ronda de pacientes hospitalizados, empieza su jornada de consultas externas. Ésta no termina nunca hasta que no ve al último paciente. Muchas de las personas que se acercan hasta este centro se han desplazado durante horas y horas, han recorrido kilómetros en condiciones de penuria y no puede dejarles sin atención. Si se marchan sin ser atendidos, es

probable que no regresen. Después de esta tarea, vuelve a acercarse a todos los pacientes ingresados. “Me interesa saber si los cambios en las medicaciones y lo que me han contado a primera hora de la mañana ha sido tenido en cuenta. Una vez acabo con las consultas en el centro, tengo que desplazarme a cada posta de salud, 6 centros descentralizados en los que también se presta atención sanitaria”, prosigue.

En la semana hay días programados para los vendajes de las heridas provocadas por la úlcera de Buruli y es una tarea en la que se apoya en sus colaboradores, el personal de enfermería. Esas jornadas arrancan a las ocho de la mañana con el examen de la lesión de cada paciente. La úlcera de Buruli es una enfermedad que arranca en un nódulo y que si no se trata a tiempo deriva en enormes úlceras. Existe un tratamiento gratuito, financiado por



anesvad



76-77

varias ONGDs y canalizado a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el que se consigue paralizar el avance de la enfermedad y que las personas se curen. Es una combinación de dos antibióticos que se suministra durante varias semanas. Si no se detecta y no se suministra, el nódulo pasa a ser una úlcera, una herida que normalmente se da en en las extremidades y “se come la piel”, explica. Los grados de la enfermedad son diferentes en función de la extensión de la herida y por eso hay que examinar la lesión de cada paciente para decidir qué tipo de vendaje y tratamiento requiere esa persona. Es en ese momento cuando se toman muestras para el diagnóstico y el seguimiento de la enfermedad. “Cuando termina la sesión, elaboro un informe que recoge qué pacientes necesitan una operación, la consecuencia más grave de padecer la enfermedad. Con estas personas, empieza un protocolo de preparación psicológica y médica previa”, e insiste en que la atención individualizada es clave.

Las jornadas de operación arrancan

a las siete de la mañana y terminan sobre las dos de la tarde después de haber operado aproximadamente a ocho pacientes. Entre cada intervención, suele buscar unos minutos para acercarse a quienes están ya en sala de reanimación por si pudiera darse alguna circunstancia que se le escape al resto del personal. Cuando termina todas las intervenciones, visita a las personas operadas para asegurarse de que todas están bien, que el proceso de reanimación y recuperación es el adecuado y sobre todo, para evitar en la medida de sus posibilidades que tengan muchos dolores. Después, regresa a su despacho para las habituales consultas externas donde le esperan decenas de personas.

“Tanto de día como de noche estoy dispuesto a gestionar o a apoyar cualquier incidencia que pueda suceder. Los días están muy cargados, así que es por la noche cuando estudio y analizo los expedientes de los pacientes para tomar las mejores decisiones posibles para cada caso”, los días del Dr. Barogui son días interminables. También es

necesario ocuparse de las gestiones administrativas si es que no hay urgencias.

Vive en el centro así que sus momentos de descanso son escasos. A pesar de todo dice estar muy satisfecho de contribuir a mejorar la salud de las poblaciones más vulnerables, de las personas que viven en el entorno del Hospital y para los que son su único recurso. “Me satisface mucho disponer de recursos del gobierno y de organizaciones como Anesvad que nos apoyan permitiendo hacer realidad nuestra labor”, concluye.





POR EL
FIN DE LA
TRATA DE
PERSONAS

Como hemos podido ir viendo a lo largo de todo el libro, Anesvad apostó decididamente por trabajar por la erradicación de la trata de personas con fines de explotación sexual. Al igual que la lucha contra la lepra ha sido una de sus señas de identidad, la lucha contra la explotación sexual, especialmente la infantil, o el trabajo por la reparación de las personas en situación de trata también lo han sido.



Como hemos podido ir viendo a lo largo de todo el libro, Anesvad apostó decididamente por trabajar por la erradicación de la trata de personas con fines de explotación sexual. Al igual que la lucha contra la lepra ha sido una de sus señas de identidad, la lucha contra la explotación sexual, especialmente la infantil, o el trabajo por la reparación de las personas en situación de trata también lo han sido.

Si bien hemos ido detallando las intervenciones realizadas en este sentido, nos parece importante dedicar un pequeño espacio para explicar la situación global de la misma, así como sus múltiples aristas. Entender por qué hablamos de trata y no de prostitución es indispensable a la hora de acercarnos a este fenómeno.

Anesvad llevaba trabajando en este campo desde 1995 cuando tomó la iniciativa de hacerlo en Tailandia. El suroeste asiático, debido a su complejidad y sus débiles fronteras, se ha constituido como uno de los puntos sensibles en esta materia. Tailandia, Camboya, Laos pero también China, Perú o India han sido algunos de los lugares en los que

Anesvad ha puesto su granito de arena. En cada país ha trabajado con diferentes líneas de intervención, pero la detección y la recuperación de las supervivientes en situación de trata han sido el común en todos.

Hablar de trata o hacerlo de tráfico de personas no es lo mismo. El Protocolo de Palermo (2000) entiende la trata como:

“La captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación”

La trata de seres humanos con fines de explotación sexual afecta, sobre todo, a mujeres y niñas ya que vivimos en un sistema cultural y social en que la desigualdad de género todavía ubica a las mujeres en una situación de discriminación que hace que sus cuerpos y sean absolutamente vulnerables; ubicándolas, en muchas

ocasiones, en escenarios de riesgo para sus vidas.

La trata, a veces, se tiende a confundir con el tráfico de personas,

y, si bien es cierto, que el tráfico puede tener motivación de trata, la trata per se no tiene por qué suponer un cruce de fronteras ni un intercambio monetario por el traslado.

EN EL PRÓXIMO CUADRO SE PUEDEN VER LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS.

TRÁFICO

Hay consentimiento.

Implica el cruce de una frontera.

La relación entre el traficante y el migrante termina una vez llegado a su destino.

Durante el traslado hay mayores riesgos de salud y de perder la vida.

Es fundamentalmente un delito contra el Estado.

TRATA

El contacto se da bajo engaño.

El cruce de fronteras no es necesario.

El dinero para el traslado no es un factor importante sino someter a la persona.

Atenta contra la dignidad y los derechos de la personas, por lo que es un delito contra el individuo.

Anesvad ha hecho un esfuerzo especial por la recuperación de las niñas supervivientes de trata, las más vulnerables de la cadena; pues al ser menores no solo están más expuestas a abusos y violencias, sino que su derecho a una infancia feliz es arrebatado desde la raíz. En este sentido, son cuatro las principales formas de explotación sexual infantil: la prostitución, la trata, el turismo

sexual y la pornografía.

En esta última, en la pornografía infantil a través de internet abrió una línea de intervención Anesvad en 2004 que mantuvo en activo hasta 2009, cuando traspasa su trabajo a Protégeles. Desde entonces, el trabajo en contra de la trata forma parte de la esencia de Anesvad pero ya no de su actividad diaria.



HISTORIA DE SUPERVIVIENTE DE TRATA



Firoza fue traficada en 2011, con 14 años desde su pueblo, Biranmagar, en Basirhat, en India. Bapi Morol, el hombre que traficó con ella, es un pariente lejano. Se conocieron cuando él iba a visitar a la familia.

Un día, él le pidió que se vieran después del colegio para ir a dar una vuelta en su bici. Prometió que la llevaría de vuelta a casa pronto. Fueron hasta la estación de tren cercana, donde se encontraron con unos amigos de él. Mientras hablaban, le dieron comida. Después de comérsela cayó inconsciente. Cuando recobró el conocimiento, se encontró en un hotel, donde Bapi había alquilado una habitación para el día. Prometiéndole casarse con ella y una vida feliz juntos, Bapi se la llevó a Mumbai en tren al día siguiente. Una vez allí, Bapi la vendió a un burdel que había en un hotel. Firoza estuvo retenida en el hotel un

par de días antes de que la cambiaran a otro burdel. Mientras estuvo allí, tres hombres la violaron, entre ellos Bapi. La retuvieron casi una semana, hasta que unos hombres de la ciudad que estaban allí y sabían que había desaparecido de su pueblo la vieron.

La ayudaron a salir del burdel y le ofrecieron refugio hasta que pudieran enviarla de vuelta a casa. Entretanto, les pidieron a sus padres que enviaran dinero para poder pagarles a los hombres del burdel, que los habían localizado y los presionaban con devolver a la chica. Sus padres pidieron un préstamo poniendo como aval sus tierras y otras posesiones y gastaron unos 400€ para pagarles y sufragar el viaje de regreso de Firoza. La gente que la ayudó a escapar del burdel la metió en un tren de vuelta a Howrah, desde donde llegó a su casa por su propio pie.



TIEMPOS ADVERSOS

50 años de trayectoria no pueden constituirse únicamente de buenos momentos y de retos cumplidos satisfactoriamente. A veces, las malas noticias llegan como un jarro de agua fría y hay que saber adaptarse a ellas y transformarlas en algo positivo. Anesvad, como tantas organizaciones, también ha tenido malas épocas.

En 2001 llegaban malas noticias, al imposibilitar su entrada en la Coordinadora de ONGD de Euskadi, al año siguiente llegaría su expulsión de la CONGDE. Noticias difíciles de encajar que, en cambio, vinieron acompañadas de fuertes apuestas estratégicas. Anesvad abriría por primera vez en su historia una delegación en Madrid, lo haría en el año 2001. Cuatro años después volvería de nuevo a mudar su piel de Bilbao; situando su nueva sede en la Calle Henao, 29, donde estarían ubicados hasta el año 2013.

EL PEOR VARAPALO

El momento más difícil para Anesvad llegará en marzo de 2007 cuando será detenido su presidente e impulsor José Luis Gamarra acusado de apropiación indebida de fondos. La noticia trasciende a la prensa en donde se forma un fuerte revuelo mediático. La causa, en cambio, era previa a la detención de Gamarra, ya que en 2005 dos directivos fueron destituidos por la misma razón.



anesvad

50

82-83

Quienes trabajaban en aquel momento en la sede recuerdan con mucho dolor y tristeza el momento de la detención, pero creen que es importante hablar de lo que supuso para el proyecto y, sobre todo, para su recomposición.

En el mismo momento de la detención, la Ertzaintza registraría la sede y se nombraría una Administración Judicial que estaría vigente hasta 2013, cuando se nombraría un nuevo patronato, esta vez mucho más plural y compuesto

por personalidades con largas trayectorias profesionales como su actual Presidenta, la Magistrada y Presidenta de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, Garbiñe Biurrun. Este mismo año también Anesvad se incorporará al Consejo Vasco de Cooperación y a la Junta Directiva de la Asociación Española de Fundraising. Tras la tormenta, Anesvad, poco a poco, recuperará la calma.

La detención supuso un shock para el equipo que se encontraba en

activo y que tuvo que atender, como recuerda una de las trabajadoras, a muchas llamadas de socios/as preocupados por lo que estaba sucediendo. Lo hicieron, dice, con mucha paciencia y mimo. Desde el equipo de comunicación se decidió mandar una nota de prensa desmarcando a Anesvad de las acciones de José Luis Gamarra y pidiendo “aclarar cuanto antes las circunstancias” a la vez que mostrando su disposición a “colaborar activamente con la justicia”.



De izquierda a derecha y de abajo a arriba. Berta Mendiguren, Javier Laorden, Garbiñe Biurrun, David Ugarte, Jaume Garau y Antonio González.

Buenos días a todos y a todas.

Hoy, 14 de marzo, los trabajadores y las trabajadoras de ANESVAD queremos hacer las siguientes declaraciones para lanzar un mensaje de responsabilidad y de ilusión, con el objetivo de superar esta situación tan grave que, sin haberlo querido ni merecido, nos hemos visto obligados a sufrir.

El compromiso de nuestra ONGD y de todo su personal con los países en vías de desarrollo y con los millones de personas cuyas condiciones de vida mejoran gracias a los proyectos que apoyamos nos obliga en una situación tan dura, y frustrante como ésta a levantar la cabeza y a posicionarnos ante la opinión pública. Queremos dejar claro que estamos dispuestos a tirar hacia adelante para cumplir con nuestro cometido y con los compromisos que ANESVAD asumió en 1968 en favor del desarrollo humano.

Por todo ello, queremos manifestar los siguientes puntos:

- ANESVAD quiere recordar que las acciones que están siendo investigadas incuben exclusivamente a Don José Luis Gamarra Aranoa, y no ANESVAD.
- Los trabajadores y las trabajadoras de ANESVAD somos víctimas de esta situación y los más interesados en que esta situación se resuelva cuanto antes. Como comunicamos la semana pasada, no nos responsabilizamos de las presuntas acciones ilícitas cometidas por José Luis Gamarra, y seguiremos colaborando activamente con la Justicia hasta aclarar este asunto.
- Nuestra intención es continuar con el trabajo de cooperación al desarrollo, que diariamente contribuye a mejorar la calidad de vida de millones de personas de países en vías de desarrollo. ANESVAD nació en 1968 con este objetivo y nosotros y nosotras tenemos la voluntad y la motivación necesarias para seguir cumpliendo este cometido.
- Lamentamos que muchas personas se sientan decepcionadas y desilusionadas tras los acontecimientos que estamos sufriendo, sobre todos nuestros donantes, que durante años han estado apoyando nuestro trabajo. También queremos recordar al resto de las ONG, y dejar claro a la opinión pública que estos hechos no deben hacernos perder la confianza en las ONG, en el importante papel que juegan en nuestra sociedad y en los resultados de sus acciones, que hacen que millones de personas de los países del Sur mejoren sus condiciones de vida y puedan acceder a los derechos fundamentales.
- Queremos agradecer el apoyo recibido por parte de muchos de nuestros donantes, de personas ajenas a la ONG, de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, de nuestras contrapartes en el terreno y de empresas. En estos momentos tan duros para ANESVAD nos han querido transmitir su solidaridad y ánimos para seguir desempeñando nuestro trabajo.
- Asimismo agradecemos el respeto, la paciencia y la comprensión recibida de los medios de comunicación, que habéis informado de los acontecimientos de forma respetuosa y correcta.
- Por último, queremos terminar dejando claro que la transparencia, la profesionalidad y la eficiencia son los objetivos fundamentales que van a regir nuestras actuaciones con el fin de recuperar, en un futuro cercano, la confianza de nuestros donantes, de la sociedad y de todo el sector asociativo.

Muchas gracias por todo y muy buenos días,

Bilbao, 14 de marzo de 2007

José Luis Gamarra fue condenado por el Tribunal Supremo que confirmaría el fallo anterior de la Audiencia Provincial de Bizkaia a 6 años de prisión por apropiación indebida de fondos y a devolver el dinero del que se apropió. Anesvad personada en la causa como parte perjudicada, sigue realizando a día de hoy las gestiones necesarias para que se restituyan el 100% de los fondos sustraídos.

El proyecto de Anesvad, a pesar del duro varapalo, sigue adelante, aunque en el camino pierde base social, pasando de 158.500 donantes a 54.500. Recuperar la confianza, reavivar el proyecto y el respaldo de los socios será uno de los objetivos durante los próximos años.



anesvad

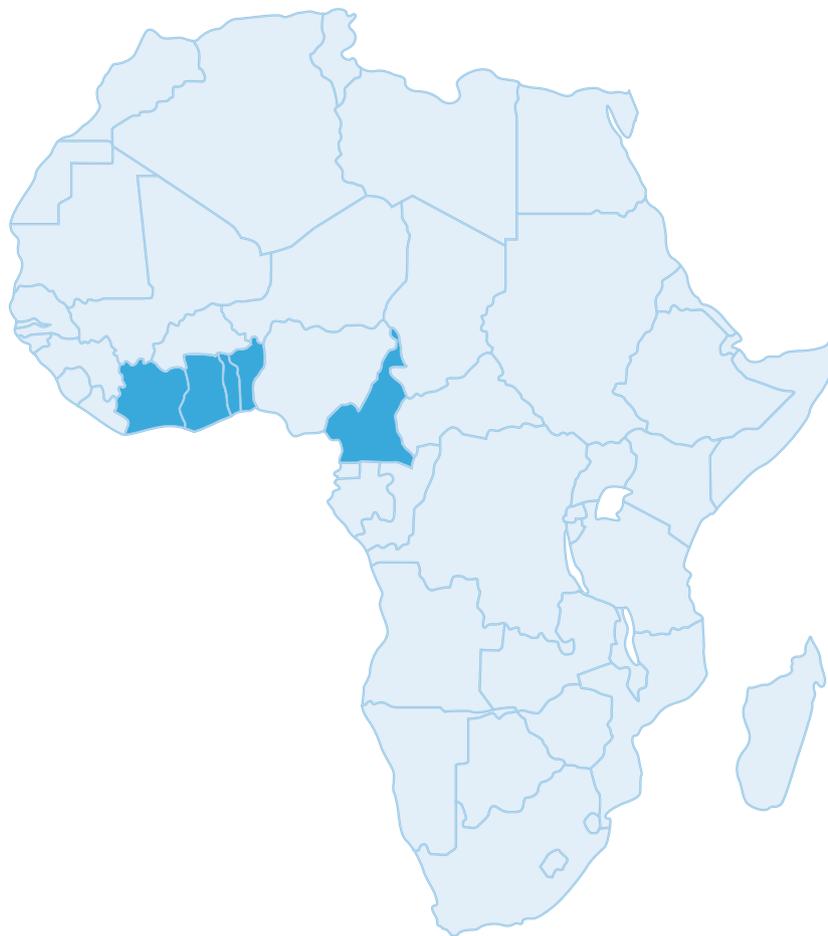


84-85

A close-up portrait of a woman with dark skin and hair, wearing a vibrant, multi-colored striped headwrap. She is looking directly at the camera with a neutral expression. The background is a plain, light brown wall. The text 'EN ÁFRICA SUB-SAHARIANA' is overlaid on the left side of the image in a white, thin, sans-serif font.

EN
ÁFRICA
SUB-
SAHARIANA

África ha sido y es para Anesvad un lugar central de intervención. Siempre presente en la región subsahariana y trabajando, especialmente, la úlcera de Buruli, será a partir del año 2010 cuando diversifique su trabajo hacia otras temáticas, en este caso centradas, sobre todo, en la Salud Materno-Infantil.



Cuando en 2015 se presenta la Nueva Estrategia de Intervención, Anesvad definirá sus países y temática de intervención, y, serán cuatro los países sobre los que ponga todas sus fuerzas: Ghana, Benín, Togo y Costa de Marfil.

Estos países se encuentran en la región de África Subsahariana,

donde las Enfermedades Tropicales Desatendidas afectan sobremanera a parte de la población. Desde entonces y hasta día de hoy Anesvad se encuentra trabajando en estos países desde un enfoque de defensa y promoción de los Derechos Humanos en coherencia con una estrategia de Atención Primaria de la Salud (véase capítulo XIII).



anesvad



86-87



¿QUÉ SON LAS ETD?

Las Enfermedades Tropicales Desatendidas (ETD) son un grupo de enfermedades infecciosas que infligen sufrimiento y discapacidad crónica a MIL MILLONES de personas de las poblaciones más empobrecidas del mundo.

Las ETD afectan a comunidades sin acceso a servicios de salud, a una adecuada higiene y a agua potable. Es decir, comunidades que a menudo viven en condiciones de pobreza extrema. Estas enfermedades olvidadas, que se encuentran entre los mayores problemas del mundo, provocan desfiguraciones, discapacidades y amputaciones y atrapan a las familias en un ciclo interminable de pobreza y enfermedad.

Aproximadamente una de cada seis personas en el mundo padece una o varias de las veintiuna enfermedades catalogadas como ETD que impactan sobre la vida de más de mil millones de personas que viven fuera del foco de atención de la sociedad en condiciones precarias.

Fuente: OMS

Hacer una apuesta por trabajar en otros países una temática tan concreta como las ETD le llevará, a su vez, a ir cerrando su presencia en otros lugares del mundo durante los años 2016-2017. Anesvad se marchará muy poco a poco de América Latina y Asia. Esto es lo que le permitirá, precisamente, abrir su abanico al máximo a las ETD y

trazar una estrategia de intervención específica y centrada en los países africanos. Por ello, además de la úlcera de Buruli, Anesvad trabajará en la región la lepra, el pian o la filariasis linfática. Por lo tanto, la Nueva Estrategia de Intervención marcará un punto de inflexión en lo que al trabajo en África Subsahariana respecta.

¿QUÉ ES EL PIAN?

- Enfermedad infecciosa conocida como frambuesía por el aspecto de sus úlceras.
- Causada por la bacteria *Treponema Pallidum* subespecie *pertenue*.
- Se contagia fácilmente al transmitirse a través del contacto directo con la piel de una persona infectada.
- 13 países endémicos. 100.00 casos al año. 50 millones de personas requieren tratamiento.
- En 2012 se descubrió cómo acabar con ella, una sola pastilla de azitromicina, lo que en países desarrollados tomamos para curar unas anginas es suficiente para curar a una persona.
- Es la segunda enfermedad en la historia de la humanidad que puede erradicarse, después de la viruela.



¿QUÉ ES LA FILARIASIS LINFÁTICA?

- Es una infección dolorosa que puede producir hipertrofia anormal en algunas partes del cuerpo, llegando a producir discapacidad permanente, así como estigma social.
- Es causada por la transmisión de parásitos denominados filarias a través de los mosquitos.
- Estos gusanos pueden vivir una media de 6 a 8 años y a lo largo de su vida producen millones de larvas que circulan en la sangre. 856 millones de personas de 52 países necesitan quimioterapia preventiva para detener la propagación de la infección.
- La OMS puso en marcha en 2000 su Programa Mundial para Eliminar la Filariasis Linfática y en 2020 se prevé conseguirlo.
- Aliviar el sufrimiento y evitar una mayor discapacidad a las personas afectadas son los objetivos principales.

Como decíamos, actualmente Anesvad se encuentra presente en cuatro países. En Benín y Ghana ya han puesto en marcha sus proyectos globales dentro de la nueva estrategia y en Togo y Costa de Marfil lo harán en los próximos meses. En todos ellos su forma de trabajar es muy similar. Todo empieza, en primer lugar, analizando las características del contexto y los actores presentes en cada país, así como la situación epidemiológica específica de las ETD de manifestación cutánea. En resumidas cuentas, Anesvad trabaja en África Subsahariana desde los siguientes preceptos:

- Trabajar mano a mano con los Programas Nacionales de lucha contra las ETD en los diferentes países.
- Aliarse con los Planes Directores Nacionales de las ETD (2016-2020) de cada uno de los cuatro países.
- Contribuir a la consecución del objetivo de la agenda 2020 marcado por la OMS de controlar la úlcera de Buruli, eliminar la lepra



y la filariasis linfática y erradicar el pian para el 2020.

- Acercarse a estas enfermedades a través es un enfoque integrado promovido por la OMS; pasando de programas verticales (de una sola enfermedad) a programas integrados e integrales de lucha contra estas enfermedades. Se pone el foco no solo en una ETD sino en varias por su similitud en el acercamiento terapéutico.
- Centrar las principales intervenciones dentro de los programas globales con los Gobiernos: prevención y sensibilización, diagnóstico y tratamiento precoz de los casos, confirmación de casos, rehabilitación y prevención de discapacidades, investigación operacional y científica.
- Trabajar las temáticas transversales a las ETD como son el género, la discapacidad, el medio ambiente y la interculturalidad y los determinantes sociales de la salud como el agua, saneamiento e higiene y la nutrición entre otros.



En Benín, por ejemplo, se apuesta por desarrollar un enfoque más holístico y una visión sistémica de los problemas que vaya más allá de centrarse en una única enfermedad. La disminución de los casos de UB proporciona el contexto adecuado para la puesta en marcha de estrategias innovadoras. De esta manera, en el marco temporal de 2016-2020 se está llevando a cabo un plan integral contra la Enfermedades Tropicales Desatendidas (ETD) que tiene como objeto final “eliminar la lepra, el control de la úlcera de Buruli y erradicar el pian. Es un objetivo ambicioso pero alcanzable para el

que desde Anesvad se plantean una serie de acciones que están en la actualidad en marcha a través de un programa piloto que pretende llegar a 77 municipios del país.

En el caso de Ghana, la apuesta es bastante parecida a la de Benín ya que el proyecto que en la actualidad está en marcha busca lograr el control de la UB, la eliminación de la lepra a nivel subnacional y la erradicación del pian. Todo ello en 15 distritos seleccionados en 7 regiones en las que se trabaja la detección y prevención. ¿Cómo se hace? Pues, a través del fortalecimiento de la vigilancia a nivel comunitario, el tratamiento de todos los casos

identificados y la administración masiva de medicamentos. Todo ello se reforzará, además, con sistemas de laboratorio y monitoreo y una fuerte apuesta por la investigación.

Por su parte, en Togo y Costa de Marfil, también se seguirá la misma lógica que en Benín y las previsiones apuntan a que a finales de 2018 estén aprobados y listos para su lanzamiento ambos programas. Hoy en día los dos países cuentan, con un plan Director para la lucha contra las ETD y un Plan Estratégico para las tres ETD de las que es objeto la misión de Anesvad: lepra, pian y úlcera de Buruli.

HACIA UNA ANESVAD RENOVADA

Desde hace ya unos años Anesvad se encuentra inmersa en un proceso de transición y cambio que cada vez está más consolidado. Como hemos podido ver en el último capítulo, la organización va focalizando más sus intervenciones hacia temáticas más específicas (ETD) en lugares más concretos (África Subsahariana). El proceso de reconversión y cambio si

bien es lento va dando sus frutos de manera firme.

Así, en 2008 el modelo de cooperación incorporará el Enfoque Basado en Derechos Humanos, aunque no será hasta la entrada en 2013 del nuevo patronato cuando se ratifique la apuesta por este nuevo enfoque. Desde entonces, comenzará un periodo de transición que culminará en junio de 2015 con la presentación de la Nueva Estrategia de Intervención que irá de la mano de un nuevo Modelo Fundacional y de la Nueva Estrategia de Comunicación y Educación para la Transformación Social. En la actualidad estos serán los tres pilares que rijan la actividad cotidiana de Anesvad.

Mientras tanto, además, se irán dando algunos pasos importantes como la creación del consejo asesor en 2009. La obtención de las certificaciones ISO 9001 y EFQM, la incorporación en Coordinadora de ONGD (CONGD-España, Red

**HABLAR DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE LA SALUD
SUPONE TENER EN
CUENTA LOS PRINCIPIOS:**

- Distribución equitativa de recursos.
- Participación comunitaria.
- Tecnología apropiada.
- Cooperación entre los diferentes sectores.
- Énfasis en la prevención sin descuidar los cuidados paliativos.



Actual oficina en
General Concha, Bilbao.

ONGD Madrid, Harresiak Apurtuz) y la obtención de los sellos de Transparencia de las CONGD-España y la Fundación Lealtad, respectivamente.

Para entender la esencia de la nueva estrategia de intervención basta con mirar la misión, visión y valores que rigen la renovada Anesvad. Así, como venimos repitiendo, la principal misión es la lucha contra las Enfermedades Tropicales Desatendidas (ETD).

Una lucha contra las ETD que Anesvad realiza desde una visión firme, focalizada en contribuir a la eliminación y erradicación de las mismas y priorizando, siempre, a las poblaciones en situación de vulnerabilidad para que las mismas tengan la posibilidad de disfrutar de buena salud y así tener más oportunidades de vivir una vida digna.

En esta nueva apuesta se encuentra la Anesvad renovada que mira al futuro siendo consciente de sus

50 años de pasado. En esta nueva apuesta se encuentra la Anesvad renovada que mira al futuro siendo consciente de sus 50 años de pasado. Hemos viajado por su historia durante un centenar de hojas, hemos accedido a sus memorias y esperamos con mucha ilusión que este recorrido sirva para en un futuro recordar lo que hicimos, seguir haciendo mucho más y, disfrutar juntas y juntos de un viaje que es colectivo.



“LOS PROYECTOS VAN MÁS ALLÁ DE UN FIN Y BUSCAN CAMBIOS SUSTANCIALES”

ENTREVISTA IÑIGO LASA

Iñigo Lasa Hernández (1969) es el actual Director de Anesvad. Se licenció ya hace unas décadas en Ciencias Económicas y Empresariales y tiene una dilatada carrera en el mundo de la cooperación. Ha representado a organizaciones como Mugarik Gabe o Mundubat Guatemala, Cruz Roja en Sri Lanka, Acción contra el Hambre en Armenia, o Médicos del Mundo en Nepal. Ahora se encuentra al frente de Anesvad con el reto de liderar la implementación de la nueva estrategia de intervención social. Con él, terminamos el viaje por los 50 años de Anesvad, mirando el futuro de la organización que preside y a los retos que enfrentan en materia de Derecho a la Salud.



¿Qué significa trabajar la Salud con un enfoque de Derechos Humanos?

Significa mirar a dos aspectos clave. Por un lado, poner a la población por delante y trabajar con las personas más vulnerables y velar por su participación activa en los proyectos, y, por otro lado, tenemos que entender muy bien cómo están funcionando los Estados africanos con los que trabajamos. Qué reglamentos, leyes o acuerdos internacionales han

aprobado, para entender su praxis política y cómo eso nos influye en nuestro trabajo. Y, por supuesto, por último, saber cómo deben fortalecerse las políticas públicas que se están llevando a cabo en torno al Derecho a la Salud.

¿Cuáles son los cambios fundamentales que se dan en Anesvad con la nueva Estrategia de Intervención?

El más importante de ellos es que nos estamos centrando en trabajar con la población más olvidada, la afectada por las Enfermedades Tropicales Desatendidas en África Subsahariana, una problemática casi no trabajada en cooperación. Te estoy hablando de unas enfermedades donde no hay mucha inversión por parte de los propios países ni de los Organismos Internacionales. Precisamente, son estos pocos Organismos Internacionales especializados en las ETD con los que queremos centrar nuestra relación, la OMS en particular. Esa sería un punto importante de nuestra nueva estrategia.

¿Podríamos afirmar entonces que esta estrategia está más focalizada en profundizar en determinadas realidades frente a la anterior que era más global?

Sí. El trabajar exclusivamente las

ETD significa trabajar con la población más vulnerable en el continente más olvidado.

Estáis preparando para 2018 intervenciones en nuevos países ¿Qué expectativas tenéis?

Concretamente en Togo y Costa de Marfil vamos a iniciar intervenciones centradas en integrar la lucha contra las ETD de manera conjunta, involucrar a los estados, e incorporar temáticas clave como el agua y saneamiento. Esperamos poder entender la problemática de las ETD lo mejor posible y mostrar, a través de nuestros proyectos, las evidencias de lo que está funcionando y de lo que no. Los proyectos de esta manera son también un medio que nos ayudan a lograr cambios sustanciales a nivel nacional o internacional.

¿Cuáles son los principales retos más urgentes e importantes en el trabajo con las ETD?

El reto global es disminuir el impacto de las ETD en la población y mejorar ante todo las medidas de prevención. Es muy importante visibilizar a nivel particular la importancia que tienen estas enfermedades dentro de estos países endémicos y, sobre todo, relacionarlas con sus determinantes sociales, es decir las circunstancias en las que viven las familias que tienen una influencia en su salud, como su

vivienda, trabajo, medio ambiente, género, etc.

Hablando de salud, ¿en el Derecho a ella cuáles son los desafíos?

En general, fortalecer los sistemas de salud pública, y hacerlo ante todo desde el combate de la desigualdad. Es decir, que en los retos políticos y económicos que tienen los países tengan en cuenta que para fortalecer su sistema de salud pública de manera sostenible deben de impedir las desigualdades ya que son las que provocan que la población empobrecida no mejore sus indicadores de salud.

La Cooperación Internacional abarca muchos frentes, ¿en qué punto de su agenda está el trabajo por la Salud?

Se han reducido mucho los fondos destinados a trabajar en salud. Ahora se apuesta, sobre todo, por el fortalecimiento institucional que permita a los propios países mejorar su capacidad de resolver sus problemas. La cooperación también enfoca su trabajo en cerrar la brecha entre sociedad civil y gobierno, es decir, somos facilitadores de estos procesos de dialogo. Si es posible, además, intentamos hacerlo de la manera más práctica y profesional, mostrando de manera rigurosa las evidencias de cómo la población se puede ver más favorecida.



anesvad



Nuestro viaje después de medio siglo continúa y no terminará en tanto el Derecho a la Salud no sea una realidad para todas las personas. Gracias por vuestra compañía, sin la que llevar a cabo nuestra labor sería absolutamente imposible. Os necesitamos para continuar este viaje comprometido y apasionante.

Garbiñe Biurrún Mancisidor.

Presidenta de Anesvad.

CRÉDITOS

Texto

Fundación Anesvad

Traducción a euskera

Alaitz Andreu Eizaguirre

Entrevistas

- Dra. Shilpa por Alfonso Alzugaray. 2015
- Carlos Rojas IDIPS por Miren Hualde. 2016
- Entrevista al Dr. Jean Marie Kanga. 2002 Depto. de Comunicación

Testimonios

Por Miren Hualde

- Historia de Superviviente de Trata. Testimonio de Firoza Khatoon. Superviviente de Trata en la India. 2016
- Días sin fin en Lalo, Benín. Yves Barogui. 2017

Fotografías © De los Autores

Fundación Anesvad

Elssie Ansareo

Nicolás David

Gorka Goikoetxea

Ana García Blanca

Pérez Guzmán

Javi Gil

Seila Montes

Gráficos de Intervenciones por líneas temáticas.

Estudio gráfico Tarma

Spots Publicitarios (photostill)

Spot " Careta Lady Di" Remo & Asatsu. Emisión: 1998 - 1999.

Spot " Lavadora". Remo & Asatsu. Emisión: 2003.

Spot " Que no les maquillen la sonrisa. Stop a la trata de seres humanos" Hopper Ink. 2013

Diseño y maquetación

ROS.O

Impresión

La Trama

Depósito Legal

BI-1601-2018

anesvad

anesvad@anesvad.org

General Concha, 28 - 1º • 48010 BILBAO

Tel. 94 441 80 08

www.anesvad.org



