



Sanidad

¿Un derecho universal?

**Objetivo: mejorar la salud de
la población más vulnerable**

La sanidad en **PERÚ**
y en **COLOMBIA**

As

Nuestra Misión

Somos una organización cristiana evangélica que, comprometida con los principios bíblicos de justicia, solidaridad y amor al prójimo, luchamos para combatir la pobreza y sus causas a través del desarrollo integral de la infancia y la promoción del desarrollo autosostenible de colectivos en situación de alto riesgo de exclusión social, sin ninguna discriminación por raza, género, religión o ideología política.

Secciones

- 03 | EDITORIAL
- 04 | ACTUALIDAD
- 06 | TURMANYÉ
- 08 | INFORME
- 10 | MOISÉS
- 13 | LOGROS
- 14 | RETOS
- 15 | CÓMO COLABORAR
- 16 | UNA CONTRA DIFERENTE



Mejorar la salud de los más vulnerables 04

Los Objetivos Del Milenio relacionados con la salud nos indican los desafíos más básicos que quedan por afrontar.



La sanidad en Perú 06

Las desigualdades se hacen notar: no es lo mismo ser atendido en Lima o Arequipa que en la selva o la sierra.



La sanidad en Colombia 10

El 15% de la población no tiene acceso a ningún sistema de salud, lo que genera caos y un alto riesgo de mortalidad.



Alianza Solidaria
Juntos podemos

Forma parte de:



Alianza Evangélica
Española

Edita: Alianza Solidaria

Dirección Revista: Francisca Capa

Colaboradores: Margarita Borràs, M^a Jesús Hernández, Daniel Pujol, Bertha Pinedo y Fanny Sabogal.

Maquetación: Marina Acuña Loira

Impresión: Autográfico

Sanidad

¿Un derecho universal?

Hace tantos años que disfrutamos de una sanidad de calidad y universal que ya hemos olvidado los tiempos cuando sólo tenían acceso a la Seguridad Social los trabajadores por cuenta ajena. Pero, en realidad han pasado poco más de 30 años.

Iniciamos la revista con un artículo analizando el ítem de los Objetivos del Milenio que tiene que ver con la Sanidad. Aún y cuando estamos lejos de conseguir los objetivos que se fijaron para el 2015, el haber planteado estos objetivos y el hacer referencia a ellos cada vez que se trata un tema como el que nos ocupa en esta revista, ha permitido sensibilizar a las sociedades y a las administraciones e ir avanzando en la dirección correcta.

Este número lo hemos dedicado a contar cómo es la sanidad en dos de los países en los que estamos trabajando, Perú y Colombia. Es interesante ver las diferencias que hay entre ellos y más todavía, las diferencias que hay con nuestra propia sanidad. En cualquiera de los dos países el acceso a la sanidad no es fácil, y no está al alcance de todos.

Uno de factores que más influye en la sanidad de una población es el acceso al agua potable. ¿Sabías que muere más gente por causa de beber agua insalubre que por muerte violenta, incluida la guerra? Porque el agua es el vehículo de transmisión de muchas enfermedades como, la diarrea enterocolítica (especialmen-

te grave en los niños), la Fiebre Tifoidea, la Hepatitis A, la Poliomielitis, ... enfermedades que ya ni se nombran entre nosotros, pero que son comunes entre la población que bebe aguas insalubres. Y especialmente grave es el CÓLERA, mortal en un alto porcentaje de los casos, cuando hay una epidemia.

Es por eso que os proponemos nos ayudéis a dotar con un filtro de arena para depurar agua, a 10 familias más.

También (aunque de forma indirecta), tiene que ver con mejorar la salud de los niños del orfanato de Haití el poder conseguir que tengan un generador de corriente, ya que así

podrán tener refrigeradores para conservar bien los alimentos, y que funcione adecuadamente la máquina formadora de cloro

que nos permite sanear el agua de consumo.

No quiero acabar sin dar las gracias a todos los que hicieron posible la consecución de los retos de la revista anterior. Damos gracias a Dios que movió vuestros corazones y nos permitió ir dando satisfacción a cada una de las necesidades que os planteamos. Y es que... *Juntos podemos ...*

Francisca Capa
Presidenta de Alianza Solidaria



OBJETIVO:

Mejorar la salud de la población más vulnerable



En el año 2000, las 189 naciones que componían las Naciones Unidas se comprometieron a reducir la pobreza en el mundo a la mitad, para el año 2015, compromiso objeto de una declaración conocida como Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Desde entonces, y siguiendo la propuesta del octavo objetivo que es “fomentar una asociación mundial para el desarrollo”, la ONU trabaja conjuntamente con los gobiernos, la sociedad civil y otras organizaciones para aprovechar el impulso generado por dichos objetivos y continuar avanzando para después de 2015.

Dentro de los ocho objetivos hay tres relacionados con la Sanidad. Al respecto, dice la Organización Mundial de la salud: “Los ODM relacionados con la salud no abarcan todas las cuestiones de salud que afectan a las personas pobres y a los países pobres, pero sirven como indicadores de los desafíos más básicos que quedan por afrontar: impedir que las mujeres mueran durante el embarazo y el parto; prote-

ger a los niños pequeños de la mala salud y la muerte y hacer frente a las principales enfermedades transmisibles, en particular al VIH/SIDA. A menos que podamos resolver esas cuestiones fundamentales, ¿qué esperanza nos quedará de encontrar soluciones en otras esferas igualmente importantes para la salud?”¹

A pocos meses del término de este plazo, ¿qué se ha conseguido? Veamos como botón de muestra los datos que nos ofrece un informe de avance del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en Colombia:

- “Se ha reducido la mortalidad infantil: Entre 2005 y 2011 la cifra descendió de 20,40 a 17,78 casos cada 1000 nacimientos.
- Sin embargo, aproximadamente, por cada 100.000 nacidos vivos, 500 mujeres mueren al año por causas derivadas del emba-

.....

1. La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. OMS 2005



LOS 8 OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM)

razo y el parto. El 16% de esta mortalidad ocurrió entre los 10 y 19 años.

- Reducción de la tasa de mortalidad por VIH/SIDA. Pero hay un retroceso en el combate contra la malaria y especialmente el dengue.
- Sorprende que aún más de un millón de hogares no tengan conexión a un alcantarillado”.²

ALIANZA SOLIDARIA Y LA SALUD

No cabe la menor duda de que en este escenario, actuaciones como facilitar una comida nutritiva al día a niños en edad escolar (nuestro programa de apadrinamiento Moisés); apoyar con comida a varios orfanatos (Perú y Haití); proveer de una potabilizadora de agua a comunidades que no disponen de agua potable (Haití) y combatir así el cólera; desarrollar la educación a distintos niveles (colegios, formación de niños de la calle, talleres para madres con bajos recursos, etc.) son medidas positivas para luchar contra estas lacras que afectan a tantos. Y uno puede preguntarse: ¿Cómo vamos a poder acudir a tanta necesidad? Es lo que le pre-

guntaron a Jesús en cierta ocasión cuando tenía delante a una gran multitud (más de cuatro mil) al borde del colapso. Su respuesta fue: *¿qué tenéis?* Y el multiplicó aquellos pocos panes y peces para satisfacer a todos.

Desafío Miqueas →

LA POBREZA A LA MITAD, AL 2015

Desafío Miqueas es una campaña internacional promovida por la Alianza Evangélica Mundial y la Red Miqueas para movilizar a los cristianos contra la pobreza, de la que forma parte Alianza Solidaria. Recibe su nombre de la llamada profética que encontramos en el profeta Miqueas: “¿Qué pide el Señor de ti?: Solamente hacer justicia, y amar misericordia y humillarte ante tu Dios” (6:8). Es este un llamado a actuar en consecuencia.

Daniel Pujol | Coordinador

Plataforma: ALIANZA EVANGÉLICA ESPAÑOLA, ALIANZA SOLIDARIA, APEEN, CERCÁFRICA, DIGNIDAD, EMSIMI-SIÓN, ESCLAVITUD XXI, GRUPO NUEVA VIDA, GRUPOS BÍBLICOS UNIDOS, MISIÓN URBANA MADRID, MISIÓN URBANA SEVILLA, MISIÓN URBANA VALENCIA, MISIÓN URBANA ZARAGOZA, SOCIEDAD BÍBLICA.

.....
2. Página web: eltiempo.com

LA SANIDAD EN PERÚ

Centro de salud en un pueblo quechua

Maria Jesús, de profesión médico, ha vivido 15 años en Perú, mayormente en la sierra (como directora de Turmanyé) y ocasionalmente en la selva, lo que le ha permitido conocer los cambios acaecidos en la Sanidad del país a lo largo de este tiempo.

Cuando llegó, el sistema sanitario se dividía en dos grandes bloques:

1. El Sistema Privado de Salud (muy caro) que ofrecía sus servicios hospitalarios en las grandes ciudades y al sólo accedían personas de alto poder adquisitivo. En las pequeñas ciudades se limitaba a ofrecer consultorios de medicina general y alguna especialidad, a los que tenían acceso la clase media.
2. El Sistema Nacional de Salud, al que el Estado dotaba de personal pero carecía de infraestructuras adecuadas y de medios de diagnóstico y tratamiento. El paciente que acudía a sus servicios pertenecía a la clase media-baja y debía correr con los gastos de cualquier cosa que demandara su estado de salud (desde los guantes del personal que lo atendía hasta cualquier prueba o medicina que pudiera requerir). M^a Jesús fue testigo de cómo en un hospital de la selva pacientes, que habían sido mordidos

por víboras, pedían el alta voluntaria conscientes de que iban a fallecer, por no tener recursos para los sueros, las transfusiones de sangre etc. que requería su tratamiento.

Con el paso del tiempo y la mejoría económica, derivada de la explotación minera del país por empresas extranjeras, el Estado ha ido poniendo en marcha un seguro médico (Seguro Integral de Salud) que ha ido ampliando su cobertura de manera progresiva. Los más beneficiados han sido los niños y las embarazadas. Pero, aún en el momento actual, se carece de una cobertura universal, por ejemplo, no se cubren enfermedades congénitas como las malformaciones cardíacas o enfermedades crónicas como la diabetes tipo I.

Sin embargo, y pese a los avances logrados, hoy en día persisten muchas desigualdades entre la atención que recibe una persona en una ciudad como Lima o Arequipa y la que recibe una persona en las ciudades de la selva o la sierra. Y mucho más desigual (carente) es la que se recibe en el medio rural de la selva o la sierra. Las razones son varias: Por un lado el personal sanitario no desea ir a la zona rural pues las condiciones de vida son muy duras (puede no haber servicios básicos, los medios de transporte no existen o son muy precarios, no hay acceso



Interior de un centro de salud en pueblo quechua



Interior de un hospital del Estado en Lima



Interior de una clínica privada en Lima

al teléfono, Internet, etc.) y no hay un incentivo económico adecuado. Para paliar este problema el Estado ha impuesto un año obligatorio de servicio rural, imprescindible para tener acceso a un puesto de trabajo en el Sistema Nacional de Salud. A pesar de ello por ejemplo en Huaraz, capital de departamento, el Hospital Regional carece de radiólogo, neurólogo y otras muchas especialidades, así como de un tomógrafo, etc. Por otro lado, no existen infraestructuras (centros de salud, hospitales, etc.) debidamente equipadas, adaptando lo que serían viviendas (muchas veces precarias), para dar los servicios, que serán muy básicos por lo mencionado.

Otro aspecto a señalar es la falta de preparación del personal sanitario en temas culturales y lingüísticos que son propios de las zonas rurales andinas y selváticas, lo que origina choques culturales que alejan a los ciudadanos del Sistema Nacional de Salud, abocándolos a la búsqueda de soluciones alternativas no sólo en la Medicina tradicional, que estaría bien, sino en la multitud de chamanes (brujos) que pueblan estos lugares. En un pueblito andino (a más de 3.500 msnm) vivía una niña con Epilepsia, los padres pensaban que le habían hecho “mal de ojo”. Cuando se lo contaban al personal de salud, sólo les gritaban y les decían que eran ignorantes. Esta actitud empujó a los padres a

buscar ayuda con el chamán quien les aconsejó que no tomara sus medicinas. Un día la niña, sola en casa, tuvo una crisis se cayó al suelo y se golpeó la cabeza, los padres la encontraron muerta cuando regresaron del campo. ¿Podría haberse evitado con más empatía y una mejor aproximación cultural?

Muchos son los problemas de salud prevalentes. Cabría resaltar las enfermedades derivadas de carencias de saneamiento, como, por ejemplo, las parasitosis intestinales, (íntimamente relacionadas a la desnutrición infantil) y otras de Salud Pública como la Cisticercosis cerebral debida a la ingesta de carne de cerdo contaminada que no ha sido examinada para ver si es o no apta para el consumo humano. M^a Jesús estima, por tanto, que el Gobierno tiene pendiente una gran reforma en el sector, que sólo podrá ser llevada a cabo por técnicos debidamente preparados y políticos que determinen asignar recursos económicos para mejorar los servicios de salud brindados a los peruanos. Sin embargo, para este así como para otros muchos asuntos, falta la sensibilidad para priorizarlo, pues hoy por hoy, existen los recursos que podrían cubrir estas necesidades en vez de satisfacer la avaricia de gobernantes corruptos.

¿Qué es la **SALUD?**

Más que la mera ausencia de enfermedad, la salud es un estado de bienestar social, mental y físico.



¿Qué es la **SALUD PÚBLICA?**

La protección y mejora de la salud de los ciudadanos a través de la acción comunitaria, sobre todo por parte de los organismos gubernamentales.



LA SALUD PÚBLICA **4** áreas



1

Fomento de la salud a través de ...

... la higiene personal, la educación sanitaria, el ejercicio físico, las prácticas dietéticas, la sanidad ambiental y alimenticia, el tratamiento de enfermedades y dolencias menores.

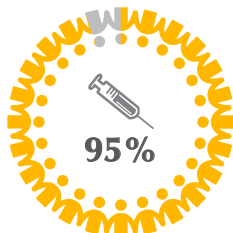


2

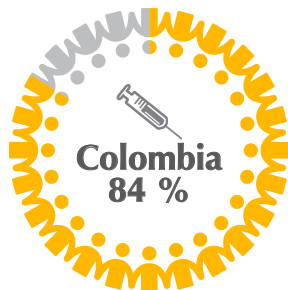
Prevención de la enfermedad

Se inicia en el s. XIX con la 1ª revolución inmunológica, es decir, la conquista de las enfermedades infecciosas (sarampión, difteria, poliomielitis...)

TASA DE VACUNACION INFANTIL:



Cifra ideal para garantizar
la protección de la población



Continúa en el s.XXI con el inicio de la 2ª revolución inmunológica, es decir, la conquista de las enfermedades no infecciosas (enfermedades cardíacas, pulmonares, cáncer...)

3

Provisión de cuidados médicos

Existen tres sistemas básicos a nivel mundial :



La asistencia pública
El seguro de enfermedad
Los servicios sanitarios nacionales



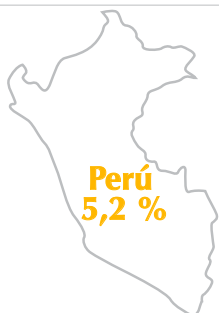
4

Rehabilitación



Lograr que las personas puedan volver a su vida cotidiana truncada por una invalidez funcional causada por una enfermedad o lesión.

TASA DE DISCAPACIDAD:



Perú. Instituto Nacional
de Estadística, 2012



Colombia. Departamento
Nacional de Estadística, 2005



LA SANIDAD EN Colombia

El 15% de la población no tiene acceso a ningún sistema de salud, lo que genera caos y un alto riesgo de mortalidad

En Colombia, el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud hace referencia al conjunto de instituciones, normas y procedimientos mediante los cuales el Estado garantiza la prestación de servicios de salud a los colombianos.

Este sistema establece un Régimen Contributivo, al que pertenecen todos los empleados, con ingresos mensuales igual o por encima al salario mínimo. Estos deben estar afiliados y hacer sus aportaciones (4%) así como la empresa (8.5%), a una Entidad Prestadora de Servicios de Salud (EPS). Un trabajador independiente aporta el 12.5% mensual sobre el salario mínimo. Para la población más pobre, sin capacidad de pago y grupos especiales, como desmovilizados, indígenas, habitantes de la calle, niños y adultos en protección, desplazados, gitanos y víctimas del conflicto, entre otros, existe El Régimen Subsidiado. No obstante, según algunos censos el 15% de la población colombiana

no tiene acceso a ningún sistema de salud, situación que genera caos y alto riesgo de morbi-mortalidad.

El Sistema General de Seguridad Social establece que todos los afiliados se beneficiarán del Plan Obligatorio de Salud, que incluye medicina preventiva, atención médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, atención urgente, tratamientos odontológicos (excluyendo ortodoncia, periodoncia y prótesis dental), atención psicológica, optometría y terapias, atención integral durante la maternidad, el parto y al recién nacido, radio y quimioterapia, diálisis, trasplantes, tratamiento para el VIH-SIDA, incluso tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénito.

En teoría, este Plan Obligatorio de Salud pareciera excelente, pero, la realidad dista de la práctica evidenciando una crisis por los aumentos incontrolados en los precios de los me-



Crisis en el Hospital Universitario del Valle

dicamentos, malversación de dineros públicos, cobros y pagos fraudulentos, destinación de recursos públicos a sectores que no tienen que ver con la salud, falta de gerencia, regulación e intervención estatal, resultando todo ello sólo en un negocio lucrativo para las entidades encargadas de la salud. Esta situación es la consecuencia de años de corrupción y se manifiesta en las constantes negativas por parte de las EPS en la prestación de servicios quirúrgicos y, en mayor cantidad, en la negativa a dar medicamentos esenciales para diferentes enfermedades aduciendo falta de presupuesto. Los pacientes tienen que hacer largas filas para las citas, las cirugías son aplazadas por falta de recursos y algunos mueren en el tristemente llamado “paseo de la muerte”, es decir, el enfermo va a una EPS, que tiene la obligación de atenderle, pero por falta de pago del Estado, las entidades de salud se niegan a prestar el servicio y remiten al paciente a otro lugar y este a otro, y en ese recorrido fallece.

Debido a estas irregularidades es común que los pacientes acudan a vía judicial como las tutelas¹ para acceder a los servicios de salud, medicamentos y procedimientos quirúrgicos. Los departamentos de Antioquia, Valle, Santander y Caldas, junto con Bogotá, son las zonas del país que concentran el mayor número de tutelas en salud.

Entre los casos cercanos está el de la hija de la directora de uno de los colegios vinculados al programa Moisés. Hace 10 años le diagnosticaron un desorden hormonal severo, el cual fue tratado en principio por un especialista durante un año, pero luego la EPS rompió vínculos con dicho médico y trasladaron el caso a otro pro-

.....

1. La acción de tutela es como se denomina al mecanismo previsto por la ley por el que toda persona tiene el derecho constitucional a la protección judicial de sus derechos fundamentales a través de un recurso efectivo.



Derwin, paciente de trasplante de hígado

fesional que comenzó de cero, dándole otros medicamentos que empeoraron su situación. Recientemente, otro endocrinólogo recibió su caso y quedó sorprendido por la negligencia con la que la habían tratado y le parecía increíble que la EPS nunca se hubiese interesado realmente por ella. Este especialista la remitió a cirugía y le prescribió el tratamiento adecuado, pero la EPS no cubre varios de los medicamentos porque son de alto costo aunque necesarios.

Otro caso es el de la psicóloga, que hace poco acudió en su EPS, por un dolor de cabeza extraño y recurrente. Le citaron para 20 días después y como consideró delicado el caso, recurrió a una cita no programada; tuvo que esperar por más de ocho horas para que la atendieran y sólo le mandaron unos calmantes sin exámenes serios. Este difícil acceso a la atención sanitaria hace que con frecuencia las personas recurran a la automedicación, tomando pastillas para tratar los síntomas con los riesgos que conlleva esta práctica.

Casos excepcionales en los niveles de extrema pobreza también existen, como el de Derwin, de 10 años de edad, estudiante de primaria en uno de nuestros colegios, quien a la edad de 3 años se le practicó un trasplante hepático, hace ya seis años. Hace uno el niño comenzó a presentar síntomas de rechazo que requieren hospitalizaciones intermitentes a la espera de un nuevo

Después de varios años, Derwin presenta síntomas de rechazo a su trasplante hepático, y está a la espera de un nuevo donante.

donante. Hasta el momento al niño se le ha suministrado lo necesario para su mantenimiento físico y emocional.

Fanny Sabogal y Berta Pinedo
Responsables de FUNEDUCAR, Colombia

www.federacionmedicacolombiana.com/index.php/publicaciones/editorial/150-editorial-la-dura-realidad-de-la-salud-en-colombia

Moisés

Aire acondicionado en el aula de informática

Gracias, en gran parte, al donativo de una madrina de La Coruña, el colegio Betania, de Santiago de Cali, pudo poner el aire acondicionado en el aula de informática lo que permitirá, por un lado, que los equipos tengan unas mejores condiciones de conservación y, por otra, que los niños puedan aprovechar mejor las clases al darse en mejores condiciones ambientales ya que de todos es sabido que el exceso de calor disminuye la concentración y hace más irritables a los niños.

Turmanyé

Confección de textiles

Gracias a los donativos de una madrina de Barcelona y una iglesia de Madrid se ha podido atender a la capacitación en confección de textiles de las mujeres quechuas de la comunidad de Matara Pampa, Perú.

Concina en la Casa-Hogar de Turmanyé

Gracias también al donativo de una iglesia de Madrid se pudo comprar la cocina de gas para la cocina de la Casa-Hogar Turmayé.



Desde el equipo de Alianza Solidaria queremos daros las gracias a cada uno de vosotros porque, de una manera u otra, hacéis posible que muchas personas tengan la oportunidad de vivir más dignamente.

Un año más comprobamos que “muchos pocos pueden hacer mucho”.

Os agradecemos toda vuestra colaboración y esfuerzo, haciendo realidad nuestro lema: Juntos Podemos.

¡Muchas gracias!

Queremos compartir algunos retos puntuales que necesitamos cubrir a corto plazo. Bien porque son necesidades que quedan fuera de las que cubre el programa de apadrinamiento, o bien porque son necesidades nuevas que han surgido y no disponemos de financiación suficiente para suplirlas. Si crees que puedes contribuir a hacer posible, total o parcialmente, alguno de los retos propuestos, indícanos de qué manera quieres hacer efectivo tu donativo enviando un correo a soy@alianzasolidaria.org

AULA DE INFORMÁTICA

Disminuyendo la brecha tecnológica en “Mahanaim”

Mahanaim es un colegio ubicado en el barrio de invasión de “Las Flores”, cerca de la ciudad de Barraquilla.

Las exigencias de la Secretaría de Educación imponen tener un Aula de Sistemas para que te renueven el permiso de actividad. El colegio montó su aula de informática pero las condiciones climatológicas de humedad y calor hicieron que poco a poco los equipos fueran muriendo (quedando sólo un equipo en uso. Para evitar que lo mismo se repita en el futuro el colegio ha acondicionado un espacio con aire acondicionado. Pero ahora se necesitan los ordenadores.

Comprar un ordenador nuevo cuesta **440 €** y una impresora **60 €**. Con 11 personas que aportaran 40 € cada uno, nos permitiría dotar al colegio con un ordenador. **Se necesitan 7.**

FILTRO DE ARENA

Bocachica es una pequeña isla



cerca de Cartagena de Indias. Es una isla muy pobre y su problema principal es la escasez y mala calidad del agua. Se ven obligados a comprar agua que se transporta en balsas no siempre limpias. Este método, además de insalubre, es caro, por lo que la mayoría usa el agua del pozo a pesar de estar en condiciones deplorables.

En esta comunidad estamos apoyando la construcción de filtros de arena unifamiliares que permiten filtrar 20 litros de agua en una hora. El agua resultante es de excelente calidad en sabor y libre de parásitos y microorganismos perjudiciales para la salud. La propia familia construye el filtro bajo la dirección de un monitor. Su mantenimiento es sencillo y sólo requiere cambiar la arena cada 5 años.

El coste de uno de estos filtros es de **150 €**. 3 personas que donaran **50 €** cada una, harían posible que una familia más lo tuviera, dándoles acceso a agua potable.

¿Crees que puedes ayudarnos



a extender estos filtros a más familias?

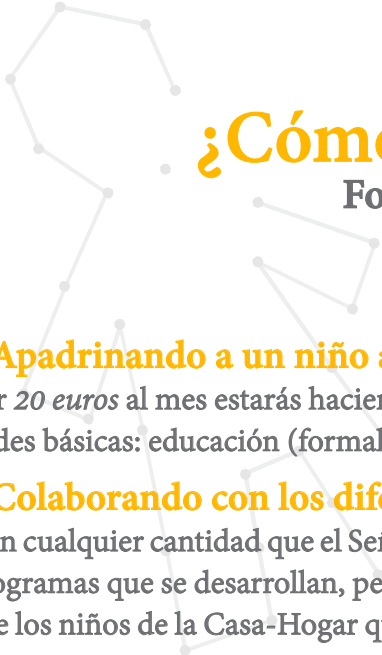
GENERADOR ELÉCTRICO

Uno de los problemas más graves que tiene el orfanato que estamos apoyando en Haití son los cortes de luz, diarios e impredecibles. Los cambios bruscos de tensión hacen que los aparatos eléctricos sufran enormemente y funcionen mal, o se quemen. En nuestro caso es imposible tener un refrigerador para conservar los alimentos (con más de 30 niños), porque al irse la luz varias horas, el hielo se deshace y con el calor tan intenso que hay, los alimentos se descomponen rápidamente.

Por eso hemos pensado proporcionarles un generador de bajo consumo que aporte electricidad cuando hay cortes y preservar la vida de los aparatos eléctricos y ayudar a atender mejor a los niños.

El precio de un generador es de **2,500 €**. Pedimos vuestra colaboración para hacer este sueño una realidad.





¿Cómo puedes colaborar?

Formando parte de Alianza Solidaria

_ Apadrinando a un niño a través del programa Moisés.

Por 20 euros al mes estarás haciendo que un niño pueda tener cubiertas sus necesidades básicas: educación (formal y en valores), nutrición y salud.

_ Colaborando con los diferentes proyectos de Turmanyé.

Con cualquier cantidad que el Señor te mueva a dar para cualquiera de los múltiples programas que se desarrollan, pero, por ejemplo, con 25 euros al mes harás posible que los niños de la Casa-Hogar que estudian Secundaria, asistan a colegios adecuados que les faciliten el acceso una vida con más posibilidades.

_ Contribuyendo con el desarrollo de alguno de los proyectos puntuales que te presentamos en nuestra sección de “Retos”.

_ Realizando un donativo único.

Por ejemplo, con 430 euros se podría adquirir un ordenador para alguno de los colegios del Proyecto Moisés, contribuirías así a que más niños puedan tener acceso a clases de informática y estar mejor preparados para el futuro.

_ Y si ya estás colaborando, puedes animar a tus familiares y amigos a formar parte de Alianza Solidaria para que entre todos construyamos un mundo mejor.

¡Juntos Podemos!

www.alianzasolidaria.org



Conociendo a... Daniel Py

por Francisca Capa y Daniel Py



Daniel Py, joven que recién acabó sus estudios decidió invertir una parte de su vida, 6 meses, como voluntario de Alianza Solidaria en Turmanyé, (Perú). Durante su estancia tuvo oportunidad de colaborar de diferentes maneras.

Uno de los proyectos de Turmanyé es el trabajo en las comunidades (pequeñas poblaciones quechuas alejadas de la ciudad). En ellas se han instaurado Centros de Educativos Primarios para los niños que viven en la zona y acuden a pie (a veces hasta más de una hora de camino). Durante el periodo de vacaciones se realiza en un programa especial, con refuerzo escolar, algunas actividades lúdicas y enseñanza bíblica. Daniel estuvo colaborando en este programa enseñando historias de la Biblia.

En las comunidades también hay un proyecto de enseñar a mujeres a tejer prendas que se venden luego en Huaraz en una tienda llamada "Tejidos

Turmanyé". Dado que Daniel es informático prestó su formación para hacer un programa que facilitar las tareas administrativas.

Pero sus capacidades también fueron útiles en el Comedor, que da de comer a niños de familias necesitadas al tiempo que se ayuda a los niños con un tiempo de refuerzo escolar, devocionales y ocio. Daniel comenta cómo "los niños mostraban interés en las historias bíblicas y aprendieron a orar unos por otros".

Pero el corazón de Turmanyé es la Casa-Hogar, dónde se acogen niños y niñas huérfanos o en situación de abandono. "Me gustó mucho poder colaborar allí y pasar tiempo con los chicos y chicas. Desde el principio me sentí muy acogido. Iba todos los días a comer con ellos, les ayudaba con sus deberes escolares y tareas del hogar, a las niñas más pequeñas las llevaba al parque por las tardes o jugaba con

ellas. También tuve devocionales con los varones un día a la semana y me quedaba a cargo de ellos algunas noches".

Cuando le pedimos a Daniel una conclusión de su estancia, sus palabras fueron: "He disfrutado mucho mi tiempo en Perú, también ha habido pruebas y momentos difíciles, pero me he adaptado rápido, he notado que he sido útil, me he sentido acogido (especialmente por los niños). Lo que motivó mi viaje fue el deseo de servir al Señor con mis manos y mis conocimientos y estoy contento de ver como Dios me ha usado y recomiendo mucho esta experiencia por ser muy enriquecedora para uno mismo y para otros. Oren por todo lo que se está haciendo allí y sigan apoyando a las personas que están entregado su vida en el servicio al Señor en esta obra. Dios les bendiga".

Gracias también a ti Daniel por dejarnos participar de tu experiencia.