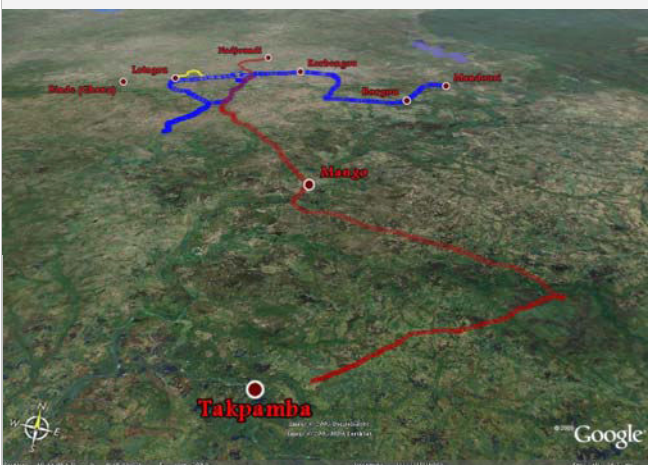
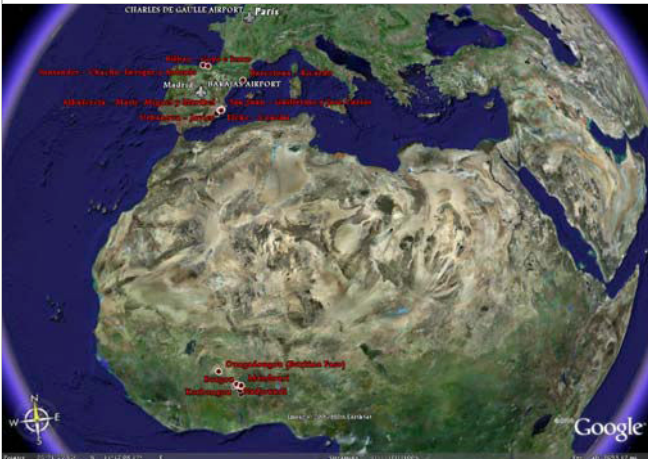


# MEMORIA DE LA ACCIÓN HUMANITARIA Y DE COOPERACIÓN REALIZADA EN TOGO.

## Periodo 2001-2005

Grupo de ayuda humanitaria alicantino



## Geografía

Togo, país africano situado en el golfo de Guinea que limita al norte con Burkina Faso y se extiende en forma de pasillo entre Benín al este y Ghana al oeste, con una longitud de 650 Km. de norte a sur y distancias que oscilan entre los 90 y los 50 Km. de este a oeste ocupando una extensión de 56.000 Km<sup>2</sup>, con 5.000.000 de habitantes, censo aproximado al existir diferencias notables entre las fuentes consultadas. La distribución es muy irregular desde los 1600 h/km<sup>2</sup> en el sur a los 25 h/km<sup>2</sup> en el norte. Su capital es Lomé con 700.000.

El idioma oficial es el francés al haber sido ocupada por Francia en el reparto de los territorios alemanes después de la 2ª Guerra Mundial, anteriores colonizadores de los que solo queda una fábrica de cerveza. Además existen alrededor de 40 dialectos diferentes de otras tantas etnias. El más extendido es el Ewé, minoría mayoritaria, Kabyé, minoría que domina el ejército, Hausa, Twi y Mina. El Moba, dialecto de la etnia del mismo nombre es el más extendido en la región norte y usado además por las tribus Mobas de Benín y Ghana de las regiones colindantes. Administrativamente se

encuentra dividido horizontalmente en 5 regiones y 21 prefecturas. La zona de actuación de la misión humanitaria es la región de Savana la más septentrional y fronteriza con los otros tres estados y que cuenta con alrededor de 500.000 habitantes, 60.000 concentrados en su capital Dapaong. Es una región predesértica con vegetación de sabana dependiente exclusivamente de la agricultura de subsistencia. La mayor parte de sus habitantes, que viven en construcciones tradicionales de barro y madera muy dispersas por todo el territorio, no tienen acceso al agua potable siendo el índice de analfabetismo y mortalidad infantil el mayor del país.



## SITUACIÓN SOCIO-POLÍTICA

Desde 1967, 7 años después de la independencia y tras un golpe de estado, su presidente es el general Gnassingbé Eyadema, formado en el ejército francés y presidente de la Unión del Pueblo Toglés, único partido hasta 1991, año en el que se legalizaron los partidos "Unión por la Justicia y la Democracia" y "Comité de Acción Renovadora". Fallecido en el 2004 ahora está como presidente su hijo Fauré que ejerce con la connivencia del ejército. Esta continuidad presidencial supone cierta estabilidad social por la ausencia de guerras en la zona, en la que salvo alguna revuelta muy aislada no ha existido ningún conflicto bélico desde la independencia. La población en general es extremadamente pacífica y bastante desinteresada de los temas políticos a pesar del aislamiento internacional que padece, actitud ayudada por el temor represivo del ejército y policía.

Desde 1998 y tras ser denunciado por los observadores que fueron expulsados durante el recuento de votos en las elecciones presidenciales, y por las repetidas denuncias de violaciones sistemáticas de derechos humanos, el país sufre un embargo económico por parte de la Unión Europea y el FMI, lo que unido a la escasez de recursos naturales, hace que la renta per cápita se encuentre entre las más bajas del planeta.

Los únicos recursos con los que cuenta son las minas de fosfatos, del que es el 7º país productor, una refinería, una fábrica de cemento y el puerto de

Lomé.

Aunque hace relativamente pocos años contaba con una selva tropical densa y una fauna muy variada, la tala sistemática de árboles para crear nuevos espacios cultivables y para la explotación maderera, ha supuesto la conversión en sabana de la práctica totalidad del país, con la desaparición de toda la fauna salvaje que solo persiste en dos parques nacionales. Esto ha convertido las zonas más al norte en dependientes de una economía de subsistencia basada principalmente en cultivos de maíz y sorgo.

De todas las regiones, la más desfavorecida es la norte, la más alejada de la capital y por tanto la peor comunicada a la que se accede por la carretera principal que atraviesa el país de sur a norte y que cuanto más se aleja de la capital peor construida y conservada está. Las pocas zonas de asfalto que quedan deben tener la mayor concentración de grandes baches por m<sup>2</sup> de todo el continente haciendo especialmente penosos los desplazamientos. Mejor conservadas se encuentran las pistas de tierra que los propios habitantes se encargan de mantener, al ser la única vía de comunicación existente en una zona en la que las construcciones se encuentran muy separadas unas de otras, así como los agrupamientos o pequeñas aldeas.

En esta zona en particular, que corresponde a la región de la Savana, debido al aislamiento, la falta de servicios antes mencionado y a la progresiva desertización, es donde las condiciones sanitarias son lógicamente peores.

## Sanidad



El nº de médicos es de 1 por cada 11.000 habitantes, pero con grandes diferencias regionales, disminuyendo hacia el norte.

Como indicativo puede servir el dato de que Dapaong posee un solo hospital construido por los franceses hace 50 años cuyo estado de conservación es bastante deplorable, en el que trabajan 3 médicos: generalista, tocólogo y analista. El resto de necesidades lo cubre personal auxiliar sanitario con ninguna formación académica. En la capital, Lomé, trabajan los tres únicos oftalmólogos del país, siendo inexistente la asistencia oftalmológica en las zonas media y norte.



La mortalidad infantil es de 132/1000 hab. dato del que hay que volver a precisar que la diferencia interregional también es acusada. La esperanza de vida se sitúa en torno a los 50 años de edad, lo que hace que 2/3 de la población sea menor de 25 años.

Dentro de la salud visual, se trata de una zona muy desfavorecida en la que prácticamente no se ha realizado campaña alguna y de la que se conocen pocos datos. Se encuentra incluida en las regiones preferentes de la OMS como "potencial para actividades", pero hasta la fecha, salvo una campaña antifracomatosa auspiciada por el Lions Internacional realizada en la capital y franja costera, y por la Fundación Fernández del Coto de Santander, no ha existido ninguna actividad médica externa en todo el país.



Las principales patologías causantes de ceguera son las cataratas que, debido a la exposición solar son de aparición precoz (alrededor de los 30 años en el 50% de la población), y el tracoma, enfermedad infecciosa que cursa por brotes y segunda causa de ceguera en países subdesarrollados en todo el mundo.



Las cataratas, en la actualidad son tratables por medios quirúrgicos, los cuales consiguen el éxito en cuanto a la recuperación visual en el 99% de los casos, siendo la intervención quirúrgica más frecuente en países desarrollados, en los que la edad de aparición es más tardía, con una media alrededor de los 65 años. La operación se efectúa con medios tecnológicos muy avanzados y consiste en la extracción de la catarata con un fragmentador-aspirador de ultrasonidos (facofragmentación ultrasónica) o láser a través de una pequeña incisión que

posteriormente no necesita sutura y a través de la que también se introduce una lente intraocular para compensar el defecto refractivo resultante. Toda la intervención se realiza bajo control microscópico y necesita de un aparato especial para la fragmentación aspiración, y con la utilización de sustancias viscoelásticas especiales para la manipulación intraocular. El coste medio del material fungible por cada intervención, incluyendo la lente intraocular ronda las 45.000 pts aunque suele reducirse por parte de las casas comerciales para este tipo de misiones.

El tracoma, enfermedad infecciosa transmitida por el hacinamiento y moscas, es una de las enfermedades más antiguas que se conocen, siendo endémica en aquellas zonas en las que el acceso al agua corriente está restringido. Existe en la actualidad un plan mundial coordinado por la OMS para su erradicación en el año 2020.

El tratamiento del tracoma se puede hacer de dos formas diferentes. La primera es la aplicación tópica de una pomada antibiótica cada 12 horas durante un mínimo de dos semanas, repitiendo el mismo ante la aparición de nuevos brotes. El coste de este tratamiento es de alrededor de 3€ por paciente, pero tiene el inconveniente de no poder ser controlado y más en zonas donde el tráfico de medicamentos de cualquier tipo es habitual. La segunda forma es la administración de una sola dosis de antibiótico oral, llamado azitromicina y que se encuentra comercializado en diferentes presentaciones, como comprimidos, polvo para diluir y suspensión. La efectividad del tratamiento oral es igual que en el tópico con la diferencia de la comodidad y la seguridad de que se efectúa, por lo que en la actualidad es el de elección. El inconveniente viene derivado de su elevado coste que ronda los 12 E en adultos y 6 E en los niños, lo que hace que para una campaña en la que se traten 250 personas de diferentes edades el coste total suponga unos 2200 E.