



SOLIDARIDAD MÉDICA CANARIA

PROGRAMA DE MEJORA DE LAS CONDICIONES DE VIDA EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS DE MOXOS, DEPARTAMENTO DEL BENI, BOLIVIA.

**I CONVOCATORIA DE AYUDAS IWITH.ORG PARA PROYECTOS WEB,
2006.**

PRESENTACIÓN

A continuación, se presenta la labor de cooperación internacional que la Asociación Solidaridad Médica Canaria (SMC-ONG) inició en el año 2003 de forma particular y a la que se han ido uniendo distintas entidades e instituciones públicas y privadas; definiendo un Macro Proyecto efectivo en el que se ha conseguido implicar a las autoridades bolivianas, a los habitantes de las comunidades indígenas a diferentes asociaciones que bajo nuestra dirección trabajan en la consecución de los objetivos propuestos, el **Programa de Mejora de las Condiciones de Vida en las Comunidades Indígenas de Moxos, Departamento del Beni, Bolivia.**

Dentro de lo que es hoy Bolivia, el segundo país latinoamericano con mayor índice de pobreza, se trata de implantar una red médico-sanitaria en las comunidades indígenas de la provincia de Moxos, zona que no contaba con los más elementales recursos sanitarios y que presenta, entre otros déficits, un alto índice de mortalidad infantil que limita su capacidad de desarrollo.

La capacidad y eficacia de la organización que lleva a cabo el proyecto nos viene dada por la experiencia y el conocimiento del terreno y la población sobre los que se va a trabajar dado que se han realizado numerosas expediciones previas, dotando las rutas de infraestructura y formando a los recursos humanos locales, creando así una rutina dentro de la red sanitaria que facilite y haga cada vez más efectivas las expediciones de los voluntarios.

La cofinanciación, que se demuestra mediante los diferentes convenios suscritos con las autoridades locales, es un factor esencial para hacer partícipes del proyecto a las

instituciones bolivianas, facilitar así el traspaso de responsabilidades y asegurar la continuidad en el tiempo de los resultados.

El proyecto se centra en la población de un colectivo desfavorecido como es el indígena y, dentro de éste, se sitúa en orden prioritario a las mujeres y niños. Las desigualdades de género se pretenden combatir con cursos socio-sanitarios, informativos e integrales y con la elección de promotoras a las que a su vez se les potencian las posibilidades de obtener un título universitario, mejorando así su independencia a todos los niveles y creando patrones para la mejora de las relaciones de género dentro de las comunidades.

Por lo tanto, el intercambio cultural es total en cuanto que se respeta su identidad cultural y su autonomía económica, pero intentando instalar un sistema médico y divulgar conocimientos sanitarios básicos en la zona que consigan reducir la mortalidad infantil, principal objetivo del proyecto. Se utilizan las instalaciones de la zona, así como también los guías, los transportes, y los bienes consumidos, a la vez que se impulsa su producción artesanal mediante la comercialización de sus productos en España a través de diferentes mercadillos que se adscriben a los preceptos básicos del comercio justo.

En las relaciones con las comunidades nada es producto de la caridad, sino del esfuerzo, del esfuerzo exigido tanto a las autoridades locales como a los recursos humanos formados médicamente, como a las comunidades beneficiarias, de modo que no se genera dependencia de la ayuda exterior, sino que se prepara el camino mediante el intercambio para que la red médico-sanitaria continúe su implantación futura en manos nativas exclusivamente.

Solidaridad Médica Canaria con el apoyo técnico y económico de nuestros socios, ha implantado un modelo de actuación que, con las mejoras que el tiempo y la experiencia dará, permite la implantación de un sistema básico de salud, autosostenible, gestioable por los beneficiarios y replicable en otras zonas de la Tierra con un mínimo coste y una máxima extensión poblacional.

Desde estas líneas, y con la descripción que de nuestro programa realizamos esperamos contar con el apoyo de Iwith.org para poder contar con una herramienta fundamental en la realización de nuestros fines. El tener al alcance de la mano una página Web profesional, más todas sus herramientas, nos permite presentarnos ante el mundo como lo que pretendemos ser, y que hasta ahora es impedido por ausencia de dotaciones económicas que tenemos que dedicar íntegramente a la salud, dado que así nos lo exigen nuestros estatutos.

Solidaridad Médica Canaria 2006

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

DENOMINACIÓN DE LA ONG SOLICITANTE

Solidaridad Médica Canaria (SMC-ONG) O.N.G de Ayuda, Cooperación y Desarrollo con ámbito de actuación autonómico.

DOMICILIO SOCIAL Y CONTACTO

Solidaridad Médica Canaria (administración).

Domicilio social:

Avenida de Francia, 1

San Bartolomé de Tirajana.

35.100 (Las Palmas)

Islas Canarias (España)

Teléfono fijo: (00 34) 928 77.61.59 (lunes a viernes 9 a 13 H)

Teléfono móvil: 675. 58.50.26 (lunes a viernes 9 a 13 H)

Fax: (00 34) 928 77.08.22

Correo postal: El domicilio social.

Correo electrónico administración ONG: smc-ong@hotmail.com

Coordinación del proyecto

España:

Teléfono: 649.74.73.35

Correo electrónico: smc_ong@hotmail.com (el separador es guión bajo)

Bolivia:

Teléfono: (0059) 134822367 (Posta Medica de San Ignacio de Moxos -Bolivia-)

Correo electrónico: solidaridadmedicacanaria@hotmail.com

info@solidaridadmedicacanaria.com

Sitio web:

www.solidaridadmedicacanaria.com

PERSONA DE CONTACTO. COORDINACIÓN DEL PROYECTO

En España:

D. José Juan Sánchez Rodríguez.

Voluntario.

Captación de Recursos.

En Bolivia:

Dr. D. José Francisco Rivera Tortosa.

Voluntario.

Presidente de la Asociación.

Ejecución de Proyectos.

Dirige y participa en el Programa de Mejora de las Condiciones de Vida de las Comunidades Indígenas de Moxos, Departamento del Beni (Bolivia)

CIF

G-35743514

FECHA DE CONSTITUCIÓN COMO ONG

Constituida jurídicamente como Asociación el 14 de febrero de 2003, inscrita en el Registro de Asociaciones de Canarias con el número 5.363 y acreditada como entidad colaboradora en la prestación de Servicios Sociales con el N° 35/021/05 por el Gobierno de Canarias.

NÚMERO DE SOCIOS

Compuesta por 160 socios (10 de abril de 2006).

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS PROYECTOS DE SOLIDARIDAD Y COOPERACIÓN AL DESARROLLO QUE INTEGRAN EL PROGRAMA DE MEJORA DE LAS CONDICIONES DE VIDA EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS DE MOXOS, DEPARTAMENTO DEL BENI, BOLIVIA.

INTRODUCCIÓN

Solidaridad Médica Canaria, en colaboración con diversas instituciones públicas y privadas, lleva a efecto diferentes proyectos de solidaridad y cooperación en la provincia boliviana de Moxos. Dichos proyectos se encuentran dentro de un programa de atención integral socio-sanitario que pretende acercar a las comunidades indígenas de esta zona del mundo una atención sanitaria y social adecuada a los derechos humanos reconocidos por los organismos nacionales e internacionales, así como colaborar en alcanzar parte de los objetivos del milenio, en lo que a salud se refiere, para estas comunidades, tradicionalmente abandonadas a su suerte.

EL PROGRAMA DE MEJORA DE LAS CONDICIONES DE VIDA EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS DE MOXOS, DEPARTAMENTO DEL BENI, BOLIVIA, representa el patrimonio profesional de ayuda, cooperación y desarrollo que Solidaridad

Médica Canaria viene realizando desde su fundación en el año 2003, y que tiene los siguientes objetivos:

Objetivo General.

Mejora de las condiciones socio-sanitarias de la población más vulnerable (escasos recursos) en la Provincia de Moxos, Departamento del Beni (Bolivia).

Objetivo Específico.

Establecer un sistema de atención en salud integral a través de acciones preventivas, asistenciales y educativas con los siguientes fines:

- La población beneficiada tiene acceso a los servicios de salud de forma sostenida.
- Establecer un sistema de capacitación continua de recursos humanos comunitarios, así como su planificación que faciliten la sostenibilidad de las acciones.
- Disminuir los altos índices de IRAs (infección respiratoria aguda), IDAs (infección diarreica aguda), desnutrición, anemia y parasitosis con actividades masivas de educación.
- Dotar a la región de infraestructuras sanitarias de referencia donde se puedan atender todas las patologías complicadas y donde los cooperantes internacionales puedan tener un equipamiento adecuado para desempeñar sus actuaciones médicas.

Estos objetivos están sobre seis pilares en los que se sustenta:

I. Hacer llegar y mantener medicamentos en la zona.- Mediante el "Proyecto de Botiquines Comunitarios"

II. -Conseguir personal estable con un mínimo de conocimientos sanitarios.-Se está realizando mediante los curso de "Formación de Promotores de Salud"

III. -Crear centros de atención sanitaria de nivel medio.-donde los promotores puedan remitir las patologías más graves y urgentes, mediante el "Proyecto de Postas Sanitarias"

IV. -Prestar apoyo médico puntual a los promotores de salud.- Mediante la creación de la "Red de Comunicación Sanitaria"

V. -Prestar atención médica periódica y controlar el trabajo de los promotores.- Mediante la realización periódica de expediciones médico sanitarias a la zona.

VI.-Crear y mantener un centro médico-quirúrgico con la infraestructura necesaria para que profesionales sanitarios de distintas ONG europeas puedan desplazarse a realizar campañas puntuales tanto quirúrgicas como de especialidades médicas concretas. Mediante la reforma estructural de la Posta Médica Parroquial de San Ignacio de Moxos para transformarla en un centro de salud con capacidad para la realización de especialidades médicas y técnicas quirúrgicas.

DESARROLLO DEL PROGRAMA.

A lo largo del año se realizan entre dos y tres expediciones Médico Sanitarias al interior del parque, formadas por personal de la Posta Médica de San Ignacio y voluntarios-cooperantes de la ONG española Solidaridad Médica Canaria.

En una primera fase se toma contacto con la realidad de la zona, procediendo al censo de la población, al tratamiento médico y de enfermería de los enfermos y control pediátrico de todos los niños.

En una segunda fase se entregan los botiquines comunitarios que contienen medicamentos específicos para tratar las enfermedades que producen mayor índice de mortalidad en la zona y se realizan los cursos de promotores de salud donde se les adiestra en técnicas sanitarias básicas y en el manejo de los medicamentos del botiquín. El número de cursos es un mínimo de dos al año. Desde el año 2004 UNICEF colabora en nuestro proyecto realizando cursos de prevención de mortalidad infantil.

En una tercera fase se dota de radio a todas las comunidades para que puedan comunicarse con el centro de Salud de San Ignacio. De esta manera se rompe la barrera de aislamiento y nuestros médicos pueden apoyar desde el Centro de Salud de San Ignacio a los promotores en el diagnóstico y tratamiento.

En una cuarta fase se realizan infraestructuras básicas (Postas de Salud o Micro hospitales) adaptadas a las posibilidades y características de la zona de la zona donde se puedan tratar patologías más complicadas.

En una quinta y última fase se intensifica la formación de personal y se transfiere de forma tutelada en control de proyecto a las partes locales.

Siguiendo esta estrategia de trabajo y con el fin de llevarlo a efecto, se han diseñado y se han puesto en práctica, parcial o totalmente según la disponibilidad económica, los siguientes proyectos:

PROYECTOS EN EJECUCIÓN.

HACER LLEGAR Y MANTENER MEDICAMENTOS EN LA ZONA

Mediante el "Proyecto de Botiquines Comunitarios". Dado el aislamiento¹ en el que se encuentran las comunidades indígenas que viven en la selva amazónica, hasta nuestra llegada a la zona, no había posibilidad de encontrar medicamentos en la región, ni existían vías de distribución. Estas carencias en medicamentos básicos producían una alta mortandad derivada de enfermedades perfectamente tratables en condiciones básicas de suministro farmacéutico.

Por medio de acuerdos establecidos con las Subcentrales de Comunidades Indígenas², hemos creado los canales de distribución que están administrados por los propios indígenas, mediante la supervisión de nuestra ONG.

Mediante el proyecto de Botiquines comunitarios, hemos entregado a las 30 comunidades indígenas del Territorio Indígena Parque Nacional Isiboro-Sécure (TIPNIS) un botiquín con una importante cantidad de medicamentos (82 principios activos).

Los medicamentos y el material médico que componen cada botiquín se ha decidido en función de los datos de la prevalencia de enfermedades que se ha obtenido tras el análisis de los 3.523 pacientes que hemos tratado durante nuestra primer viaje a la zona y sucesivas expediciones.

Se ha entregado el botiquín con los medicamentos tras el cursillo de formación de promotores realizados en el interior del TIPNIS.

El botiquín lo recibe la comunidad en calidad de depósito y se compromete a mantener un mínimo stock. Solidaridad Médica Canaria se compromete a suministrar los medicamentos, haciéndolos llegar hasta las comunidades y aportando el 50% del valor de compra del medicamento.

Resultados Obtenidos: Distribución de un botiquín comunitario (conteniendo la correspondiente medicación) a cada una de las 30 comunidades indígenas del Territorio Indígena Parque Nacional Isidoro-Sécure (TIPNIS). El 100% de las comunidades proyectadas.

¹ Se puede consultar bibliografía sobre el aislamiento en el que se encuentran muchas comunidades indígenas americanas. A modo de ejemplo se puede consultar el trabajo de Vincent Brackelaire, Sociólogo-antropólogo, Situación de los últimos pueblos indígenas aislados en América latina (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Venezuela) Diagnóstico regional para facilitar estrategias de protección. En www.llacta.org/textos/yasuni001.pdf.

² Órganos de gobierno de las comunidades indígenas.

En fase avanzada se encuentra la realización de este proyecto dentro del Territorio Indígena Multiétnico (T.I.M.) (20 comunidades).

En estudio se encuentra la realización de este proyecto en la zona indígena del Maniquí.

Fuentes de Financiación:

Cuotas de socios de Solidaridad Médica Canaria.

Actividades benéficas de los socios de SMC-ONG.

Farmamundi (ONG).

Aviación sin Fronteras (ONG).

Iltmo. Ayuntamiento de Teror (Las Palmas).

Iltmo. Ayuntamiento de Santa Lucía de Tirajana (Las Palmas).

Iltmo. Ayuntamiento de Galapagar (Madrid).

Cabildos y Subcentrales de Pueblos Indígenas.

Iltmo. Ayuntamiento de San Bartolomé de Tirajana (Las Palmas).

Iltmo. Ayuntamiento de Ingenio (Las Palmas).

ANESVAD (ONG)

Trabajo de SMC-ONG: Estudio de viabilidad del proyecto, obtención (compra), suministro, mantenimiento y creación de canales de distribución de medicamentos. Entrenamiento en habilidades sanitarias de los promotores que manejan los botiquines. Control y supervisión de ejecución del proyecto.

CREAR CENTROS DE ATENCIÓN SANITARIA DE NIVEL MEDIO

Mediante el "Proyecto de Postas Sanitarias". Con la intención de dar una cobertura sanitaria más especializada para el tratamiento de enfermedades más graves se construyen postas sanitarias. Cada Posta es el centro sanitario de referencia de una serie de comunidades próximas. El responsable de la Posta visitará regularmente estas comunidades y aquí se derivarán los pacientes graves que no puedan ser atendidos por el promotor de salud de la comunidad.

Este año está prevista la construcción de al menos una Posta Médica en la Comunidad de Santiago del Río Ichoa.

Resultados Obtenidos: Hasta hoy se ha realizado la construcción de Postas Médicas en las comunidades de San Vicente, Santa María de la Junta, San Bernardo, Tres de Mayo, San José y Asunta. Se han construido los Micro Hospitales de Oromomo, Puerto San Lorenzo y Nueva Galilea. Se ha creado un centro de salud en la antigua posta parroquial de San Ignacio de Moxos, como centro de referencia sanitario de la zona de actuación.

Fuentes de Financiación:

Cuotas de socios de Solidaridad Médica Canaria.

Actividades benéficas de los socios de SMC-ONG.

ANESVAD (ONG).

Iltmo. Ayuntamiento de San Bartolomé de Tirajana (Las Palmas).

Asociación Juvenil del Castillo -Santa Lucía de Tirajana (Las Palmas).

Cabildos y Subcentrales de Pueblos Indígenas.

Iltmo. Ayuntamiento de Ingenio (Las Palmas).

Asociación Grupo de Apoyo y Ayuda al Tercer Mundo (Teror -Las Palmas).

Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (SEDES-Beni)

Trabajo de SMC-ONG: Estudio de viabilidad del proyecto, entrenamiento en habilidades sanitarias de los promotores que atienden las postas, microhospitales y centro de salud, gestión de personal médico y de enfermería y administración del mismo personal perteneciente al Servicio Departamental de Salud del Beni -SEDES.Beni- (Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia).

TRANSFORMACIÓN DE LA POSTA MÉDICA DE VINASIRARE (SAN IGNACIO DE MOXOS) EN CENTRO DE SALUD REFERENCIAL.

San Ignacio de Moxos es la capital de la provincia de Moxos y presenta una población de poco más de 12.000 habitantes urbanos y cerca a 40.000 habitantes de la familia de los Arawac (mojeños ignacianos, trinitarios, etc.). El territorio de la provincia está conformado por ríos y lagunas, pampas, selva, pantanos y serranía baja. Cuenta con 109 comunidades campesinas y 2 territorios indígenas de gran riqueza cultural: Parque Nacional Isiboro-Sécure (TIPNIS: Territorio Indígena Parque Nacional Isiboro-Sécure) y el TIM (Territorio Indígena Multiétnico) con 58 y 19 comunidades respectivamente. Como capital representa el núcleo poblacional más próximo a nuestra forma de entender un núcleo urbano. A pesar de ello ninguna de sus calles presenta asfaltado y la energía eléctrica no es de fluido permanente. Aún con estas limitaciones es el único lugar de la región en el que se puede establecer un acceso telefónico y se puede contar con la energía eléctrica casi necesaria para establecer infraestructuras sanitarias más importantes. Por ese motivo, a la llegada a la zona de los voluntarios de Solidaridad Médica Canaria se decidió establecer el centro operacional en esta localidad, concretamente en la posta médica parroquial Vinasirare que gestionaban y gestionan actualmente en colaboración con Solidaridad Médica Canaria, las Hermanas Ursulinas del Sagrado Corazón de Jesús.

Con el fin de adaptar la primitiva posta médica para convertirla en el centro referencial de la atención médica a los indígenas residentes en las comunidades limítrofes se llevó a

cabo una reforma que dio como resultado la creación de un centro de salud en el que, aparte de las consultas médicas y de enfermería, se ha creado una farmacia, un quirófano, un aula para charlas y conferencias, una sala de postoperatorio, una sala de fisioterapia, etc.

Resultados Obtenidos: Se realizó el proyecto de transformación como estaba previsto.

Fuentes de Financiación:

Cuotas de socios de Solidaridad Médica Canaria
Actividades benéficas de los socios de SMC-ONG
ANESVAD (ONG)
Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (SEDES-Beni)
Hermanas Ursulinas del Sagrado Corazón de Jesús de Moxos (Bolivia)

Trabajo de SMC-ONG: Estudio de viabilidad del proyecto, coadministración y codirección del centro de salud, uso de las instalaciones para la ejecución, dirección, etc., de los proyectos en Bolivia.

MEJORA DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN EL DEPARTAMENTO BENI, BOLIVIA. FORTALECIMIENTO DEL CENTRO DE SALUD VINASIRARE (SAN IGNACIO DE MOXOS). ADQUISICIÓN DE MATERIAL SANITARIO.

Tras la reforma realizada, con el tiempo y según ha ido creciendo la importancia del centro en los planes de facilitar a los habitantes de la zona un sistema sanitario adecuado y eficaz, ha habido que dotar al centro de salud de elementos técnicos imprescindibles para poder prestar una asistencia sanitaria en condiciones adecuadas. Con tal motivo, periódicamente se proyecta dotar al centro de salud de referencia en San Ignacio de Moxos de diferente material necesario para una atención sanitaria eficaz. El último proyecto adjudicado se dedicó a la adquisición de un generador de corriente, un equipo de anestesia y material quirúrgico elemental que permita realizar cualquier tipo de operación quirúrgica, tanto programada como de urgencia.

Resultados Obtenidos: Se ha dotado al Centro de Salud de Vinasirare de los elementos médico-quirúrgicos proyectados. Se encuentra en fase de proyecto la adquisición de diferente material médico, sanitario y vario

Fuentes de Financiación:

Cuotas de socios de Solidaridad Médica Canaria
Actividades benéficas de los socios de SMC-ONG
ANESVAD (ONG)

Trabajo de SMC-ONG: Estudio de viabilidad del proyecto, entrenamiento en habilidades sanitarias de los promotores que atienden el centro de salud, gestión de personal médico y de enfermería boliviano y administración del mismo personal perteneciente al Servicio Departamental de Salud del Beni -SEDES.Beni- (Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia), gestión y control mediante proyectos de uso programado de los elementos adquiridos para la realización de operaciones quirúrgicas, mantenimiento de los materiales y elementos adquiridos.

IMPLEMENTACIÓN DE MATERIAL PARA EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN.

Con el fin de completar la dotación de material de rehabilitación traumatológica al centro de salud de San Ignacio de Moxos se proyectó la adquisición de los elementos correspondientes.

Debido al elevado número de pacientes con artritis reumatoide y de niños con retraso psico-motor en el año 2002 se creó el servicio de rehabilitación y estimulación precoz que ha sido atendido por cooperantes de Solidaridad Médica Canaria, por un equipo de promotoras del centro de salud de San Ignacio de Moxos (a las que se les ha financiado cursos de formación en la ciudad de la Paz) y por fisioterapeutas que puntualmente trabajan en el centro. Actualmente se encuentra en proyecto la adquisición de material y aparatos de permitan realizar los ejercicios de rehabilitación necesarios para el tratamiento de los pacientes.

Resultados Obtenidos: Se encuentra en fase de adquisición de material, y en fase de proyecto el aumento del mismo, así como la construcción de un anexo al centro de salud con el fin de poder prestar los servicios de rehabilitación en condiciones adecuadas.

Fuentes de Financiación:

Cuotas de socios de Solidaridad Médica Canaria.

Actividades benéficas de los socios de SMC-ONG

ANESVAD (ONG).

Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (SEDES-Beni).

Vicariato Apostólico del Beni.

Hermanas Ursulinas del Sagrado Corazón de Jesús de Moxos.

Trabajo de SMC-ONG: Estudio de viabilidad del proyecto, entrenamiento en habilidades sanitarias de los promotores-rehabilitadores que realizan la atención sanitaria, gestión de personal médico y de enfermería boliviano y administración del mismo personal perteneciente al Servicio Departamental de Salud del Beni -SEDES.Beni- (Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia), Control y seguimiento de los pacientes tratados.

PROYECTO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS GRATUITAS PARA PERSONAS SIN ACCESO AL SISTEMA SANITARIO.

Solidaridad Médica Canaria en coordinación con Denok Osasunaren Alde (DOA-ONG), personal sanitario voluntario dedicado a la realización de intervenciones quirúrgicas, han iniciado un proyecto para la atención quirúrgica para lo cual la ONG DOA trasladará, un mínimo de dos veces al año, varios equipos quirúrgicos completos (Ginecología, Cirugía General, Traumatología, Cirugía Vasculat, etc) que van a realizar las operaciones quirúrgicas programadas en el centro de salud de San Ignacio de Moxos. Ambas organizaciones cubren los gastos de desplazamiento de pacientes desde su comunidad de origen hasta San Ignacio, alimentación del paciente y acompañante, estudios preoperatorios, medicación, costo de cirugía y anestesia Esta pendiente la compra de un microscopio para intervenciones oculares por opacidad del cristalino (cataratas) y otras enfermedades oculares.

Resultados Obtenidos: Se ha acordado la realización, de hecho ya se efectúa, de tratamientos quirúrgicos de distintas enfermedades, encontrándose en fase de proyecto la realización de intervenciones quirúrgicas oftalmológicas hasta la adquisición de un microscopio ocular.

Fuentes de Financiación:

Cuotas de socios de Solidaridad Médica Canaria.

Actividades benéficas de los socios de SMC-ONG

Denok Osasunaren Alde (DOA-ONG).

Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (SEDES-Beni).

Vicariato Apostólico del Beni.

Hermanas Ursulinas del Sagrado Corazón de Jesús de Moxos.

ANESVAD.

Visión Mundi (ONG)

Trabajo de SMC-ONG: Estudio de viabilidad del proyecto, entrenamiento en habilidades sanitarias de los promotores de salud que realizan la atención sanitaria, gestión de personal médico y de enfermería boliviano y administración del mismo personal perteneciente al Servicio Departamental de Salud del Beni -SEDES. Beni- (Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia), Control y seguimiento de los pacientes tratados, tratamiento pre y post operatorio.

CURSOS DE FORMACIÓN SOCIAL Y SANITARIA.

Uno de los primeros proyectos puestos en marcha por Solidaridad Médica Canaria a su llegada a la provincia de Moxos fue dar la formación adecuada en materia sanitaria a los indígenas bolivianos.

El botiquín comunitario entregado a las poblaciones indígenas no era suficiente para asegurar el éxito de la intervención sanitaria. La carencia de personal médico y de enfermería profesional que atendiera a las comunidades aisladas exigió crear figuras "paramédicas" que atendieran inicialmente las enfermedades más comunes, con conocimientos para prestar tratamiento de las leves y capacidad de diagnóstico de las más graves. Las figuras del promotor de salud comunal, promotor de salud del centro de salud de San Ignacio e instrucción de parteras tradicionales han sido las propuestas en materia de formación de la salud.

- **Curso de Promotores de Salud Comunales:** Las comunidades indígenas deben nombrar a dos personas que deberán asistir a los cursos de formación de promotores de salud y sus reciclajes correspondientes. Estas personas reciben formación médica y de enfermería básica con el fin de que puedan diagnosticar y tratar las enfermedades leves más comunes dadas en su lugar de residencia, y sepan identificar las más graves con el fin de que puedan desviar a los afectados hasta la posta de referencia de su zona o hasta el centro de salud de San Ignacio de Moxos. Se realizan dos por año, en las comunidades indígenas donde poseen botiquín comunitario y existe una implicación de la comunidad en la autogestión del proyecto:

Comunidades de la zona alta del río Sécuré: Se realizan en Oromomo.

Comunidades de la zona baja del río Sécuré: Se realizan en Nueva Galilea.

Comunidades aisladas del TIM: Se realizan en San José del Cabitú.

- **Curso de Formación de Promotores de Salud del Centro de Salud de Vinasirare (San Ignacio de Moxos):** El enfoque de la formación de los promotores del centro de salud de San Ignacio de no puede guardar equivalencia con el de las comunidades aisladas de la selva ya que estos últimos actúan como "paramédicos" y continuamente tienen que realizar diagnósticos y tratamientos en ausencia del médico.

Los/as promotores/as del centro de Salud deben estar formados en técnicas de enfermería ya que siempre trabajan junto a un médico que realiza los diagnósticos médicos y su tratamiento. Las funciones de estos promotores son controlar a los pacientes ingresados, el control de la desnutrición infantil, funciones de enfermería así como acompañar a los cooperantes en las expediciones al TIPNIS (comunidades indígenas) para formar a los promotores del río en técnicas de enfermería (curas, inyecciones, suturas, sueros, etc.). A cambio reciben formación continuada y un mínimo de dos cursos

intensivos anuales sobre técnicas de enfermería y la posibilidad de recibir una beca para realizar estudios de enfermería o medicina.

- **Curso de Parteras Tradicionales:** Dado la idiosincrasia de la cultura de los habitantes de estas comunidades es absolutamente imposible pensar que las mujeres se dejen atender en su parto por ningún varón ni que lo hagan en un centro sanitario pero sí lo hacen por "las parteras tradicionales". Hemos detectado que el mayor porcentaje de mortalidad infantil y maternal peri natal se produce por causas infecciosas o manipulaciones indebidas. La idea consiste en que la comunidad mande a su "partera" a un curso de formación, al igual que hace con los promotores. En este curso se dotara de conocimiento y métodos de trabajo (set de parto limpio) para que realicen la ayuda al parto siguiendo su técnica tradicional, pero corrigiendo algunos detalles que puedan ser potencialmente peligrosos (higiene de la madre y el niño, pinzado de cordón, limpieza de manos antes de atención, etc.). Este proyecto disminuye considerablemente tanto la mortalidad materna como infantil, a la vez que es 100% autogestionable.
- **Curso de Formación en Primeros Auxilios para Personal Docente de Centros y Escuelas Públicas:** En los centros docentes de la provincia de Moxos se imparten cursos de primeros auxilios para el profesorado. Igualmente se les enseña a manejar el botiquín con el que se ha dotado a las escuelas
- **Curso de Autoestima y Acción Social para Mujeres Indígenas:** Periódicamente, en las comunidades indígenas y en San Ignacio de Moxos, se imparten cursos de autoestima y recursos sociales para mujeres. Igualmente se ofrecen charlas de educación para la salud, en diferentes ramas, a los indígenas residentes en la selva.

Resultados Obtenidos: En los tres años de existencia del proyecto se han formado con nosotros unos setenta promotores/as de salud y más de doscientas personas en el resto de cursos. La formación de los promotores se realiza con una media de dos cursos por año, estando prevista para 2006 la realización de dos cursos como mínimo.

Fuentes de Financiación:

Cuotas de socios de Solidaridad Médica Canaria.

Actividades benéficas de los socios de SMC-ONG.

ANESVAD (ONG).

Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (SEDES-Beni).

Vicariato Apostólico del Beni.

Hermanas Ursulinas del Sagrado Corazón de Jesús de Moxos.

Caritas Beni.

Iltmo. Ayuntamiento de Ingenio (Las Palmas).

Iltmo Ayuntamiento de Santa Lucía de Tirajana (Las Palmas).

Iltmo Ayuntamiento de Valleseco (Las Palmas).

Iltmo Ayuntamiento de Agüimes (Las Palmas).
Iltmo Ayuntamiento de San Bartolomé de Tirajana (Las Palmas).
Iltmo. Ayuntamiento de Teror (Las Palmas).
UNICEF.

Trabajo de SMC-ONG: Estudio de viabilidad del proyecto, entrenamiento en habilidades sanitarias de los promotores de salud que realizan la atención sanitaria.

BECAS DE ESTUDIOS SANITARIOS.

La falta de personal sanitario³ y, muchas veces, formación sanitaria insuficiente o muy deficiente ocasionan, junto a la carencia de infraestructuras, que los pocos recursos existentes no sean convenientemente utilizados. En todo el planeta hay una escasez crónica de profesionales de la salud, producto de décadas de anemia inversora en la formación, remuneración, condiciones de trabajo y gestión de esos profesionales. Mas aún si cabe en un país como Bolivia.

Con el fin de incidir en la autogestión del proyecto por los propios habitantes de la región se financian becas para estudio sanitarios a dieciséis indígenas durante el curso académico 2006, como se ha venido haciendo en anteriores años.

Resultados Obtenidos: Realización de estudios de 16 indígenas bolivianos en estudios medios y superiores.

Fuentes de Financiación:

Cuotas de socios de Solidaridad Médica Canaria
Actividades benéficas de los socios de SMC-ONG.
Padrinos-Becantes de SMC-ONG.

Trabajo de SMC-ONG: Selección de las personas becadas y seguimientos de sus estudios y progresos mediante el sistema de tutorías.

FINANCIACION DEL TRATAMIENTO DE LA LEISHMANIASIS EN EL BENI

La leishmaniasis es una enfermedad infecciosa provocada por un parásito denominado leishmania. Según la OMS afecta a unos 12 millones de personas repartidos en 88 países del mundo.

Su fuente de infección son los animales, afectando a roedores, perros y diversos mamíferos salvajes. En muchas regiones del continente africano la enfermedad es

³ En este contexto, la [Organización Mundial de la Salud](http://www.who.int) (OMS) y numerosas ONG recordaron el pasado 7 de abril (Día Mundial de la Salud) que la falta de formación y de recursos humanos es una de las principales dificultades para el desarrollo de la salud en los países del Sur.

endémica en perros y carnívoros salvajes. Los hombres pueden contagiarse de la enfermedad si reciben picaduras de una mosca de la arena que haya picado anteriormente a un mamífero infectado. La enfermedad también puede transmitirse de madres a hijos y a través de transfusiones de sangre o agujas infectadas.

Existen distintas formas de la enfermedad, siendo la leishmaniasis cutánea la variante más frecuente. Sus síntomas son úlceras en la piel de la cara, los brazos y las piernas, que pueden dejar cicatrices permanentes. La leishmaniasis visceral es la forma más grave de la enfermedad, siendo mortal casi en la totalidad de los casos si el enfermo no recibe el tratamiento adecuado. Los síntomas de esta variante incluyen accesos de fiebre, pigmentación de la piel, pérdida de peso y alteración de los componentes sanguíneos.

El tratamiento de esta enfermedad debe realizarse bajo control médico. Se utilizan los antimoniales pentavalentes, como el estibogluconato sódico o el antimoniato de meglumina, administrándose por vía intravenosa o intramuscular en dosis única diaria. Están contraindicados en personas que padezcan una insuficiencia renal, hepática o cardíaca ni en aquellas afectadas por una tuberculosis. Otros medicamentos utilizados son la anfotericina B, la pentamidina y el ketoconazol.

Ningún fármaco ni vacuna se ha mostrado eficaz en la prevención de la enfermedad por lo que es necesario utilizar otras medidas preventivas.

La Leishmaniasis en Bolivia se encuentra geográficamente distribuida en el área rural de las zonas tropicales y subtropicales de los departamentos de La Paz, Beni, Pando, Santa Cruz, Cochabamba, Tarija y Chuquisaca. En el Departamento de Pando, la tasa de incidencia en el año 2000 fue de 380 casos por 100.000 hab. (218 enfermos), 58 por 100.000 habitantes en Beni (215 enfermos).

A requerimiento del Servicio Departamental de Salud del Beni y dada la problemática que se presenta a corto plazo tras haberse suspendido las ayudas internacionales que se venían dando a la Sanidad Boliviana para la compra de Glucantime (Nombre comercial de la medicación para el tratamiento de la Leishmaniasis), hemos mantenido contactos con la O.N.G. ANESVAD, con el fin de co-financiar la compra de dicho medicamento.

Tras el estudio del proyecto preliminar presentado por Solidaridad Médica Canaria, se ha acordado iniciar la elaboración de un proyecto de financiación.

Resultados Obtenidos: Adquisición de la medicación necesaria para el tratamiento de la enfermedad, según lo proyectado, para el año 2006

Presupuesto Total: 105.000 euros.

Fuentes de Financiación:

Cuotas de socios de Solidaridad Médica Canaria.
Actividades benéficas de los socios de SMC-ONG.
ANESVAD (ONG)

Trabajo de SMC-ONG: Detección de zonas de incidencia de la enfermedad, identificación de los afectados en sus distintas fases, administración de la medicación y evolución y control de la enfermedad y enfermos.

PROYECTO DE ATENCIÓN A ENFERMOS REUMÁTICOS

INTRODUCCIÓN

La Artritis Reumatoide es una enfermedad reumática crónica que causa dolor, rigidez, inflamación y limitación en la movilidad de las articulaciones. Por enfermedades reumáticas se entiende aquellas que afectan a alguno de los componentes del sistema locomotor: huesos, músculos, tendones, cartílago, etc.; y se dice que es crónica porque todavía no se dispone de tratamientos que curen completamente esta enfermedad: una vez iniciada, la Artritis Reumatoide perdurará durante mucho tiempo, a pesar de que puede haber largos periodos sin síntomas.

También se dice que es una enfermedad de carácter severo, pues la inflamación persistente de las articulaciones causa la destrucción progresiva de éstas, haciendo que se deformen, lo que provoca episodios de dolor agudo y, en ocasiones, llega a condicionar notablemente la capacidad funcional diaria de los enfermos.

La manifestación principal de la Artritis Reumatoide es la inflamación generalizada de las articulaciones, en concreto, de la membrana que las recubre. Esta membrana se conoce como membrana sinovial (o sinovio), por ello, los médicos suelen denominar a este tipo de inflamación, que es típico de la Artritis Reumatoide, sinovitis.

Una particularidad de la Artritis Reumatoide es que no afecta a todas las articulaciones por igual. Es más, el patrón del daño articular puede dar un indicio al reumatólogo para diferenciar esta enfermedad de otras, como la osteoartritis. Las articulaciones más habituales donde se manifiesta la sinovitis en la Artritis Reumatoide son: cuello, hombros, codos, muñecas, cadera, rodillas, tobillos y la mandíbula. Además, la afectación suele ser simétrica, es decir, si un paciente muestra inflamación en el codo izquierdo es muy probable que el codo derecho también esté inflamado.

Además de la sinovitis crónica, la Artritis Reumatoide puede causar, aunque no en todos los pacientes, otras complicaciones, como la inflamación de los vasos sanguíneos, de los pulmones y de otros tejidos.

No se conoce muy bien todavía qué es la Artritis Reumatoide, pero sí se saben muchas cosas que no es:

1) La Artritis Reumatoide no se hereda: no se transmite directamente de padres a hijos y que la padezca un miembro de la familia no conlleva que la vayan a desarrollar los demás. Es más, incluso estando ambos progenitores afectados de artritis, sus hijos no tienen porqué padecerla. Sí parece que hay ciertos genes que hacen a las personas "más susceptibles" de padecer Artritis Reumatoide, pero incluso con esta carga genética, una persona puede no llegar a desarrollarla nunca.

2) La Artritis Reumatoide no se puede contagiar: el trato cercano con un paciente no implica riesgo alguno.

3) La Artritis Reumatoide no es más frecuente en un tipo de raza que en otros.

4) La Artritis Reumatoide no se desencadena por seguir ciertos estilos de vida: ningún tipo de dieta provoca artritis, ni el sedentarismo, ni otros hábitos, como consumir tabaco, alcohol o bebidas estimulantes (café, té, etc.). Sin embargo, una vez iniciada, algunas de estas costumbres pueden influir negativamente en su pronóstico.

5) La Artritis Reumatoide no sigue un patrón fijo en su evolución: dos pacientes que desarrollen a la vez esta dolencia, con la misma edad, sexo y condición social, pueden presentar muy diferentes síntomas.

Algunas de las enfermedades reumáticas tienen que ver con alteraciones en el sistema inmunitario, y la Artritis Reumatoide es una de ellas. En concreto, la Artritis Reumatoide está considerada como una enfermedad autoinmune, es decir, que es el propio sistema inmune de la persona enferma el que de alguna manera desencadena y mantiene la enfermedad. Sin embargo, esta alteración del sistema inmune no compromete la capacidad que tienen los enfermos de Artritis Reumatoide para defenderse de las infecciones.

Otra característica de la Artritis Reumatoide es la variabilidad en los síntomas: mientras en algunos pacientes duran únicamente de uno a dos años, tras los cuales la enfermedad remite sin dejar daños notables, en otros pacientes se alternan los períodos denominados "brotes" (empeoramiento de los síntomas) con otros períodos de remisión (desaparición parcial o total de los síntomas). También hay pacientes en los que la enfermedad está activa la mayor parte del tiempo, se mantiene durante muchos años y produce una incapacidad considerable.

Aunque la causa de la Artritis Reumatoide todavía no está clara, como resultado de la continua investigación sobre esta enfermedad, día a día se conocen más los factores implicados en ella y, por tanto, se están desarrollando nuevos fármacos específicos para tratar los síntomas y frenar el daño producido por la enfermedad en los tejidos de las articulaciones.

PREVALENCIA EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS.

La disponibilidad de información⁴ sobre morbilidad debida a enfermedades reumáticas es muy escasa y no permite hacer un análisis para estimar la carga que estas afecciones tienen en la salud de la población boliviana. Sin embargo la evidencia empírica recogida en el marco del Curso Departamental de Reumatología en Atención Primaria de Salud organizado por la Sociedad científica celebrado en julio de 2004, permitió determinar que la osteoartritis, osteoporosis, la artritis reumatoide y la fiebre reumática tienen una presencia significativa en la población boliviana y representan una causa importante de discapacidad.

La Artritis Reumatoide es una enfermedad que afecta a un elevado número de personas habitantes de las comunidades indígenas de todos los sexos y edades.

Cuanto más joven es el enfermo peor perspectiva de futuro se le presenta ya que las personas dependientes de él (en el caso de ser cabeza de familia) no tienen fuentes de ingresos, agravando la situación la atención debida a un enfermo para el que no hay tratamiento. Dado que el tratamiento de esta enfermedad es asequible y tiene un alto índice de éxito, Solidaridad Médica Canaria inició un proyecto para la detección y tratamiento vía médica de esta enfermedad. El tratamiento se ve complementado con el proyecto de atención en rehabilitación que se lleva a efecto en el centro de salud de San Ignacio de Moxos.

Resultados Obtenidos: Proyecto de atención actualmente en marcha.

Fuentes de Financiación:

Cuotas de socios de Solidaridad Médica Canaria.

Actividades benéficas de los socios de SMC-ONG.

ANESVAD (ONG)

Caritas-Beni (ONG)

Hermanas Ursulinas del Sagrado Corazón de Jesús de Moxos.

Trabajo de SMC-ONG: Detección de zonas de incidencia de la enfermedad, identificación de los afectados en sus distintas fases, administración de la medicación y evolución y control de la enfermedad y enfermos.

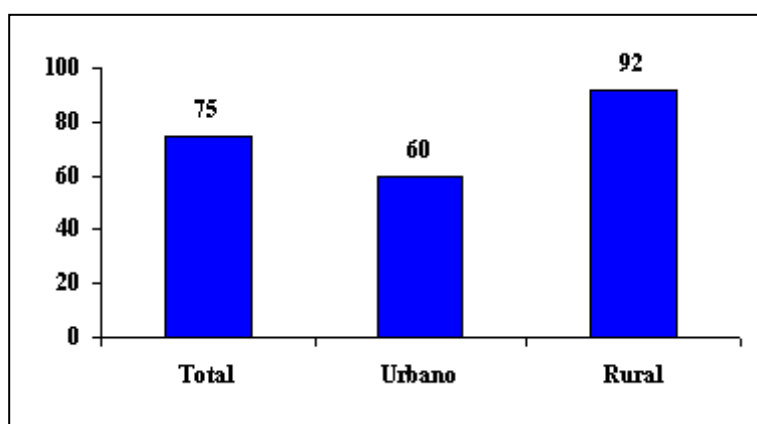
⁴ Datos del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia publicados en el Informe de Situación de Salud de Bolivia. 2004.

TRATAMIENTO DE DESNUTRICIÓN INFANTIL

INTRODUCCIÓN.

De acuerdo con los datos de las ENDSAs⁵ los niveles de desnutrición en niños y niñas se redujeron en el año 2003 a un 26,5%, en desnutrición crónica, mostrando una escasa mejoría en comparación a la registrada el año 1998 que alcanzó a un 26,8%.

Las diferencias entre el área rural y urbana son elocuentes, registrándose más del doble de desnutridos crónicos en el área rural que en el urbano.



Mortalidad infantil por mil nacidos vivos.⁶

En lo que se refiere a la severidad del estado de desnutrición crónica, encontramos en el área rural tres veces más niños en estado de desnutrición crónica severa que en área urbana.

Por otro lado, las diferencias más marcadas se observan en la presencia de desnutrición de acuerdo al nivel educativo de la madre. Se observa que en el grupo de madres que no tienen ningún grado de instrucción se presenta la desnutrición crónica en un 44% de los niños menores de 5 años, versus un 13,8% en madres que alcanzaron educación secundaria. Al respecto resulta evidente que la transición más importante se da entre la educación primaria (30,8% de desnutridos crónicos) y la educación secundaria (13,8%).

Desnutrición en menores de 2 años

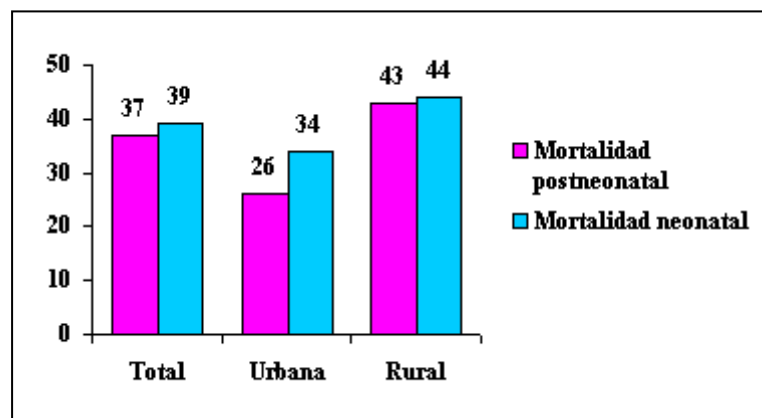
La desnutrición en niños menores de 2 años es otro indicador donde se encontró una importante desigualdad entre los estratos de pobreza. Nacionalmente el estrato más

⁵ Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2003) realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE-Bolivia)

⁶ Sistema Nacional de Salud (Bolivia). Informe sobre la Salud del Niño. 1994.

pobre muestra un 30% de niños pequeños desnutridos, mientras que en el menos pobre es de 19%.

Otro indicador que revela diferencias entre municipios con diferente origen étnico es la desnutrición infantil. En los municipios indígenas en promedio la desnutrición en menores de 5 años alcanza un 30% mientras que en los no indígenas es del 21%. Estos niveles son más altos en los grupos quechuas y guaraníes, en los que llega hasta el 37%.



Mortalidad neonatal y posneonatal por mil niños nacidos vivos.⁷

Otro aspecto relacionado con el estado nutricional es la anemia. La anemia en niños menores de 2 años como prevalencia general incrementó de 74 a 78% en las ENDSAs 1998 a 2003, esto significa que aproximadamente 8 de cada 10 niños menores de 2 años tienen anemia en Bolivia. De la misma forma la anemia hasta los 5 años muestra niveles alarmantes principalmente en los departamentos de Potosí, Oruro y Cochabamba.

La mortalidad neonatal⁸ representa más de la mitad de las muertes de menores de cinco años, y más de un tercio de todas las muertes en la infancia. Más del 65% de las muertes neonatales ocurren en zonas rurales. Los principales factores que causan o contribuyen a la muerte de niños y niñas son las enfermedades infecciosas, el bajo peso al nacer y los nacimientos prematuros.

Uno de los problemas más dramáticos a los que los voluntarios de Solidaridad Médica Canaria tuvo que hacer frente a su llegada a las comunidades indígenas de Moxos fue la alta mortalidad infantil debido a carencias proteicas y enfermedades relacionadas con estas carencias. Esta situación, en las comunidades indígenas aisladas, hacía que el 25% de los niños nacidos vivos no llegara a la pubertad. Si bien el hambre no es endémica en estas zonas, si lo es la ausencia de componentes proteicos en los alimentos que forman parte de su dieta. Estas carencias hacen que los niños, cuando no pueden ser amamantados por sus madres (al estar estas mal nutridas) sean alimentados en condiciones de carencia

⁷ Sistema Nacional de Salud (Bolivia). Informe sobre la Salud del Niño. 1994.

⁸ UNICEF. Panorama en Bolivia.

absoluta de proteínas (son alimentados con plátano machacado con agua, en ausencia de leche materna) lo que lleva a una desnutrición progresiva que finaliza en la muerte.

Estas carencias proteicas son perfectamente tratables y fue la primera necesidad en ser atendida al llegar a la zona.

Dentro de cada botiquín comunitario se incluyó un almacén de leche infantil para ser administrado en caso de ser detectada la enfermedad en algún menor. Para detectar la enfermedad, el promotor de salud de cada comunidad debe realizar una revisión quincenal (Peso, talla, etc) a cada uno de los niños comprendidos entre los 0 y los 15 años, emitiendo los informes correspondientes que debe remitir al centro de referencia de San Ignacio de Moxos.

Nuestro sistema de apadrinamiento asegura la atención alimenticia y farmacéutica de 80 niños. El grupo de menores afectados que no están apadrinados son atendidos con las aportaciones económicas de las diferentes instituciones públicas y privadas que nos subvencionan.

Resultados Obtenidos: En los tres años de existencia del proyecto se ha reducido la mortalidad infantil por desnutrición hipo proteica a cero, registrándose varias muertes de niños por causas accidentales, únicamente.

Fuentes de Financiación:

Cuotas de socios de Solidaridad Médica Canaria.

Actividades benéficas de los socios de SMC-ONG.

Aviación sin Fronteras (ONG-España)

ANESVAD (ONG).

Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (SEDES-Beni).

Vicariato Apostólico del Beni.

Hermanas Ursulinas del Sagrado Corazón de Jesús de Moxos.

Caritas Beni.

Iltmo. Ayuntamiento de Ingenio (Las Palmas).

Iltmo Ayuntamiento de Santa Lucía de Tirajana (Las Palmas).

Iltmo Ayuntamiento de Valleseco (Las Palmas).

Iltmo Ayuntamiento de Agüimes (Las Palmas).

Iltmo Ayuntamiento de San Bartolomé de Tirajana (Las Palmas).

Ayuntamiento de Teror. (Las Palmas)

Trabajo de SMC-ONG: Estudio de viabilidad del proyecto, entrenamiento en habilidades sanitarias de los promotores de salud que realizan la atención sanitaria, tratamiento de los casos muy graves, administración y dotación de leches y medicamentos.

CAMPAÑA DE ASISTENCIA MÉDICA PERIÓDICA A LAS COMUNIDADES DEL TIPNIS

A pesar del trabajo eficaz que los promotores de salud realizan en sus comunidades es necesario que equipos médicos especializados visiten las comunidades indígenas con el fin de verificar que los proyectos llevados a efecto en las comunidades continúan operativos. Igualmente se realizan censos poblacionales, se realizan vacunaciones, control pediátrico (desparasitación y examen de salud infantil), asistencia a embarazadas y atención médica general. Para este control se han establecido cuatro expediciones sanitarias realizadas por personal local en la que un equipo sanitario recorrerá su zona de influencia (ríos Sécore alto, Sécore bajo y río Ichoa).

EXPEDICIONES MEDICO-SANITARIAS DE SOLIDARIDAD MÉDICA CANARIA

Como en un principio, los voluntarios de Solidaridad Médica Canaria se desplazan dos veces al año hasta Bolivia para supervisar el funcionamiento de los proyectos y continuar buscando comunidades donde iniciar el proyecto, así como prestar asistencia médica y de enfermería.

Este año, aparte de los cooperantes españoles, y con el fin de ir transfiriendo las responsabilidades al personal gubernamental, participaran los médicos, enfermeras y promotores bolivianos asignados a la zona por el Servicio Departamental de Salud del Beni. Se hará más hincapié en la formación y en el control de los botiquines comunitarios así como en la explicación de la metodología de trabajo a los médicos y enfermeras del SEDES.

PROYECTO DE RED DE COMUNICACIÓN SANITARIA

Una de las principales características de estas comunidades es su aislamiento. Acudir a cualquiera de las comunidades del Río Sécore desde San Ignacio de Moxos pueden suponer cinco días de viaje (ida, y otros tantos de vuelta) en canoa por el río, única vía de comunicación. Con el fin de acercar lo máximo posible el sistema sanitario a las comunidades aisladas en la selva se está dotando a todas las comunidades de un emisor-receptor de radio frecuencia alimentada por un panel solar. Esta radio es usada por los promotores de salud para consultar los casos graves con el médico de guardia del centro de salud de San Ignacio de Moxos y recibir sus instrucciones. Igualmente, a través de ella, se emiten informes diarios, quincenales o mensuales, según proceda, del estado de los enfermos y del botiquín comunitario, así como de los niños en tratamiento por desnutrición. Existen en la actualidad cinco comunidades que se encuentran en zonas muy aisladas y que no cuentan con equipo de radio, por lo que se dificulta mucho la implantación

del proyecto, a pesar de las dificultades están cumpliendo con su contraparte, viéndose obligados a caminar casi un día hasta llegar a una comunidad que dispone de radio y comunicarse con el Centro de Salud. Hemos presentado un proyecto a ANESVAD con el fin de financiar la compra de cinco equipos de comunicación que se entregasen a las comunidades en concepto de depósito mientras estén integrados en el proyecto y realicen su contraparte. Caso de abandonar el proyecto se retiraría la radio de la comunidad al igual que se hace con los botiquines y se entregaría a otra.

ACUERDO INSTITUCIONAL DE COLABORACIÓN ENTRE EL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL BENI (SEDES-Beni), LA ALCALDIA DE MOXOS Y LA ONG SOLIDARIDAD MÉDICA CANARIA.

Una vez que ya esta funcionando el proyecto a nivel de las comunidades indígenas por medio de la implicación de las comunidades a través de los promotores de salud, se pretende formar al personal sanitario dependiente del ministerio de salud, para que se integren en dicho proyecto y continúen coordinándolo y dirigiéndolo una vez que la actuación de Solidaridad Médica Canaria proyecto haya finalizado.

Con el fin de garantizar la autogestión total del proyecto a todos los niveles (Local, Municipal y Gubernamental) el Servicio Departamental de Salud del Beni (SEDES-Beni) y la Alcaldía Municipal Moxos, han firmado un acuerdo institucional donde se transfieren a Solidaridad Médica Canaria la gestión de todos los recursos materiales y humanos que posee en el TIPNIS, de manera que esta ONG haga efectivo el "Programa de Mejora de las Condiciones de Vida en las Comunidades Indígenas de Moxos" con los recursos humanos locales.

IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO DE ASISTENCIA MEDICO SANITARIA EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS DEL TIM (TERRITORIO INDÍGENA MULTIÉTNICO)

Tras la donación por ANESVAD de un coche todo terreno se cuenta con la infraestructura necesaria para adentrarse en estas comunidades que no poseen acceso fluvial ni caminario.

En el mes de Julio del año 2005 se realizó la primera expedición para contactar con las comunidades, conocer su realidad, plantearles el proyecto y prestar asistencia médica. Desde el mes de agosto se empezó la asistencia periódica a las comunidades con el personal del centro de salud (dos días a la semana se dedican a desplazarse y atender a estas comunidades) y en el mes de septiembre se realizó el I Curso de Promotores de Salud y la entrega de botiquines a las comunidades.

A lo largo del año 2006 se pretende consolidar el proyecto e iniciar las transferencias sanitarias, comenzando como es habitual a nivel comunitario mediante los promotores de salud.

Se pretende extender el proyecto realizado en el TIPNIS a otras zonas indígenas, comenzando por el Territorio Indígena Multiétnico (TIM).

3. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

DESCRIPCIÓN DEL ENTORNO JURÍDICO EN EL QUE SE EJECUTA EL PROYECTO

La República de **Bolivia**, fundada en 1825, está situada en el centro geográfico de Sudamérica. Limita al norte y al este con el Brasil, al sudeste con el Paraguay, al sur con la Argentina, al sudoeste con Chile y al noroeste con el Perú; desde la guerra del Pacífico de 1879 perdió su costa marítima, a la que no se ha renunciado y es una prioridad de su política exterior. Su extensión es de 1.098.581 km² y sus tres principales zonas geográficas son: el altiplano, que ocupa el 16% del territorio nacional con una altura promedio de 3.500 metros sobre el nivel del mar; los valles, que abarcan un 14%, ubicados éstos de 1.500 a 3.000 m; y la región de los llanos y selvas tropicales, que constituyen el 70% del país, a una altitud promedio de 500 m.

La diversidad geográfica, climática y de recursos existente en el país está presente también en la cultura ya que el país posee una importante población indígena. Según datos del censo de 2001, los grupos más importantes en número tienen como lengua materna el castellano (62%), el quechua (20%) y el aymará (11%). Otras lenguas suman el resto porcentual.

Bolivia es un país multiétnico de los más pobres y menos adelantados de América del Sur⁹. La renta nacional bruta per cápita es de apenas 1.000 dólares y la tasa de crecimiento anual es del 1,2% (2002). Entre 1992 y 1999, la tasa de pobreza se redujo del 70,9% al 58,6% y la de pobreza extrema del 37% al 36,5%. Sin embargo, en cifras absolutas, la pobreza extrema ha aumentado tanto en las zonas urbanas como en las rurales. Estas últimas se enfrentan a graves problemas derivados de la dispersión demográfica, la dificultad del terreno y las elevadas tasas de analfabetismo, especialmente entre las mujeres: la tasa de analfabetismo femenina es del 41,2% en las zonas rurales y del 9,6% en las urbanas y la masculina del 16,7% y el 2,5%,



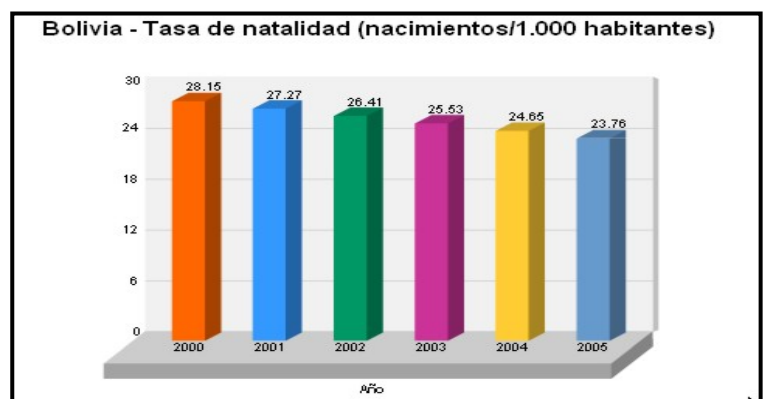
⁹ Fuente: Naciones Unidas.

respectivamente.

La pobreza ocasiona degradación de la calidad de vida, y por consiguiente, en el acceso y disfrute de derechos humanos básicos, entre ellos la salud, educación y trabajo (el número de pobres aumentó en 145.000 en 2003, y de ellos, 109.000 cruzaron el umbral de la indigencia). Ello afecta negativamente al conjunto de la sociedad, creando problemas como la inseguridad en la realización individual, pérdida de valores, desmejoramiento de la capacidad y calidad de profesionalización haciendo crecer la emigración en busca de mejores oportunidades, deserción escolar y universitaria, corrupción y otros problemas sociales.

Las condiciones de salud de la población boliviana, en general, son todavía muy precarias, con marcadas desigualdades, aunque en los últimos 16 años se ha producido un proceso de transformación, reflejado en indicadores como la esperanza de vida y la tasa de mortalidad.

La tasa de mortalidad materna (390 por cada 100.000 nacidos vivos) es la segunda más alta de América Latina y presenta importantes diferencias entre las zonas rurales y urbanas. Se calcula que entre el 27% y el 35% de los casos se deben a complicaciones relacionadas con abortos provocados.



Bolivia presenta altos niveles de pobreza, deficiencias educacionales y disparidades sociales que han perjudicado su desarrollo y el bienestar de su población, integrada por una gran cantidad de indígenas y mestizos.

El Censo realizado el 5 de septiembre de 2001 empadronó a 8,274,325 habitantes, de los cuales 5,165,882 (62.4%) fueron registrados en el área urbana y 3,108,443 (37.6%) en el área rural. El 61.8 % de toda la población es de origen indígena americano.

Según el censo de 2001 el 58.6% de la población boliviana es *pobre*, porcentaje que equivale a 4,695,464 habitantes residentes en viviendas que no reúnen las condiciones apropiadas, carecen o presentan inadecuación de servicios de agua y saneamiento, utilizan combustibles no adecuados, tienen bajos niveles de educación y/o manifiestan inadecuada atención en salud.

Al considerar las principales carencias se observa que 70.8% de la población presenta problemas de espacios en la vivienda, 58.0% inadecuados servicios de agua y saneamiento y 52.5% refleja déficit educacional.

Entre los departamentos (símil de nuestras comunidades autónomas) se advierte desigualdades en las condiciones de bienestar.

Más de 50% de la población de Beni, Potosí y Chuquisaca presenta inadecuación en materiales de la vivienda. La insuficiencia de espacios en la vivienda es elevada en los departamentos de Beni, Pando y Santa Cruz, más de 75% de la población de estos departamentos registra algún grado de hacinamiento.

En los departamentos de Pando, Beni y Potosí más de 70% de la población tiene inadecuación en los servicios de agua y saneamiento. Respecto a los insumos energéticos (energía eléctrica y combustible para cocinar), Potosí, Pando, Beni y Chuquisaca están por encima de 60% de déficit, en tanto que el resto están por debajo de 45%.

Más de 70% de la población de los departamentos de Potosí y Chuquisaca manifiesta bajos niveles de educación, afectada por el analfabetismo y/o alto porcentaje de niños que no asisten a la escuela; mientras que Santa Cruz, Oruro y La Paz muestran menores niveles de insuficiencia educativa, por debajo de 50%.



A excepción de los departamentos de Cochabamba, Tarija y Santa Cruz, donde menos de 30% de la población tiene inadecuada atención en salud, los demás departamentos están por encima de este índice, destacándose Potosí y Oruro con más de 55% de la población que no registra adecuada atención de salud.¹⁰

Esta lamentable situación se ve agravada en las personas indígenas residentes en comunidades aisladas.

Según el Informe Internacional de la ONG "Médicos Sin Fronteras", "... Bolivia es el segundo país más pobre de todo el continente americano, [...] las comunidades indígenas han sido desplazadas a lugares inaccesibles donde viven en condiciones de extrema pobreza, sin ningún acceso a la atención sanitaria, ni servicios de electricidad, agua potable o saneamiento" [...]

Solidaridad Médica Canaria también puede corroborar esta realidad.

¹⁰ Fuente: Instituto Nacional de Estadística (Bolivia) www.ine.gov.bo

La situación de salud que presenta el área rural indígena de Bolivia puede describirse como una de las de mayor gravedad del continente. La mortalidad entre infantes menores de 5 años por enfermedades diarreicas, neumonías, anemias (43,5%) y parasitosis (39,6%) continúa siendo la principal causa de enfermedad y muerte entre este grupo etáreo, la desnutrición (31,16%), es el mayor problema asociado a este tipo de enfermedades infecciosas.

Por otra parte, estas comunidades están afectadas por una altísima mortalidad materna. La principal causa de mortalidad materna está relacionada con el embarazo y las condiciones de atención del parto domiciliario, la ausencia de control de los embarazos para detectar oportunamente los casos de riesgo obstétrico y la falta de atención a los problemas infecciosos y hemorrágicos después del parto. Como consecuencia de la mala atención del embarazo y el parto, la mortalidad peri natal es muy elevada.

Si a las condiciones generales de pobreza y falta de acceso de la población rural le sumamos la especial situación de abandono en que viven las comunidades indígenas del país y que el área geográfica propuesta para el proyecto es de muy difícil acceso, podremos entender que los indicadores de salud son en extremo alarmantes entre los habitantes de la zona.

El abandono sistemático a lo largo de muchos años de estas personas ha provocado que enfermedades tratables de manera efectiva y económica en un sistema sanitario adecuado se hayan convertido en sufrimientos endémicos que provocan grave quebranto en la economía familiar y comunal. Padecimientos como la Artritis Reumatoide que presentan un tratamiento paliativo, en las comunidades indígenas provocan la invalidez de personas en edad de trabajar ya que esta enfermedad afecta a personas muy jóvenes.

Mención especial merece la desnutrición infantil. Si bien el hambre no es endémica en estas zonas, si lo es la ausencia de componentes proteicos en los alimentos que forman parte de su dieta. Estas carencias hacen que los niños, cuando no pueden ser amamantados por sus madres (al estar mal nutridas) sean alimentados en condiciones de carencia absoluta de proteínas (son alimentados con plátano machacado con agua, en ausencia de leche materna) lo que conlleva a una desnutrición progresiva que finaliza en la muerte.

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES SOCIALES Y DE DESARROLLO QUE LO JUSTIFICAN

La falta de material sanitario y de infraestructuras, agua no potable en casi todos los casos, poco personal médico y, muchas veces, formación sanitaria insuficiente son varias de las principales dificultades para el desarrollo de la salud en los países del Sur.¹¹

¹¹ Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Como recuerdan desde la OMS tres de los ocho objetivos del milenio para reducir la pobreza a la mitad antes del año 2015 están directamente relacionados con la salud. Son los que se refieren a la reducción de la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir enfermedades endémicas como la malaria y el sida. Sin embargo, otras Metas del Milenio están también relacionadas con la salud, como el hambre y el acceso a la educación. En algunos países del Sur, de hecho, muchos niños y niñas no pueden ir a la escuela porque sus padres viven afectados por enfermedades que los incapacitan y no tienen fuerzas para trabajar ni hacer las tareas de casa, que son encargadas a los más pequeños.

En 2002, tras la visita de un grupo de personas que de forma voluntaria acudieron a la región de Moxos (Bolivia) a ayudar en tareas de cooperación internacional, y al observar las carencias sociales y sanitarias de la zona, se constituyó una comisión que tras los estudios económicos, sociales y personales procedentes decidió crear una asociación sin ánimo de lucro que amparara legalmente la decisión de intervenir con el fin de mejorar la calidad de vida de los indígenas bolivianos.

Solidaridad Médica Canaria se creó, en el año 2003, con el fin de paliar la situación de abandono en lo que se refiere a atención sanitaria.

La visita realizada por los fundadores de la ONG marcó la provincia de Moxos como el lugar elegido para iniciar los trabajos tendentes a la dotación de una atención sanitaria adecuada al alcance de todas las indígenas bolivianas.

Se estableció el centro de operaciones regional en San Ignacio de Moxos (Departamento del Beni) pequeña misión Jesuítica fundada en 1.630 de unos 3.000 habitantes y poco a poco ha ido extendiendo su cobertura de atención a toda la provincia de Moxos.

Las zonas que componen Moxos están escasamente pobladas pero se asientan pequeñas comunidades indígenas. Zonas difíciles de acceder y muy poco atendidas porque requieren de fuertes recursos para entrar a ellas en los diversos servicios de salud, educación y otros de toda sociedad medianamente organizada. Su economía es de supervivencia descendiendo a inferiores niveles económicos durante las inundaciones que se dan con frecuencia, que despojan a los habitantes de los pocos frutos de la tierra y de las escasas pertenencias de sus rudimentarias viviendas. Viven al día del pez que pescan en el río y de algunos frutos de la tierra y cuando las inundaciones arrasan con sus viviendas y sus chacos, se quedan sin medio de alimentación, comenzando el ciclo de Desnutrición-Muerte. El Gobierno no tiene recursos para revertir esta situación.

La población de estas zonas es inestable, movediza, debido a la naturaleza de su cultura, al desgaste rápido de sus tierras de cultivo por falta de técnicas adecuadas y pobreza del suelo, así como por la falta de mercados para colocar sus productos y por las grandes

distancias que se tiene que recorrer vía fluvial y aérea, no pueden competir en el mercado con lo pueblos con mayor número de habitantes, por lo cual solo recuperan producto de sus esfuerzos para su alimentación.

La inestabilidad de los factores climáticos a los que están sometidos, ayuda en algunas ocasiones a empeorar la situación económica.

Tras los estudios preceptivos y siendo conscientes de los medios al alcance de la asociación, se inicio un proyecto de asistencia sanitaria a las comunidades indígenas del T.I.P.N.I.S, en la selva amazónica de Bolivia.

El Territorio Indígena Parque Nacional Isiboro-Sécure (T.I.P.N.I.S), situado en la provincia de Moxos, Departamento del Beni, es una zona protegida de la Amazonía Boliviana con una extensión de 1.200.000 Ha. Tiene la denominación de "Parque Natural Reserva de la Biosfera" y es un territorio Comunitario de Origen, devuelto a las comunidades Indígenas Amazónicas por el Gobierno Boliviano en el año 1.975. Esta regido por la Subcentral de Cabildos del Territorio Indígena Parque Nacional Isiboro Sécure.

Cuando se inició el proyecto, las comunidades en este territorio no recibían ningún tipo de ayuda del gobierno boliviano, no existía en todo la zona ningún plan visible de cooperación auspiciado por alguna ONG, Organismo de Ayuda Internacional, etc., a pesar de que los indígenas viven en el umbral de la miseria.

Hoy día no existe red viaria ni caminaria, por lo que el único medio de comunicación entre las comunidades es el río y las comunidades o familias que se encuentran en el interior, están incomunicadas la mayor parte del año. No existe en ninguna de las comunidades agua potable. No existen conducciones de agua. No existen canalización de residuos fecales y en la mayoría de las comunidades no existen letrinas. En ningún caso existe suministro de electricidad.

El primer proyecto puesto en práctica consistió en visitar a cada una de las comunidades indígenas residentes en los márgenes y proximidades del Río Sécure y del Río Ichoa. La ONG ofrecía asistencia médica, de enfermería, etc directa a cada uno de los habitantes de la comunidad, con especial atención a las mujeres embarazadas y a los niños. Sobre la marcha se censaba a cada uno de los habitantes de la comunidad con el fin de llevar un control estadístico de las intervenciones y de la población. Tras esta primera intervención, y al



observar que la incidencia de enfermedades en las zonas visitadas era tratable con los medicamentos adecuados, se procedió a poner en práctica el Proyecto de Botiquines Comunitarios.

Tras la visita a las comunidades se proponía al Cabildo Indigenal (órgano de gobierno de la comunidad) la entrega de un botiquín médico para uso comunal conteniendo los principales activos para luchar contra las enfermedades existentes. Las comunidades, a cambio del botiquín, debían conservar y mantener este adquiriendo los medicamentos que se fueran utilizando. Así mismo, y con la intención de hacer buen uso de los principios activos, cada comunidad debía construir una posta asistencial dedicada al alojamiento de los enfermos y del botiquín médico. Igualmente, debían proponer a dos vecinos que se comprometían a asistir a un curso de Promotor de Salud. Este curso pretendía dotar a los paramédicos indígenas de los conocimientos básicos para diagnosticar y tratar las enfermedades más comunes en su localidad. De esta manera surgió el proyecto de Formación de Promotores de Salud.

La visita a las comunidades puso de manifiesto una grave situación médica. La mortalidad infantil se elevaba hasta un 25% de los nacidos vivos antes de llegar a la pubertad. Este hecho producido por las carencias proteicas de los primeros años de vida, fue el detonante de proyecto de Atención a Niños Desnutridos el cual destina, mediante el botiquín, una reserva de leche infantil suficiente para atender a los menores durante los primeros años de vida.

Las sucesivas intervenciones en las comunidades indígenas y el apoyo por parte de diferentes instituciones públicas y privadas fueron posibilitando la atención de otras necesidades no menos importantes que fueron creando los proyectos de atención para ello. **Solidaridad Médica Canaria** desde su llegada a Bolivia ha puesto en marcha una serie de proyectos sanitario-sociales bajo el nombre de Programa de Mejora de la Calidad de Vida en las Comunidades Indígenas de Moxos, Departamento de Beni (Bolivia).

4. OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS DEL PROGRAMA PARA 2006.

OBJETIVO

Mejora de la atención médica y sanitaria en las comunidades indígenas de la Provincia de Moxos (Bolivia)

OBJETIVOS OPERATIVOS Y DISTRIBUCIÓN TEMPORAL

Objetivo General.

Mejora de las condiciones socio-sanitarias de la población más vulnerable (escasos recursos) en la Provincia de Moxos, Departamento del Beni (Bolivia), durante 2006. Se prevé la asistencia y tratamiento de unos ocho mil (8.000) Pacientes.

Objetivo Específico.

Establecer un sistema de atención en salud integral a través de acciones preventivas, asistenciales y educativas con los siguientes fines:

- La población beneficiada tiene acceso a los servicios de salud de forma sostenida.
- Establecer un sistema de capacitación continua de recursos humanos comunitarios, así como su planificación que faciliten la sostenibilidad de las acciones.
- Disminuir los altos índices de IRAs (infección respiratoria aguda), IDAs (infección diarreica aguda), desnutrición, anemia y parasitosis con actividades masivas de educación.
- Dotar a la región de infraestructuras sanitarias de referencia donde se puedan atender todas las patologías complicadas y donde los cooperantes internacionales puedan tener un equipamiento adecuado para desempeñar sus actuaciones médicas.

RESULTADOS ESPERADOS

Proyecto para permitir el acceso al tratamiento de la Leishmaniasis y la sanidad especializada (cirugía y consultas de especialistas) a los indígenas habitantes del TIPNIS (Territorio Indígena Parque Nacional Isiboro Sécore) y a los habitantes del TIM (Territorio Indígenas Multiétnico). El nivel de aislamiento y pobreza es tan elevado en las comunidades indígenas de la zona, que aunque se disponga de sanidad especializada gratuita en San Ignacio de Moxos, estos no disponen de los recursos necesarios para desplazarse hasta el Centro de Salud ni para alimentarse durante la estancia, el tiempo que dura su recuperación. Con el fin de poder solventar este

problema y poder permitir el acceso a la cirugía a las personas más necesitadas, se va a crear junto con Aviación Sin Fronteras-España, un proyecto para organizar expediciones al interior del parque y recoger a los indígenas que presenten patologías susceptibles de ser tratadas quirúrgicamente, se operaran ó recibirán el tratamiento específico de su enfermedad en el centro de Salud Vinarasirare, se les dará alojamiento y manutención durante el postoperatorio y se organizará otra expedición para devolverlos a sus comunidades en el interior de la selva. El tiempo medio de viaje desde San Ignacio a estas comunidades y vuelta a San Ignacio es de unos 8 a 10 días y solo se puede hacer por río con pequeñas canoas en las que caben un máximo de 10 personas. El consumo medio de combustible en un viaje de las características anteriores es de unos 1.000 l. de gasolina, por lo que el proyecto se encarece mucho

Puesta en práctica del Acuerdo Institucional. Una vez que ya está funcionando el proyecto en el ámbito de las comunidades indígenas por medio de la implicación de las comunidades a través de los promotores de salud, se pretende formar al personal sanitario dependiente del ministerio de salud, para que se integren en dicho proyecto y continúen coordinándolo y dirigiéndolo una vez que este proyecto haya finalizado. Con el fin de garantizar la autogestión total del proyecto a todos los niveles (Local, Municipal y Gubernamental) el Servicio Departamental de Salud del Beni (SEDES-Beni) y la Alcaldía Municipal Moxos, han firmado un acuerdo institucional donde transfieren a Solidaridad Médica Canaria la dirección médica de todos los recursos materiales y humanos que posee en el TIPNIS, de manera que esta ONG haga efectivo el "Proyecto de Asistencia Sanitaria en las Comunidades Indígenas" con los recursos humanos locales.

Finalización de la Red de Comunicación Sanitaria. Existen en la actualidad cinco comunidades que se encuentran en zonas muy aisladas y que no cuentan con equipo de radio, por lo que se dificulta mucho la implantación del proyecto, a pesar de las dificultades están cumpliendo con su contraparte, viéndose obligados a caminar casi un día hasta llegar a una comunidad que dispone de radio y comunicarse con el Centro de Salud. Pensamos que se debería financiar la compra de cinco equipos de comunicación que se entregasen a las comunidades en concepto de depósito mientras estén integrados en el proyecto y realicen su contraparte. Caso de abandonar el proyecto se retiraría la radio de la comunidad al igual que se hace con los botiquines y se entregaría a otra.

Formación de las Promotoras del Centro de Salud en San Ignacio. El enfoque de la formación de las promotoras del centro de salud de San Ignacio no puede guardar equivalencia con el de las comunidades del río, ya que estos últimos actúan como "paramédicos" y continuamente tienen que realizar diagnósticos y tratamientos en ausencia del médico. Las promotoras del centro de Salud deben estar formadas en técnicas de enfermería ya que siempre trabajan junto a un médico. Las funciones de

estas promotoras son controlar a los pacientes ingresados, el control de la desnutrición infantil, funciones de enfermería así como acompañar a los cooperantes en las expediciones al TIPNIS para formar a los promotores del río en técnicas de enfermería (curas, inyecciones, suturas, sueros, etc). A cambio reciben formación continuada y un mínimo de dos cursos intensivos anuales sobre técnicas de enfermería y la posibilidad de recibir una beca para realizar estudios de enfermería o medicina. Hemos tenido algunos casos de abandono ya que no les era posible asistir a las clases de bachillerato, asistir al centro de Salud y trabajar para conseguir unos ingresos económicos que le permitieran vivir. Pensamos que disponer de sueldos de media jornada, permitiría que estos abandonos por otra parte, plenamente justificados, no se diesen

Curso de Promotores de Salud y Parteras Tradicionales. En esta fase del proyecto pensamos que el esfuerzo económico debe centrarse en la formación de los futuros gestores de la sanidad.

- **Curso de Promotores de Salud:** Estimamos que se deberían realizar dos por año, en las zonas donde poseen botiquín comunitario y existe una implicación importante de la comunidad en la autogestión del proyecto:
 - o Comunidades de la zona alta del río Sécore: Se realizarían en Oromomo.
 - o Comunidades de la zona baja del río Sécore: Se realizarían en Nueva Galilea.
 - o Comunidades del río Ichoa: Se realizaría en Santiago de Imose.
 - o Comunidades aisladas del TIM: Se realizaría en San José del Cabitu.

Curso de Parteras Tradicionales: Dado la idiosincrasia de la cultura de los habitantes de estas comunidades es absolutamente imposible pensar que las mujeres se dejen atender por ningún varón ni que lo hagan en un centro sanitario pero sí lo hacen por "las parteras tradicionales". Hemos detectado que el mayor porcentaje de mortalidad infantil y maternal perinatal, se produce por causas infecciosas o manipulaciones indebidas. La idea consiste en que la comunidad mande a su "partera" a un curso de formación, al igual que hace con los promotores. En este curso se le dotaría de conocimiento y métodos de trabajo (set de parto limpio) para que realizasen la ayuda al parto siguiendo su técnica tradicional, pero corrigiendo algunos detalles que puedan ser potencialmente peligrosos (higiene de la madre y el niño, pinzado de cordón, limpieza de manos antes de atención, etc.). Creemos que este proyecto puede disminuir considerablemente tanto la mortalidad materna como infantil, a la vez que es 100% autogestionable.

Becas de estudios sanitarios. Con el fin de incidir en la autogestión del proyecto por los propios habitantes de la región se financiaran becas para estudio sanitarios a dieciséis indígenas durante el curso académico 2006, como se ha venido haciendo en anteriores años

Campaña de asistencia médica periódica a las comunidades del TPNIS. Con el fin de realizar las vacunaciones el control pediátrico y la asistencia a embarazadas, se han establecido cuatro expediciones sanitarias en la que un equipo sanitario recorrerá su zona de influencia (Sécure alto, Sécure bajo y río Ichoa). Las Labores que desempeñaran serán la vacunación desparasitación y examen infantil, control de desnutridos y control de mujeres embarazadas

Dos expediciones Medico-Sanitarias.- Continuara haciéndose como en los últimos años pero además de los cooperantes españoles, participaran los médicos, enfermeras y promotores bolivianos asignados a la zona. Se hará más hincapié en la formación y en el control de los botiquines comunitario así como en la explicación de la metodología de trabajo a los médicos y enfermeras del Servicio Departamental de Salud (SEDES)

Implantación del Proyecto de Asistencia Medico Sanitaria de las comunidades indígenas en el TIM (Territorio Indígena Multiétnico). Tras la donación por ANESVAD de un coche todo terreno se cuenta con la infraestructura necesaria para adentrarse en estas comunidades que no poseen acceso fluvial ni caminario. En el mes de Julio del año 2005 se realizó la I Expedición para contactar con las comunidades, conocer su realidad, plantearles el proyecto y prestar asistencia médica; Desde el mes de agosto se empezó la asistencia periódica a las comunidades con el personal del centro de Salud (dos días a la semana se dedican a desplazarse y atender a estas comunidades) y en el mes de septiembre se realizó el I curso de promotores de salud y la entrega de botiquines a las comunidades. A lo largo del año 2006 se pretende consolidar el proyecto e iniciar las transferencias sanitarias, comenzando como es habitual a nivel comunitario mediante los promotores de salud.

Tratamiento de desnutrición infantil. Continuará como en la actualidad, consiste en el aporte de leche a niños con desnutrición así como su control de peso quincenal hasta que alcanzan su peso ideal. El costo de la leche es financiado por Solidaridad Médica Canaria, el control de peso es realizado por los promotores en las comunidades y todo el proyecto está dirigido y coordinado por el servicio médico del Centro de Salud Vinasirare. En la actualidad el número de niños en tratamiento ronda los 80.

Fortalecimiento del centro de Salud Vinasirare: Dotándole de un generador de corriente, un equipo de anestesia y material quirúrgico elemental que permita realizar cualquier tipo de operación quirúrgica, tanto programada como de urgencia

Implementación de material para el servicio de rehabilitación.- Dado el elevado número de pacientes con artritis reumatoide y de niños con retraso psico-motor, se creó en el año 2003 el servicio de rehabilitación y estimulación precoz que ha sido atendido por cooperantes de solidaridad Médica Canaria, por un equipo de promotoras del centro de salud (a las que se les ha financiado cursos de formación en la ciudad de

la Paz) y por fisioterapeutas que puntualmente trabajan en el centro. Se pretende adquirir un espacio físico, material y aparatos de permitan realizar los ejercicios de rehabilitación necesarios para el tratamiento de los pacientes

Proyecto de operaciones quirúrgicas gratuitas.- En coordinación, las **ONG Solidaridad Médica Canaria** y **DOA**, se van a desplazar a San Ignacio de Moxos, un mínimo de dos veces al año varios equipos quirúrgicos completos (Ginecología, Cirugía General, Traumatología y Cirugía Vascular) que van a realizar las operaciones quirúrgicas programadas. Ambas organizaciones cubren todos los gastos incluyendo desplazamiento de pacientes desde su comunidad de origen hasta San Ignacio, alimentación del paciente y acompañante, estudios preoperatorios y medicación costo de cirugía y anestesia.

Proyecto de operaciones de oftalmología. También en coordinación con **Solidaridad Médica Canaria** y el **Hospital 1ª de Mayo de Santa Cruz de la Sierra**, se va a desplazar cada dos meses a San Ignacio de Moxos un equipo de oftalmología para la realización en el Centro de Salud Vinarasirare de aproximadamente unas 50 operaciones bimensuales, tanto de cataratas como de otras técnicas quirúrgicas que previenen la ceguera

Aumento de la esperanza de vida.

Mejora de la atención médica y sanitaria.

Mejora de la calidad de vida en las comunidades indígenas.

PLAN DE EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS Y TEMPORALIZACIÓN

Año 2006.

RECURSOS TÉCNICOS Y MATERIALES DE LOS QUE SE DISPONE

Se dispone de un centro de Salud en el que se integran: Un vehículo todo terreno para urgencias y traslados sanitarios, tres consultorios de medicina general, una farmacia pública, un laboratorio de análisis clínicos, una consulta odontológica, dos consultas de enfermería, un servicio de urgencias, una sala de rayos x, dependencias para internamiento clínico y postoperatorio y un quirófano que en breve será totalmente equipado con anestesia general.

Además se cuenta con los equipos necesarios para realizar el traslado de los equipos técnicos de medicina y enfermería a través de los ríos Icho y Sécore en busca de las comunidades aisladas en la selva.

RECURSOS HUMANOS: CUALIFICACIÓN, NÚMERO Y FORMA DE ORGANIZACIÓN

De Solidaridad Médica Canaria.

Personal fijo voluntario.

8 Promotores de Salud

2 Enfermeras.

1 Técnico de laboratorio.

1 Médico.

Personal eventual voluntario (Por expediciones)

10 Enfermeros/as

2 Licenciados en Farmacia.

2 Odontólogos.

2 Pediatras

4 Auxiliares Clínicos.

30 Personal de apoyo logístico. (Ingenieros, arquitectos, albañiles, electricistas, etc.)

Personal Hermanas Ursulinas.

Personal fijo voluntario.

4 Hermanas cooperantes.

10 Voluntarios cooperantes

Personal del Servicio Departamental de Salud del Beni (SEDES-Beni), cedido a Solidaridad Médica Canaria.

Personal fijo.

4 Médicos.

1 Técnico de Laboratorio.

4 Enfermeras.

2 Auxiliares Clínicos.

Personal de DOA-ONG

Personal eventual voluntario (Por expediciones).

4 Cirujanos.

3 enfermeros especialistas en cirugía.

2 anestesiastas.

5. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

IMPACTO SOCIAL Y MEDIOAMBIENTAL PREVISTO

El impacto social está asegurado al ofrecer mantener la atención que hasta ahora se viene prestando a las comunidades indígenas a más de 200 km. y hasta cinco días de navegación por los ríos (ida y otros tantos de vuelta)

ACCIONES DE PARTICIPACIÓN DE LA ONGD SOLICITANTE EN EL PROYECTO

Será la ONG la encargada de dar seguimiento a las actividades que se llevan a cabo en el Centro de Salud y en las expediciones médicas, ya que el presidente de la organización permanecerá allí durante el próximo año.

IDENTIFICACIÓN DEL NÚMERO DE BENEFICIARIOS PREVISTOS

Se tiene previsto atender una media de ocho mil personas niños al año, obteniendo una reducción de la tasa de mortalidad y de prevalencia de enfermedades tratables y curables.

Indirectamente se beneficia la economía de la zona al mantener como útiles a personas que sin esa atención pasan a ser dependientes.

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO Y/O DIFICULTAD EN LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO

Las circunstancias climatológicas o políticas pueden ser factores de dificultad en la realización del proyecto.