

Boletín informativo

marzo 2014



Lucha contra la malnutrición aguda grave en Burkina Faso.

¿Por qué este proyecto?¹

La región africana del Sahel, en la que se encuentra Burkina Faso, padece crónicamente un déficit de alimentos al depender sus principales cultivos del régimen de lluvias. Esta situación se exagera periódicamente a consecuencia de sequías prolongadas o inundaciones, llevando a muchos hogares a una situación crónica de inseguridad alimentaria y nutricional, resultado de su falta de medios y de una insuficiente capacidad para adaptarse a las crisis.

Cuando las cosechas son insuficientes, la falta de cereales básicos da lugar con frecuencia una subida de los precios. La dificultad para adquirir estos cereales básicos afecta sobre todo a los hogares más vulnerables, exponiendo a sus miembros a la malnutrición, especialmente a las niñas y niños menores de cinco años y a las mujeres en edad fértil.

¹ Información proporcionada por los equipos de medicusmundi Andalucía y Gruppo di Volontariato Civile en Burkina Faso



Distribución de víveres en Kohogo (Ouargaye)



La detección de menores con desnutrición se realiza midiendo el perímetro del brazo

En el nuevo proyecto las ONGs GVC y MMA intervienen en 38 pueblos de la región del centro-oeste. En total, en los primeros seis meses del proyecto, se han detectado unos 1.300 casos de menores con desnutrición grave y aproximadamente 6.500 con desnutrición moderada. Del total de casos han respondido al tratamiento más del 90%.

En 2012, en Burkina Faso, país con el que Medicusmundi Andalucía (MMA) tiene una fuerte vinculación desde hace años, junto con la ONGD italiana Gruppo di Volontariato Civile (GVC), iniciamos un proyecto contra la desnutrición infantil grave, financiado por la Unión Europea a través de la Dirección General de Ayuda Humanitaria y Protección Civil (DG ECHO). En este proyecto se detectó y trató a cerca de 2000 niños con malnutrición aguda grave, se formaron 1200 agentes de salud y se sensibilizó a unas 3000 familias en prevención de malnutrición. Además, se construyeron dos Centros de Rehabilitación y Educación Nutricional (CREN) y se equiparon 77 centros de salud con material para hacer el diagnóstico y seguimiento de la desnutrición así como con material para la realización de demostraciones culinarias para las familias.

Período de ejecución

Del 1/03/2013 al 28/02/2014

Objetivo general

Identificación y tratamiento de menores con malnutrición aguda severa (MAS)

Objetivo específico

Apoyar las estructuras sanitarias públicas de los distritos sanitarios de Pouytenga, Ouargaye y Zorgho para que puedan hacerse cargo de la MAS en niños y niñas de 0 a 59 meses.



Agente de salud preparando una sopa enriquecida en una demostración culinaria

CREN construido y equipado en Pouytenga



Zona de intervención:
comunas de Bissiga,
Comin Yanga, Dourtenga
et Ouargaye

Región centro-este
Burkina Faso

Algunas preguntas y respuestas

¿Qué es la malnutrición?

Consiste en carecer de los nutrientes necesarios que permiten llevar una vida familiar y social activa, pero también de lo contrario: tomar nutrientes en exceso que, al ser acumulados como grasas, pueden ocasionar diversas enfermedades.

Cuando la malnutrición es total, es decir, causada por una falta de calorías y proteínas, se habla de desnutrición. Puede haber malnutrición parcial por falta de algún micronutriente necesario (vitaminas, hierro, calcio, yodo...). Cuando es por exceso de ingesta se produce sobrepeso y obesidad.

¿Por qué estas personas no tienen suficiente para comer?

Hacia 1950, casi la mitad de la población mundial estaba malnutrida. Actualmente, la desnutrición afecta al 12,5%, pero esta cifra significa que casi 870 millones de personas tienen malnutrición calórica, a los que hay que añadir unos dos mil millones con déficit de algún micronutriente (vitaminas, hierro, calcio, yodo,...). Según la FAO, el 26% de los y las menores de cinco años presenta retraso del crecimiento y el 31% tiene déficit de vitamina A.

En los países del Sahel, muchas familias y comunidades viven exclusivamente de la agricultura. Los años de sequía e inundaciones, las cosechas son insuficientes para asegurar su supervivencia por lo que deben comprar los cereales que necesitan. Pero sus recursos económicos suelen ser muy limitados –incluso inexistentes– y, además, cuando hay escasez es frecuente que los precios de los cereales aumenten. Esto hace que estas familias se encuentren atrapadas en un círculo vicioso de pobreza y hambre crónica, que afecta a todos los miembros de la familia pero, especialmente, a las mujeres embarazadas y a la infancia.

¿Qué problemas causa la desnutrición en la infancia?

Los niños y niñas con desnutrición tienen menos defensas ante posibles infecciones y se recuperan peor, por lo que su riesgo de morir por una enfermedad infecciosa (como una diarrea o una infección respiratoria) es muy superior a la de los niños bien nutridos de su entorno. Además, los que sobreviven, presentan retrasos del desarrollo intelectual, emocional, social y físico. Es decir: tienen más dificultades para aprender y relacionarse y su talla es menor que la de otros niños y niñas de igual edad de su entorno.

A largo plazo, las personas adultas que sufrieron desnutrición en su infancia, es probable que tengan peor calidad de vida y menos esperanza de vida que los individuos de la misma edad en su medio.

¿Qué es y qué hace un agente de salud comunitaria?

Los agentes de salud comunitaria son personal local, no sanitario, que recibe una formación específica en determinados temas. En este caso concreto, reciben formación para detectar a los niños y niñas desnutridos y, además, sensibilizan a la población y hacen las visitas a domicilio para el seguimiento de los niños en tratamiento así como para conocer las condiciones de higiene de los hogares y el acceso a agua limpia y saneamientos de las familias.

Un problema importante observado en el tratamiento de la desnutrición es el abandono (en muchas ocasiones las madres no tienen apenas tiempo para llevar a los niños al control), por lo que otra de las funciones de estos agentes es visitar en el domicilio a quienes no acuden al centro de salud para el seguimiento ni para recibir las siguientes dosis del tratamiento.

La sensibilización se refuerza mediante programas radiofónicos en francés y lengua local así como con animadores locales que organizan sesiones para informar a la población, hacen demostraciones culinarias y proporcionan consejos nutricionales a las madres.

El sistema de cupones: cubrir las necesidades alimenticias de los hogares y promover una alimentación diversificada²

El objetivo de los cupones es proporcionar a los beneficiarios la posibilidad de elegir sus víveres preferidos, incluidos alimentos con contenido alto en proteínas como el “niebe” (judías). La implicación de los tenderos locales, que ofrecen tanto alimentos (arroz, aceite vegetal, sardinas enlatadas, condimentos...) como productos no alimentarios, ha permitido una mayor diversificación en la alimentación de los hogares así como la posibilidad de adquirir bienes (pilas, linternas, jabón y otros) que de otra forma debían abonar en metálico, por lo que la accesibilidad a los mismos en las épocas de carestía estaba muy limitada para estas familias. Además, se han puesto en marcha unos cupones salud, utilizables en múltiples ocasiones y por cualquier miembro de la familia en el área sanitaria de referencia, hasta el agotamiento del montante del cupón.

El proyecto ha alcanzado a 761 hogares muy pobres (4.037 personas) y 969 hogares pobres (6.969 personas). La distribución de los cupones (para víveres, salud y otros productos) se ha realizado a intervalos regulares, permitiendo a los beneficiarios organizar sus actividades de “hivernage” (época de lluvias) y proteger sus medios de subsistencia: tras la segunda distribución de los cupones, el 95% de los hogares beneficiarios no ha tenido que recurrir a estrategias de supervivencia como la venta de bienes productivos (venta de sus campos o de las hembras reproductoras del ganado) o a otras prácticas: abandono de sus campos para trabajar los de otra persona a cambio de un salario, emigrar, endeudarse...



Sesión informativa sobre el uso de los cupones

La intervención ha garantizado la continuidad de la disponibilidad de alimentos y ha permitido un aumento en el número de comidas al día –en los adultos de 2 a 2,5 y en los niños de 2,9 a 3,2– cuando, habitualmente, en el período de carestía la tendencia era a la disminución del número de comidas diario.

Se ha observado también una marcada diversificación en la alimentación, incrementándose el porcentaje de hogares que consumen más de cuatro tipos diferentes de alimentos (como cereales, legumbres, grasa vegetal, proteínas...) que ha pasado, tras la segunda distribución, del 18% al 81%, con un aumento importante de alimentos ricos en proteínas como las judías (+40%), aceite vegetal (+69%), legumbres y alimentos ricos en vitaminas.

² Extracto del artículo “Assistance alimentaire aux ménages très pauvres et pauvres des provinces du Centre- Est, Burkina Faso”. *Fabio Pierini, GVC*. Bulletin d’information Medicus Mundi Andalucía/Gruppo de volontariato Civile. Octubre 2013.



Sesión de reparto de cupones

La introducción de los cupones salud: un objetivo de la asistencia alimentaria que repercute directamente en la salud de los hogares

En Burkina Faso, como en el resto de los países de África subsahariana, la asistencia médica no es gratuita, debiendo las familias abonar una cantidad por la consulta médica así como pagar las medicinas en su totalidad, incluidos los tratamientos dentro del hospital. En ocasiones, las cantidades a abonar son excesivas relacionadas con sus ingresos y no es raro que, ante una enfermedad grave, deban decidir entre no tratar a la persona enferma o endeudarse peligrosamente de por vida.

El primer objetivo de los cupones salud fue , por tanto, proteger los medios de subsistencia de las familias, cubriendo en especies una parte de sus necesidades durante el período entre cosechas, en el cual los hogares se ven obligados a recurrir a estrategias perjudiciales para ellas con el fin de sobrevivir. Los cupones han permitido a las familias cuidar de su salud sin necesidad de consumir parte de sus escasos recursos abonando las consultas médicas y los medicamentos.

Un mes tras la entrega de los cupones, el 57% de los hogares habían acudido al centro de salud de referencia para una o más consultas, el 40% de ellas para pacientes de 0-16 años y el 27% para menores de 5 años.

La enfermedad por la que se ha consultado con más frecuencia ha sido el paludismo (73% de casos) asociado en el 40% de los casos a otros problemas, sobre todo infecciones respiratorias.

Potenciando a la sociedad civil de Marruecos La plataforma por el Derecho a la Salud



El Colectivo por el Derecho a la Salud en Marruecos (CDSM) es una plataforma de asociaciones de defensa de derechos humanos y de derechos de las mujeres, fundada en 2009, la cual considera que la lucha por la promoción del derecho a la salud es una de sus misiones principales. Este colectivo preconiza el acceso libre, universal e igualitario a la salud y al bienestar como derecho humano fundamental, sin discriminación de ningún tipo y demandan una **Atención Primaria de Salud universal** con un enfoque equitativo, participativo e intersectorial.

Sus objetivos se centran en incidir para que todos los ciudadanos y ciudadanas accedan por igual a los mismos servicios de salud y en iguales condiciones de calidad; en participar en la mejora del sistema de salud marroquí para que

responda mejor a las expectativas de la ciudadanía marroquí y en el refuerzo de la propia red implicando a asociaciones que actúan por la promoción del derecho a la salud.

medicusmundi Andalucía, dentro del convenio **Mejora de la salud materna e infantil en Marruecos y Mauritania**, financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional y Desarrollo (AECID), colabora con el Colectivo por el Derecho a la Salud en Marruecos (CDSM), apoyando sus actividades y fortaleciendo su institucionalización.

Este colectivo realiza **actividades** como celebración de **fóruns** regionales y nacionales con los diferentes actores para promover el derecho a la salud y asegurar el seguimiento y evaluación de la estrategia de salud: **mesas redondas** sobre la integración del derecho a la salud en la constitución y la regionalización, un **encuentro** para evaluar la estrategia nacional del Ministerio de Salud 2008-2012 (en junio de 2011) y **talleres temáticos** para evaluar distintos aspectos del sistema de salud de Marruecos como los relativos a los colectivos vulnerables, la política de medicamentos, la protección social o el Régimen de Asistencia Médica para Desfavorecidos (RAMED).

Otra actividad que realiza el CDSM es la publicación del **Boletín**, "*Santé: Voix et Droits*" (Salud: Voz y Derechos)³ con artículos actuales sobre el derecho a la salud, la situación de la salud en el país y en el mundo e información sobre los actos de conferencias y mesas redondas

³ <http://www.derechosaludreproductiva.org>



organizadas por la propia Red. También plantea debates e incluye testimonios de usuarios de los servicios de salud, informes temáticos, etc. Entre los testimonios, encontramos este de Aicha Ouafik, voluntaria comunitaria, quien afirma que: *“El enfoque comunitario en el ámbito de la salud ha aportado mucho en los “douars” (pueblos) más enclavados de nuestra comunidad, se puede sentir el cambio en el comportamiento de los ciudadanos y ciudadanas, un cambio que se manifiesta por un crecimiento del número de vacunaciones de bebés y del control del embarazo. [...] encuentro que el tejido asociativo es un actor esencial en todos los programas de desarrollo y que debe ser alentado y sostenido para obtener un mejor resultado”*.

También podemos encontrar experiencias destacables como la de las *“Femmes Sentinelles”* (Mujeres centinelas), mujeres voluntarias de la región de Tánger-Tetuán, cuya labor se centra en el cuidado de las mujeres embarazadas —facilitándoles el seguimiento de embarazo y el desarrollo del parto en medio vigilado— así como en las actividades de sensibilización en el seno de las comunidades rurales.

Delegación en Marruecos

proyectosmmatanger@gmail.com

<http://www.derechosaludreproductiva.org>