

ANEXO III

INFORME POR PAISES. INDICADORES BASICOS

ANGOLA (Misión: del 16 de febrero al 2 de marzo de 1990)

Angola tiene 1,246.000 km²., equivalente a cinco veces el tamaño del Reino Unido.

Población:	9,980.000
Densidad de población promedio:	8
% de población urbanizada (1988):	27
PNB per capita US\$ (1981):	470
Tasa de mortalidad antes de los cinco (1988):	292
Tasa de mortalidad infantil (1988):	172
Suministro de calorías por día como % de los requerido (1985-86):	82
% de la población con acceso al agua potable, urbano (1985-87):	87
% de la población con acceso al agua potable, rural (1985-87):	15
Acceso a los servicios de salud (1985-87):	30

(Las fuentes de información incluyen: Estado de la Niñez Mundial, UNICEF; Informe Especial 2, Situación de Suministro de Alimentos y Prospección de las cosechas en Africa del Sub-Sahara, mayo de 1990, FAO).

Desde su independencia en 1975, Angola ha sido sujeto de choques adversos: éxodo de cerca de 300,000 blancos, la mayoría portugueses, colonos, que literalmente habían monopolizado los trabajos calificados en la administración pública y en todos los sectores de la economía moderna durante el periodo colonial, así como una guerra ininterrumpida con el movimiento rebelde, UNITA, y con Sudáfrica. Estos choques han creado una desorganización económica extrema con el resultado de que, 14 años después de la independencia, la actividad económica es todavía más baja que la que existía al comienzo de los 70's. La guerra con Sudáfrica tuvo su fin verdadero en 1989, pero la guerra con UNITA continúa.

La guerra desorganizó la producción agrícola, la red de transporte y la infraestructra de comunicaciones, y es la principal causa de la migración interna de población desde las zonas rurales a las urbanas y suburbanas. La carencia de infraestructra básica y de personal calificado hizo imposible que los sistemas de salud nacional, social y educacional respondan adecuadamente a la escalada de los problemas.

El número de personas desplazadas de las áreas rurales que no pueden ganarse más la vida, es estimado en más de 600.000. Los habitantes severamente afectados de las zonas urbanas, muchos de ellos mujeres y niños sin lazos familiares

entre la población establecida en las ciudades y sin medios para producir o comprar los medios básicos de alimentación, se estiman en cerca de un millón. Una proporción creciente de la población agrícola en áreas rurales todavía es afectada. Este grupo es con frecuencia inaccesible, aislado y constreñido en su movimiento. Los agricultores no cultivan más, y requieren de cantidades suplementarias de alimentos. Muchos no tienen acceso a los servicios médicos básicos. Los caminos están minados en las áreas afectadas, y los pueblos del interior son abastecidos desde los puertos más cercanos por medio de convoyes militares custodiados por escoltas. Estos convoyes pueden durar meses en el camino y muchas veces llegan fuertemente disminuidos.

Las necesidades de comida generalmente se hallan cubiertas en los pueblos principales, donde el más serio problema es el relativo a la provisión de agua, pero también la higiene y la sanidad. Es, sin embargo, muy difícil convencer a la mano de obra calificada, expatriada o angolana, a asentarse en provincias para remediar la situación. El resultado es un problema general en los pueblos relacionado con enfermedades transmitidas por medio del agua y de los excrementos, exacerbado durante la estación lluviosa (diciembre-abril), incluyendo brotes de cólera en Luanda.

Hubo temor a la sequía en las provincias del suroeste en Benquela, Huila, Cunene y Namibe. Después de una investigación de una semana (12-19 de febrero de 1990), una misión de evaluación compuesta por representantes del gobierno angolano, del sistema de las Naciones Unidas y de dos ONGs extranjeras, informó haber observado una situación de hambre muy difundida en las cuatro provincias, y una clara hambruna, especialmente si las lluvias de febrero-abril son pobres.

Siete principios fundamentales

El conflicto armado así como las actuales actividades diarias de la organización de la CVA (Cruz Roja Angolana) probablemente reforzará el trabajo de la Sociedad Nacional con los principios fundamentales del Movimiento de la Cruz Roja:

Servicios voluntarios: la mayor parte de las actividades son desarrolladas por personal pagado.

Independencia: Todo el personal de la CVA recibe salario a través de una donación del gobierno.

Neutralidad: Los voluntarios de la CVA corren riesgos de seguridad en las áreas afectadas por el conflicto porque UNITA indentifica la CVA con el gobierno del MPLA.

Unidad: UNITA ha establecido una "Asociación Cruz Roja" en el sureste de Angola.

Estatutos

La filial provincial de la CVA en Huambo, con 3.000 miembros donantes de sangre, 214 miembros de los cuerpos de primeros auxilios y 1.500 contribuyentes, aunque no miembros activos, no tiene copia de los estatutos actuales de la Sociedad. La filial tiene, sin embargo, copia del documento de propuesta de los estatutos de la primera asamblea general de la CVA de 1986. En su artículo 5, el estatuto de la CVA afirma que el objetivo general de la Sociedad es, primeramente, ayudar a las víctimas del conflicto armado o de los desastres. Sin embargo, la Sociedad no participa activamente en las tareas de socorro que se llevan a cabo por las autoridades nacionales para ayudar a la población desplazada, ni participó en la misión conjunta de evaluación de la sequía en la región suroccidental en febrero.

Como los miembros ejecutivos electos parecieran no tener ningún papel activo a nivel provincial, los cuerpos estatutarios de la CVA enfrentan el riesgo de ser numéricamente dominados por el personal pagado. La única disposición estatutaria contra el personal pagado en los cuerpos instituidos es relativa al comité ejecutivo nacional, que tiene seis miembros: el presidente nacional, el

secretario general y cuatro miembros más, no de plantilla, electos por la asamblea general a propuesta del consejo nacional.

Las actividades diarias de la CVA y su organización práctica son definidas en los estatutos de la Sociedad. Los tres programas (donación de sangre, ayuda social, dispensarios y puestos de primeros auxilios) se hallan cobijados bajo el cuidado del gabinete técnico, que tiene una función consultativa. La función ejecutiva la realiza el comité ejecutivo nacional, quien se reúne por lo menos una vez al mes.

Los estatutos estipulan la existencia de comités locales electos a nivel provincial y distrital. La organización local está subordinada al "delegado provincial", un jefe de personal provincial designado centralmente y que, por tanto, es prácticamente inexistente; es decir, los miembros están allí, pero no la estructura. Puede decirse, por tanto, que el delegado provincial tiene tanto funciones de toma de decisiones como poderes ejecutivos, además, no está claramente establecido en los estatutos de la Sociedad si su superior jerárquico es el presidente nacional o el secretario general.

Organización de actividades

Los tres programas nacionales implementados por la CVA, indicados arriba, incluyen todas las personas que buscan los servicios de la CVA y son recibidos individualmente en las oficinas de la Cruz Roja en las capitales provinciales. La iniciativa surge de una persona en necesidad de ayuda, y la petición es tratada administrativamente por el personal pagado.

Los dos programas financiados por la Liga (preparación en prevención de desastres y atención primaria en salud), así como el programa de búsqueda organizada por el CICR, involucran a voluntarios a nivel comunal en actividades de servicio dirigidas hacia el exterior y/o preventivas, ubicadas donde vive la población necesitada. Sin embargo, los programas financiados por la Liga, que caen fuera de las actividades del límite estatutario de la CVA, no están integrados en la estructura de la CVA, sino que operan paralelamente. Los coordinadores de los programas han sido designados por la CVA como "contraparte de la Liga", pero sin descripción de funciones ni mandato claro.

Los programas de servicios dentro del límite estatutario y con funciones de apoyo son ejecutados por personal pagado que suma unas 400 personas en los niveles central y provincial.

La provincia de Huambo tiene 42 plazas, pero el comité ejecutivo provincial y el consejo ejecutivo son prácticamente inexistentes. Hay un representante local en nueve de los once distritos de la provincia. Tres de los representantes forman parte del personal pagado, los otros seis trabajan sobre una base voluntaria.

Papel de los miembros

Aunque los estatutos adjudican un importante rol a los voluntarios, en los niveles provincial y más bajos, subordinados al "delegado provincial" designado centralmente, es difícil ver voluntarios activos como no sean el presidente nacional y los cuatro "vogais" (=voces) nombrados por la asamblea general en el comité ejecutivo nacional. Los demás miembros parecieran tener una función de "clientes" en relación con el personal pagado, tal como los donantes de sangre y pacientes que buscan los servicios de los puestos de salud de la Sociedad.

Programas de servicio

El servicio de donantes de sangre está organizado en Luanda y en las capitales provinciales. El donante es automáticamente un miembro de la CVA y, como tal, adquiere el derecho de comprar en las tiendas especiales de la CVA, donde raciones limitadas de mercancías básicas se pueden obtener a los precios bajos de ley.

Los puestos de salud urbanos en las 14 capitales de provincias que proveen servicios curativos, en principio, sólo a los miembros de la CVA, constituyen la segunda actividad importante de la CVA. El principio de sólo brindar servicios a los miembros de la CVA fue abandonado a principios de los 80's. El puesto de salud de Huambo está casi paralizado debido a su carencia de medicinas, las que no recibe de la sede central desde 1989. Puede, sin embargo, prestar todavía algunos servicios emitiendo prescripciones para la compra de medicinas, y tratando a los pacientes posteriormente, cuando regresan de la farmacia.

La ayuda de bienestar social - ya sea consejo personal o ayuda material - son dados a los individuos conforme lo solicitan. Cada caso es tratado de acuerdo a la ley existente y a las reglas y procedimientos centralmente definidos.

Programas apoyados por la Liga

El proyecto de preparación en prevención de desastres está basado en un enfoque horizontal y verticalmente integrado de la intervención de socorro de la Cruz Roja en el conflicto armado y en los desastres naturales y como la "raison d'être" de la Cruz Roja Angolana, un enfoque en completa armonía con el objetivo estatutuario de la Sociedad tal y como se señala en los estatutos actuales de la CVA

(artículo 5). Ambas dimensiones incluyen el desarrollo de recursos inmateriales (estructura organizacional y recursos humanos: gestión, primeros auxilios y socorro/destrezas relacionadas con el desarrollo de la comunidad; información y difusión; iniciativas de la CVA para establecer un plan nacional de socorro para desastres y una sub-comisión nacional de desastres); así como recursos materiales (capacidad logística, almacenaje y transporte; sistema de telecomunicaciones); centro de capacitación y ayuda financiera de la Liga, del CICR y de las Sociedades Participantes.

La dimensión horizontal incluye los estatutos de la CVA, las estructuras operacionales y de apoyo de la sede central, la política de rectificación, delegación de los poderes ejecutivos, definición de los roles y relaciones recíprocas entre los cinco órganos estatutarios (asamblea general, consejo nacional, comité ejecutivo nacional, presidente/vicepresidente nacionales, secretario general), descripción de funciones, más amplia cooperación con las autoridades nacionales en el marco de la comisión nacional de salud, destrezas de gestión, procedimientos de emergencia y supervisión mejorada del personal pagado).

La dimensión vertical está representada por el desarrollo de una organización descentralizada a niveles

provincial, distrital y comunal, con énfasis en elevar la calidad y la cantidad de los socorristas y movilizarlos hacia actividades de socorro y de desarrollo educacional a nivel comunal, y en el establecimiento y capacitación de equipos para desastres a niveles provincial y distrital.

El plan piloto del programa de atención primaria en salud opera sólo a nivel comunal, con pequeña o ninguna participación de la CVA central, provincial o distrital. El proyecto, tanto en relación con la CVA como con la filosofía y la estructura de salud de Angola, recibe la ayuda técnica, material y financiera necesaria del CICR, del Ministerio de Salud y de la Liga.

El objetivo principal del proyecto del APS integra tanto la dimensión vertical como la horizontal: a) mejorar las condiciones de salud de la comunidad a través de la activa participación de la población afectada, capacitación de los trabajadores del APS de la CVA en todas las provincias, y el estímulo de actividades de APS en los 16 puestos de salud provinciales; b) integrar las actividades del APS de la CVA en el programa APS del MDS.

Para prevenir el cólera en Kikolo durante la estación lluviosa, el proyecto APS ha programado estas prioridades: educación para la salud, distribución de tabletas

purificadoras de agua, remoción de la basura, construcción de 50 letrinas, evacuación del agua de desecho.

Equipos de primeros auxilios y de socorros en casos de desastres

El programa de preparación en prevención de desastres apoyado por la Liga ha elevado el número total de personas capacitadas en primeros auxilios a 1.028 en todo el país. La capacitación de 42 nuevos instructores en primeros auxilios ha aumentado su número total a 55, desplegados en todas las 18 provincias.

La filial provincial de Huambo tiene un total de 214 activistas de primeros auxilios/miembros: 77 trabajan en diferentes empresas de la ciudad de Huambo, 44 en el distrito de Railundo, 35 en el distrito de Mungo y 58 en el distrito de Luodinboli. Este año se capacitarán personas en primeros auxilios en los distritos de Tchionjeje, Ukuma, Longongo y Kaala. Hay también tres capacitadores en primeros auxilios en la provincia: uno forma parte del personal pagado (el coordinador provincial) y dos son voluntarios.

Las actividades generales de los socorristas son: disponibilidad y atención en eventos deportivos y mítines políticos y servicio auxiliar en los hospitales provinciales de Huambo y en los puestos de primeros auxilios de la CVA en

los tres distritos. El personal de primeros auxilios llevó a cabo 20 evacuaciones de heridos al hospital provincial de Huambo, 35 campañas de información de la Cruz Roja orientadas al público y a las autoridades locales, 30 campañas de información acerca de la campaña de vacunación extendida del MDS, 35 visitas de educación para la salud y la construcción de nuevos pozos y 10 letrinas.

Por iniciativa del coordinador provincial, el personal de primeros auxilios también llevó a cabo un análisis de los desastres de la provincia. El estudio extrajo la conclusión de que la sequía es el único desastre natural que afecta a la provincia. Sin embargo, el conflicto armado ha sido un desastre permanente en la provincia desde la independencia en 1975.

La filial ha establecido cuatro equipos de socorro para desastres a nivel distrital (los distritos de ciudad de Huambo y Bailundo, Mungo y Loudinboli), y ha planeado hacer lo mismo en los distritos de Ekunha, Tchikala, Tcholokanga y Katchingo durante 1990.

La filial provincial ha identificado ya posibles actividades para los equipos de socorro en caso de desastre: prevención en salud, visitas a los hogares para informar a la población acerca de la campaña ampliada de vacunación del

MDS, y ayudar a las comunidades en la construcción de pozos y letrinas, visitas a los dispensarios y hospitales para ayudar a mejorar las condiciones higiénicas y ayudar moralmente a los pacientes, así como intervenciones en caso de accidentes de guerra masivos.

Los equipos están compuestos por 10-20 socorristas, incluido un líder designado. Los socorristas son, en general, trabajadores de empresas e instituciones del gobierno, con las cuales la filial ha hecho arreglos para que los socorristas puedan estar disponibles cuando la Cruz Roja los requiera.

Durante 1990, los equipos de socorro para casos de desastre debieron pasar un curso de 30 días para capacitadores en primeros auxilios, un curso de 15 días en la gestión de socorro en casos de desastre para dirigentes medios y altos de la sede y de las provincias, y un curso de 15 días dirigido a socorristas.

Capacidad logística

La capacidad de almacenamiento de la sede central está asegurada por el almacén central en Luanda. Las existencias, que no están organizadas muy profesionalmente, contenían aproximadamente 16.500 unidades el 22 de febrero de 1990, la

mayor parte fardos de ropa y cajas de medicinas recibidas unos nueve meses antes.

La capacidad del transporte es mantenida por el garaje (con un parqueo adjunto) y tiene una la flotilla de 41 vehículos en funciones y 14 en reparación. Un total de 19 vehículos en funciones y 6 en reparación están destacados en las 18 provincias, mientras que 22 vehículos en funciones y 8 en reparación se hallan en Luanda. Aún cuando un aspecto importante del garaje es el ingreso proveniente del servicio al público, los mayores esfuerzos deberían dirigirse, sin embargo, a reparar los vehículos de la Cruz Roja dado que el daño material es frecuente a causa al manejo descuidado.

El 22 de febrero de 1990, los vehículos que se hallaban dentro del garaje y en el terreno del parqueo (vehículos que venían de reparaciones o que esperaban por ellas) tenían este perfil:

Total = Parqueo + Garaje			
Ingreso generado por la			
reparación/mantenimiento	15	3	12
Reparaciones de vehículos			
de la CVA de Luanda	14	9	5
Reparaciones de vehículos			
de la CVA de provincias	1	1	0
Total	30	13	17

Relaciones con las autoridades y otras organizaciones

La CVA, representada por el director del gabinete técnico, es miembro de la Comisión Nacional de Salud así como de la correspondiente comisión provincial; los puestos de salud de la Sociedad acostumbraban recibir medicinas del Ministerio de Salud. Uno de los objetivos del programa para la prevención de desastres es la elaboración de un plan nacional de socorro para situaciones de desastre, así como la creación de una subcomisión de desastres subordinada a la comisión nacional de salud. El plan piloto del APS de Kikilo (situado en la periferia de Luanda), ha recibido gran ayuda de las autoridades de salud nacionales y locales tanto en forma de medicamentos como en experiencia médica y consejo nutricional. Además, se llevan cabo reuniones de coordinación cada dos semanas.

A nivel central la CVA, respresentada por un coordinador de preparación en prevención de desastres, también se reúne con el cuerpo nacional para la coordinación en caso de emergencia (UTA/E- Unidade Técnica de Apoio e Assistência em Emergências), pero sin ningún mandato específico. La CVA participa en las comisiones provinciales de emergencia de las provincias de Huila y Benguela, pero no fue invitado por la UTE/E en Luanda para participar en la misión de evaluación de la sequía de febrero para la región suroccidental, que

incluye Huila y Benguela. En general, pocas filiales regionales de la CVA han estado en capacidad de ayudar a las autoridades locales en relación con la población desplazada y las víctimas de desastres naturales.

La política oficial del gobierno en esas operaciones de emergencia está íntimamente ligada a la rehabilitación económica de las personas desplazadas. El cuerpo que implementa la actividad de socorro del gobierno (cuyos principales componentes son artículos de socorro tradicionales como alimentos, ropa, frazadas, jabón, etc.) es el Ministerio de Asuntos Sociales (SEAS- Secretaria de Estado Dos Asuntos Sociais), la que organiza el suministro a las provincias a través de los muelles de la costa y los convoyes escoltados militarmente hacia los pueblos del interior.

En Huambo, la filial provincial de la CVA se reúne con el representante provincial del SEAS cada tres meses por medio de sesiones regulares del comité provincial de salud, pero en Luanda no hay contacto entre el SEAS y la CVA. El SEAS, la UTE/E y los representantes del sistema de las Naciones Unidas recibirían con beneplácito contactos más activos con la CVA en Luanda tanto en niveles técnicos como de toma de decisiones.

BOTSWANA (Misión: 19 -31 de marzo de 1990)

Botswana cubre una extensión de 600.372 km², tanto como Noruega, Alemania Occidental y Bélgica juntas. Aproximadamente el 80% de la población vive en la parte este del país, a ambos lados de la carretera que va de Zimbabwe en el norte a la República de Sudáfrica en el sur.

Población total (1988, estimado):	1,270.000
Densidad de población promedio por km ² .:	2
% de población urbanizada (1988):	22
FNB per cápita US\$ (1987):	1.050
Expectativa de vida (1987):	59
Mortalidad antes de los cinco años por mil (1988):	92
Mortalidad infantil por mil (1988):	66
Suministro de calorías diarias como	
% de lo requerido (1984-86):	96
% de la población con acceso al	
agua potable (1985-87):	54
% de la población con acceso a los	
servicios de salud (1985-87):	89

Botswana es un país relativamente plano: la montaña Otse en el sureste es el punto más alto con 1.491 m, mientras el área más baja es la cercana a la punta este del país, donde la altitud oscila en los 515 m. Las temperaturas varían desde un promedio diario máximo de 33 C en enero hasta menos 9 C en

la parte sureña durante las medianoches de invierno. La mayor parte de Botswana es árido o semiárido, y el Kalahari cubre el 82% del país. El rango de precipitación oscila entre 250 mm por año en la parte suroccidental, a más de 650 mm en la región nororiental. Más del 90 % de la precipitación ocurre durante el verano, entre noviembre y abril.

Organización de la Cruz Roja

La organización descentralizada de la Sociedad de Cruz Roja en Botswana está compuesta por 24 divisiones a nivel sub-distrital y 50 grupos en algunos pueblos y aldeas más grandes. Los enlaces juveniles se establecen en la escuela secundaria y en la educación superior. El total de los miembros ronda los 10.000. De acuerdo a la evaluación de 1989 del PAM, la sede central, "los grupos y los enlaces juveniles en su mayor parte actúan aislados unos de otros. De las 24 divisiones, nueve se hallan en operación y las otras se mantienen inactivas. Muchas divisiones encuentran difícil reclutar miembros debido a la falta de actividades en qué mantenerlos ocupados. Organizan principalmente pequeñas operaciones de socorro en caso de incendio o inundación y actividades de recolección de fondos en pequeña escala. El trabajo lejos de la sede central depende del trabajo voluntario. Este ha devenido cada vez más difícil porque miembros de los comités de aldea están recibiendo paga (del gobierno) y numerosas operaciones de socorro utilizan trabajo

asalariado. Existen informes de miembros de la Cruz Roja que rechazan tomar parte en trabajos voluntarios sin paga. Hay una tendencia en el sentido de que la sede central actúa más como un cuerpo operativo en vez de como coordinador. Por ejemplo, el programa de donación de sangre (financiado por el gobierno), que marcha eficientemente, es llevado a cabo por empleados a tiempo completo de la sede central sin ningún involucramiento de voluntarios en las divisiones."

El plan de la Sociedad y el presupuesto de 1990 explica con detalle las relaciones entre la sede central y la organización descentralizada (o entre los empleados a tiempo completo y los voluntarios). El subraya la necesidad "de que la sede central coordine las actividades de la Sociedad; organice a los voluntarios y desarrolle talentos y destrezas; incentive el involucramiento con recursos de su propio medio; mantenga los funcionarios de campo en movimiento. La unidad de servicios de campo tiene la intención de orientar esta tarea bajo dos temas: desarrollo de las divisiones (el programa incluye cinco divisiones y tres grupos), y dirigir el programa de preparación en prevención de desastres como un tema separado. La razón es que no existe una política clara del gobierno en materia de preparación en prevención de desastres. Como resultado, no solo la Sociedad se ve enfrentada a voluntarios que solicitan preparación en prevención de desastres, sino también la

policía de Botswana, las fuerzas de defensa de Botswana y a las autoridades locales esperan que la Cruz Roja provea recursos y seminarios sobre los tópicos señalados."

División de Melepolole: el comité ejecutivo de la división no está en funciones, no fue involucrado en la ayuda de la Cruz Roja dada a la aldea de Kumakwane.

División de Mahalapye: la división se enfrentó anteriormente al problema de la continuidad en el seno del comité ejecutivo de la división. Los miembros eran todos servidores públicos y a veces la división se paralizaba porque todos eran transferidos a otros distritos. La división de Mahalapye resolvió sus problemas reclutando expertos locales para el comité ejecutivo de su división. Hoy el comité de Mahalapye está compuesto por seis hombres de negocios locales y sólo dos servidores públicos (maestros). El puesto del director de la división quedó vacante debido a que la persona electa decidió renunciar después de unirse a un partido político.

División de Francistown: la comisión ejecutiva de la división tiene ocho miembros. Como todos los miembros, excepto el director (médico privado) son servidores públicos (oficinista municipal, funcionario de desarrollo, ministro religioso, teniente coronel, jefe colector de impuestos, funcionario de rehabilitación y secretario del tribunal

agrario), sólo cuatro se hallan realmente en Francistown. Los otros han sido transferidos a otros lugares, y sólo podrán ser reemplazados después de reunión general anual. Enfrenta el problema de la falta de apoyo de los miembros debido a un conflicto entre el actual comité ejecutivo de la división y miembros del anterior comité.

División de Maun: de los siete miembros del comité ejecutivo cuatro son servidores públicos (un administrador del hospital, tres maestros) y los otros tres son administradores de empresas locales. En principio, todos los siete miembros son transferibles por sus empleadores, pero el director de la división no ha sido transferido en los últimos 11 años.

La división tiene más de cien miembros, pero pierde muchos. Solo 20 están activos. El centro de la Cruz Roja lo componen tres edificios, el último en construcción con 85% de financiamiento del gobierno. El edificio, que mide 7 x 3 metros, contiene tres salas que será alquiladas para la instalación de oficinas. Todavía no se han firmado contratos con los futuros inquilinos.

Maun es el centro del más importante y floreciente negocio de turismo de Botswana, el delta de Okavango. En relación con la estrategia de la Cruz Roja de alquilar