

A. PROYECTO

A.1 TÍTULO DEL PROYECTO:

“CONSTRUCCIÓN DE UNA MATERNIDAD EN NAFADJI (BAMAKÓ –MALÍ-)”

País: Malí (anexo II)
Ciudad: Bamako
Comunidad: Comunidad I
Barrio: Korofina Norte

A.2 PLAZO DE EJECUCIÓN Y RESPONSABLES DEL PROYECTO:

- Plazo de ejecución: Un año (plurianual a desarrollar en 2007-2009)

Fecha de inicio: 22/02/2007

Fecha prevista de finalización: 22/02/2009

- Responsables del proyecto:

Por parte de Medicus Mundi Cantabria:

* Dra. Liébana Piedra Antón (presidenta/coordinadora de Medicus Mundi Cantabria; médico especialista en Medicina familiar y Comunitaria; médico de urgencias en el Hospital Sierrallana).

* Dra. Alejandra Carvajal Hernández (vocal de Medicus Mundi Cantabria; médico especialista en neurología; facultativo de neurología del Hospital Sierrallana).

Por parte de la contraparte: hermanas del Santo Angel de la Guarda (anexos I y VIII):

* Dña. Giselle Togo (enfermera y directora del Dispensario de Nafadji).

* Dña. María Carmen Cagigal Caloca (bióloga, hermana del Santo Angel de la Guarda).

A.3 COSTE TOTAL:

El coste de construcción y dotación de la maternidad y dotación de una ambulancia en el Dispensario de Nafadji se detalla en el anexo IV. La financiación del proyecto, ya disponible, o solicitada y pendiente de aprobación es la siguiente:

| INSTITUCIÓN | CANTIDADES (euros) | SITUACIÓN | |
|-------------------------------------|-----------------------|-------------|------------|
| | | PORCENTAJES | SUBVENCIÓN |
| NATURA | 20656,00 | 13,49 | SOLICITADA |
| Ayuntamiento de Santander | 47484,73 | 31,01 | SOLICITADA |
| Hospitales Valdecilla y Sierrallana | 30000,00 | 19,59 | DISPONIBLE |
| Medicus Mundi Cantabria | 9654,00 | 6,30 | DISPONIBLE |
| ANEA | 30000,00 | 19,59 | DISPONIBLE |
| Ayuntamiento de Nafadji | 10178,00 | 6,65 | DISPONIBLE |
| ONG local | 5172,89 | 3,38 | DISPONIBLE |
| Coste total | 153145,62 | 100,00 | |

A partir de que la maternidad esté construída se abordará el tema del montaje y de la dotación de recursos materiales (ecógrafo, equipo de esterilización, 2 incubadoras, 5 camas, 5 camillas, 8 ordenadores, equipo de partos –tijeras, fórceps, ventosas, etc-) que las direcciones médicas de los hospitales públicos de Cantabria: del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla el Dr. Fidel Fernández y del Hospital Sierrallana el Dr. Luis Ansorena se han comprometido a donar. Y finalmente se procederá a la contratación del primer año (periodo que se considera mínimo hasta que se consiga la autosostenibilidad) de los nuevos recursos humanos: 1 ginecólogo/obstetra, 2 matronas y una comadrona,

A.4 BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO:

El proyecto pretende **mejorar las condiciones de vida** de la población de Korofina Norte situada en Bamako, **fundamentalmente de la mujer**, haciendo especial hincapié en la disminución de la morbi-mortalidad materno-infantil con la creación de una maternidad anexionada al actual dispensario, que realice labores de control prenatal, asistencia la parto y puerperio, así como la atención de los niños en el primer año de vida (foto 1).

Esto se complementará con labores de educación materno-infantil, enfermedades de transmisión sexual, control de natalidad, campañas contra la ablación genital femenina, campañas de prevención, diagnóstico y tratamiento del SIDA.

Foto 1. Mujer de Mali siempre con los niños en la espalda

La situación sanitaria en Malí es caótica. Dadas las condiciones del país es difícil obtener datos fiables de la situación, así que como datos orientativos utilizamos los publicados en el último informe de la OMS de 2006 (Datos procedentes del “Estado del Mundo 2007”. Ediciones Akal):

- Población Malí: 13.518.000
- Crecimiento anual: 3%
- Esperanza de vida: 47,8 años

- Mortalidad infantil (2000-20005): 135,5 x 1000
- Mortalidad Materna 586/10.000
- Analfabetismo 73% hombres, 88% mujeres
- Escolarización de 3^{er}. Grado 2%
- % de PIB destinado a educación 3%
- % de PIB destinado a salud 4,8%
- Gasto en salud per capita anual \$39 USD
- N° médicos por cada 1000 habitantes: 0,08
- N° de matronas por cada 1000 habitantes: 0,04
- El 79% de la población gana menos de \$1USD al día (situación de pobreza extrema) (foto 2)
- Deuda externa: 3.316 millones de dólares

De los datos recogidos en la experiencia de médicos cubanos voluntarios que llevan 11 años trabajando en Malí, se desprende que tan solo el 40% de las mujeres acuden a recibir asistencia sanitaria en algún momento del embarazo; de ellas el 72% lo hacen en el tercer trimestre del mismo, el 22% en el segundo trimestre; y tan solo el 6% en el primero. De ese 40% tan solo el 18% acude a ser atendida en el momento del parto, lo que constituye tan solo un 7,2% del total de partos los que son atendidos en el medio sanitario; el resto tienen partos intra domiciliarios a pesar de que desde hace 2 años el gobierno maliense penaliza esta práctica con multas de hasta 5.000 cfa.

Esto hace que la mortalidad materna sea de 586 mujeres/10.000 y la mortalidad infantil de 135,5/1000 (en España es de 5/1000).

Foto 2. Niños que trabajan recogiendo basuras

Las causas de esta situación son debidas a varios factores:

- Socio culturales: las mujeres están acostumbradas a parir en sus domicilios, atendidas por sus familiares o en su defecto por las “parteras” del poblado.
- Económicas: **la sanidad en Malí no es gratuita, excepto la cesárea.** Esto hace que al no tener medios económicos suficientes las mujeres no acuden a consulta prenatal ni acuden a dar a luz a las maternidades a pesar de las medidas impuestas por el gobierno maliense. El precio aproximado de la asistencia a un parto es de 10.000 cfa (15,38 €), Una ecografía 7.500 cfa (11,53 €), y todas las pruebas de control de un embarazo excepto el VIH tienen un coste que excede con mucho las posibilidades económicas de las familias malienses.
- **Escasez de Maternidades y personal cualificado:** los datos globales de Malí reflejan la existencia de 0,08 médicos y 0,04 matronas por cada 1.000 habitantes, esto hace que sea difícil encontrar personal cualificado en la atención de la mujer embarazada.
- Dispersión geográfica: Sólo un 33% de la población vive en zonas urbanas, las maternidades son escasas, con pocos recursos y la mayoría de la población no tiene acceso geográfico fácil a ellas, principalmente en

la época de lluvias donde las inundaciones de las calles y las carreteras dificultan el poder llegar a ellas.

- **La ablación genital femenina practicada en el 97% de las mujeres** de Malí, supone un factor de mortalidad materno-infantil importante sobre todo en primíparas, debido a las complicaciones que genera la fibrosis del área perineal en el momento del parto.

Por esta situación se pretende construir una maternidad en uno de los barrios más pobres de Bamako (Korofina) donde actualmente unas monjas españolas (hermanas del Santo Ángel de la Guarda) dirigen un dispensario de la Iglesia Católica que se ha demostrado como un proyecto viable y de gran calidad, sobre todo comparado con su entorno. Además se pretende dotar de una ambulancia para poder transportar a las mujeres que estén de parto y que precisen la realización de una cesárea a uno de los hospitales públicos de Bamako pues se trata de una prestación que asume gratuitamente el Gobierno de Mali y que no se debe atender en la maternidad.

A.5 LOCALIZACIÓN DETALLADA DEL PROYECTO

El dispensario de Nafadji junto al que se pretende construir la maternidad en un terreno anexo de 470m² que será donado por el Ayuntamiento de Korofina, está situado en el barrio de Doumanzana que pertenece a la Comuna I de Korofina Norte, ubicada en la riberia izquierda del Río Níger, al Noreste de Bamako, una de las zonas más periféricas de la capital.

La superficie total de dicha Comuna 1 (que comprende 9 barrios), es de 35,5 km² y tiene una población de 233.000 habitantes con una tasa de crecimiento de la población del 4% anual. El Barrio de Nafadji-Doumanzana tiene una población de 40.000 habitantes de los que el 55% son mujeres y el 45% hombres.

Se trata de uno de los barrios más desfavorecidos de Bamako, con una casi total escasez de recursos; la principal actividad económica son los pequeños comerciantes y artesanos agrupados en casi un centenar de gremios; la industria es casi inexistente a excepción de algunas panaderías, una fábrica de vacunas para el ganado, y una fábrica de hielo. La pobreza del barrio es extrema (foto 3).

Foto 3. Calle del Barrio de Korofina

A.6. ANTECEDENTES CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN:

A.6.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS:

Según el informe PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo), en el 2005 Malí figura entre los cuatro países más desheredados del mundo, el indicador de

desarrollo lo coloca en la 174ª posición de 177 Estados, de los que la ONU dispone de datos.

Malí está situado en África Occidental, haciendo frontera al norte con Argelia, al Sur con Costa de Marfil y Burkina Faso, al Oeste con Mauritania, Senegal y Guinea Ecuatorial, al Este con Níger y Burkina Faso (Anexo II).

Más de la mitad del territorio maliense no está poblado porque está situado en zona desértica; la población vive en la mitad sur, y más concentrada en las orillas del Níger en donde se encuentra la capital, Bamako, con casi 2 millones de habitantes. Otras ciudades importantes del país son: Kayes, Ségou, Mopti, Sikasso, Gaó, Bandiagará, Kidal, Tombouctou.

En su totalidad el territorio maliense tiene una extensión de 1.241.238 km² y una población de 14 millones de habitantes. El 80% de la población es musulmana, el 18% son animista y el 2% cristianos.

El hecho de no tener acceso al mar condicionó la vida del pueblo maliense a lo largo de siglos, siendo el Río Níger el camino elegido por las caravanas de comerciantes para el transporte de mercancías a través de Gaó y Tumbouctou, siendo esto importante en la antigüedad, pero dejando de tener relevancia en la economía del Malí actual (fotos 4 y 5).

La colonización francesa comienza a finales del S XIX con el General Gallieni, anexionado al África Occidental Francesa se llama primero Alto Senegal-Níger y en 1920 Sudán Francés.

En 1956 el Sudán Francés se convierte en un República Autónoma de la Comunidad Francesa, y en 1959 junto con Senegal, se crea la Federación de Malí que se proclama independiente el 20 de junio de 1960. Tres meses más tarde la Federación se rompe, y el Sudán ex - francés, se convierte en la República de Malí el 22 de Septiembre de 1960.

Su primer presidente es Modibo Keita, que lleva una política orientada hacia el socialismo.

En 1968 el militar Mussa Traoré organiza un golpe de estado y se convierte en el presidente de la República, que gobierna mediante una dictadura durante más de 20 años, que lleva al país a una situación de endeudamiento exterior y empobrecimiento total.

En 1991 otro militar, el general Amadou Toumani Touré da un nuevo golpe de estado, quien coloca como presidente a Alpha Oumar Konare quien instituye el multipartidismo y se comprometió a la liberalización de la economía. A pesar de todo la economía de Malí no ha dejado de deteriorarse sobre todo después de la devaluación del franco cfa en 1994.

En 2002 es electo presidente de la República Amadou Toumani Touré actual presidente del país.

Foto 4. Río Níger a su paso por Bamakó

Foto 5. Bamakó

A.6.2. CONTEXTO ECONÓMICO:

Como la mayor parte de las antiguas colonias francesas Malí se endeudó desde su independencia, dichas colonias tuvieron que pagar los préstamos contratados por Francia años antes, así en tiempos de Modibo Keita la deuda exterior maliense era de 55 millares de cfas (1968), a finales del 2005 esta cifra se eleva a 1705 millares de cfca.

Lo esencial de esta deuda se contrajo en tiempos de Traoré durante su dictadura con la “benia” de Francia, el Fondo Monetario Internacional y la Banca Mundial.

A esto hay que añadir los intereses que ha ido acumulando la deuda que pasan a ser de 16 millones de dólares en 1980 a 106 millones en 1999. Como muchos otros países para poder mantenerse al día en los pagos de su deuda, Malí necesita pedir nuevos préstamos a las instituciones financieras; préstamos que éstas acuerdan sin dificultad, a condición de descenso en el número de funcionarios y de salarios, liberalización del sector bancario, de los precios, del comercio, supresión de las tasas a la importación, y toda una serie de privatizaciones, como las de la línea férrea del tren en 2003, lo cual ocasionó 1000 pérdidas de puestos de trabajo directos, privilegiar el transporte de mercancías respecto al de personas, lo que ha dejado incomunicados muchos poblados y la pérdida de ingresos de cientos de familias que tenían comercios ambulantes apostados en las paradas del tren.

La privatización de la Sociedad Energética Maliense (EDM) pasando a manos de una compañía internacional por iniciativa del Banco Mundial que ha generado una inflación considerable de los precios de la electricidad y el agua haciendo inalcanzable estos servicios para muchos malienses, además de incumplir las promesas de mejora en la accesibilidad de servicios para muchos poblados (foto 6).

El algodón representa el 50% de las exportaciones del país, permitiendo vivir a 3,5 millones de personas, más de una cuarta parte de la población. Gracias al algodón el nivel de vida de la población aumento ligeramente en la década de los 90 pero a causa de la superproducción mundial y las globalización, el coste del algodón cayó en poco tiempo. Promovida por la banca mundial hay prevista una privatización de este producto para el 2008, con inquietantes consecuencias para los malienses (foto 7).

Si Malí tiene que pagar el total de su deuda con los intereses acumulados necesitaría 106 años, lo que supone el sacrificio de cuatro generaciones.

Foto 6: El agua es escasa en Malí

Foto 7. Agricultura con técnicas muy rudimentarias

A.6.3 SITUACIÓN SOCIO-SANITARIA:

La situación sanitaria en Malí es catastrófica, no existiendo una estructura mínima básica de Atención Primaria pública y con unos hospitales públicos en los que se practica una medicina en condiciones muy deficientes (difícil de describir para nuestro entorno): no hay medicamentos básicos, muchos pacientes y familiares, casi todos infecciosos comparten habitaciones de más de 10 personas, se reutilizan las agujas. A los pacientes no les lavan ni la ropa de la cama, y no les hacen la comida teniendo que correr a cargo de los familiares de los ingresados. Además no es gratuito y se cobra por estancia y los sobornos a todo tipo de personal son una práctica habitual (como a los camilleros por bajar al paciente a radiología, etc)

Foto 8. Interior del Dispensario de Nafadji

La situación asistencial y de pobreza condiciona unos índices de mortalidad materno-infantil muy elevados.

En Malí solo un 7,2% de las mujeres atienden su partos en centros sanitarios también llamados “maternidades”, las cuales cuentan en la mayoría de los casos con mujeres sin preparación oficial que han aprendido la atención al parto a base de la práctica a quienes se les llama “**parteras**” (foto 8).

Lo habitual es que las mujeres den a luz en sus casas y que acudan a las maternidades cuando se producen complicaciones, siendo en la mayoría de los casos demasiado tarde para salvar la vida de madre e hijo.

El gobierno ha intentado controlar esta situación imponiendo una multa de 5.000 francos cfas a aquellas familias cuyo hijo no haya nacido en una maternidad. Esta medida no consigue en absoluto evitar esa práctica, dado que el coste de un parto en una maternidad es superior a 5.000 francos cfas, con lo cual las familias optan por pagar la multa.

Estas maternidades cuentan con escaso material sanitario pudiendo llegar a disponer simplemente de una camilla ginecológica y una cuna (foto 9), **pero faltando desde gases y guantes** hasta elementos para poder realizar partos instrumentales; las condiciones que existen son muy precarias y por tanto la asepsia es prácticamente nula; tampoco hay condiciones para el recién nacido, con lo que si el bebé nace con la más mínima complicación tiene pocas posibilidades de sobrevivir, dado que el traslado a otro centro es prácticamente imposible por los medios y la lejanía.

Foto 9: Partera de malí (con su ropa de trabajo)

El siguiente nivel de atención cuando es necesaria una cesárea son los hospitales de referencia, que en Bamako hay dos. Desde hace 2 años las cesáreas son gratuitas, ya que su coste es cubierto por el gobierno. El problema es que al no existir control durante el embarazo no se programan cesáreas, y las que se hacen son las de los partos que se complican, con o cual en muchos casos sirven para salvar la vida de la madre, pero no la del bebé.

Es necesario concienciar de la importancia del seguimiento del embarazo, la realización de ecografías de control, una en cada trimestre del embarazo, como el

propio Programa Nacional de Salud del Malí tiene previsto, la importancia de la realización de las pruebas de VIH a toda embarazada y la importancia de prever las cesáreas para tener partos con éxito (foto 10).

Foto 10. Recién nacido en una maternidad de Malí

Con frecuencia nos encontramos complicaciones en los partos de las primíparas, dado que en el 97% de las mujeres se han realizado mutilaciones genitales, las cuales dependiendo de la etnia a la que pertenezcan pueden ir solo desde la ablación del clítoris, hasta escisiones mucho más extensas que condicionan retracciones y fibrosis perineales que dificultan el parto natural, por lo que la mujer muchas veces después de horas de trabajo de parto en su poblado acude en mala situación a las maternidades, en las que no se realizan cesáreas ni partos instrumentales y no se puede resolver la situación, lo que conlleva la muerte del bebé (foto 11).

Foto 11. Recién nacido con su hermana. Hay familias con más de 10 hijos

Otro problema llamativo es el difícil acceso a los medios de transporte, la mayoría de las maternidades no cuentan con ambulancias o vehículos que permitan el transporte de la paciente en situaciones de emergencia, y éstos tienen que ser llevados en vehículos privados que en ocasiones suponen costes inalcanzables para los pacientes, con lo cual recurren a bicicletas o a llegar caminando a los centros con el consiguiente retraso en la atención que esto supone. La necesidad de dotar con ambulancias a los centros sanitarios: hospitales, maternidades y dispensarios de Atención primaria es patente (foto 12).

Foto 12. Dispensario de Nafadji (dirigido por las Hermanas del Santo Angel de la Guarda)

A.7. POBLACIÓN BENEFICIARIA

Mujeres embarazadas y niños en su primer año de vida del Barrio de Nafadji-Doumanzana que pertenece a la Comuna I de Korofina Norte en Bamako, capital de Malí.

El proyecto se llevará a cabo en una población estimada de 44.000 personas de las que el 55% son mujeres (foto 13) que actualmente acuden a recibir asistencia sanitaria ambulatoria al dispensario de Nafadji (foto 12) que está a cargo de la contraparte desde 1989 y que ha demostrado un magnífico funcionamiento y eficiencia. Por ello a él acuden, a parte de las personas de Korofina, otras de los barrios limítrofes. Con todo ello, la expectativa de demanda asistencial es muy alta.

Foto 13. No hay agua en las casas y las mujeres acuden varias veces a los pozos

A.8. DESARROLLO DEL PROYECTO:

A.8.1. OBJETIVO GLOBAL DEL PROYECTO

Construcción de una maternidad en el barrio de Nafadji-Doumanzana en la Comuna I de Korofina Norte en Bamako, capital de Malí y dotar de una ambulancia para transportar a las pacientes que lo precisen bien a la maternidad o desde ésta hacia uno de los hospitales públicos de Bamakó con el fin de **disminuir la morbi-mortalidad materno infantil** en dicho área.

A.8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROYECTO

- Mejorar la morbi-mortalidad de las mujeres embarazadas y niños menores de 1 año en el barrio de Nafadji – Doumanzana de Korofina Norte, Bamako, Malí.
- Mejorar las condiciones de transporte sanitario
- Realizar un censo fiable de la población potencialmente beneficiaria del proyecto
- Conseguir controlar el embarazo y parto de las mujeres embarazadas del barrio de Nafadji.
- Conseguir que los en los embarazos que se vigilan en la maternidad también realicen allí su parto en las condiciones adecuadas.
- Conseguir detección precoz de VIH , toxoplasmosis y prueba de Emmel en las mujeres embarazadas que acudan en la maternidad, así como determinación de hemoglobina y leucocitos, albúmina, grupo RH.
- Conseguir controles ecográficos correspondientes al momento de gestación en que se encuentren.
- Conseguir aplicar las medidas de la OMS de prevención de enfermedades en el 100% de los RN (profilaxis del gonococo, vit k.)
- Conseguir detectar los embarazos y partos de riesgo (HTA, Diabetes gestacional, distocias pélvicas) y tratamiento o derivación al centro de referencia en su caso.
- Conseguir personal cualificado para la dispensar la atención en la maternidad
- Registrar a los recién nacidos
- Captación de las mujeres y mejora de la morbi –mortalidad infantil en el primer año de vida.

- Captación de las mujeres disminuyendo los costes de la atención sanitaria.
- Promover la educación sanitaria en temas de ETS, ablación genital, nutrición infantil, planificación familiar
- Mejorar las condiciones físicas y psicológicas de las mujeres embarazadas.

El proyecto pretende la construcción de una maternidad junto al dispensario del Barrio de Nafadji – Doumanzana de la Comuna Korofina Norte en Bamako, Malí; en terreno donado por el Ayuntamiento; en el cual se realice la atención a mujeres embarazadas, atención al parto, y a los niños en el primer año de vida con el fin de conseguir una disminución de la morbi- mortalidad materno infantil en dicha zona.

La maternidad se pretende construir junto al dispensario de Nafadji para completar la cobertura sanitaria de éste; y seguir sus mismas pautas de trabajo (forma de dispensación de medicación, curas, gestión y atención a los más necesitados) que desde 1989 lleva prestando a dicho barrio.

En la actualidad el dispensario es autosuficiente en su financiación; atiende aproximadamente 10.800 pacientes al año con un incremento de un 8% en los últimos tres años, en parte porque los pacientes de los barrios limítrofes vienen a atenderse aquí dado que las consultas y los medicamentos se pagan a un precio mínimo que en ocasiones suele suponer hasta 4 ó 5 veces menos que en el resto de dispensarios.

La actividad asistencial que se realiza se ha ido consolidando con los años ganándose la confianza de su población adscrita. Los datos e indicadores del último año (2006) han sido:

- Frecuentación (número de consultas/año): 10.830 de las cuales 6.415 fueron realizadas a niños, 3.295 a mujeres (de las cuales 1.200 estaban embarazadas) y 1120 a varones.
- Curas: 600
- Inyectables: 3.600
- Perfusiones: 240

El dispensario consigue ser autosuficiente cobrando tarifas por las diferentes actividades, tarifas que son hasta tres veces menores que las del sistema público (que no es gratuito en Mali salvo para la asistencia a cesáreas, la vacunación infantil, el tratamiento del SIDA y la tuberculosis) y hasta cinco veces menores que la medicina privada. Las tarifas son las siguientes:

- Consultas: 500 francos CFA (0,76 €)
- Curas: 100 francos CFA (0,15 €)
- Inyectables: 100 francos CFA (0,76 €)

- Medicamentos dispensados: se facilitan en unidosis (foto 14) y se cobran un 15% más caros que el precio de coste, que es hasta un 400% más barato que el precio en las farmacias.

Foto 14. Dispensación de medicamentos en Unidosis en Nafadji

Los precios que se pretenden cobrar son siguiendo las mismas directrices de ayuda a los más desfavorecidos y a costes mínimos:

Prestaciones Médicas:

| | | |
|--|-----------------|---------------|
| Consultas prenatales 1ª visita _____ | 1.000 cfa | (1.52 €) |
| Consultas prenatales posteriores _____ | 100 cfa | (0.15€) |
| Parto _____ | 2.500 cfa | (3.33 €) |
| TOTAL | 3600 cfa | (5.00) |

Los análisis obligatorios son:

| | | |
|--|-----------------|----------------|
| Determinación de glóbulos blancos _____ | 1.000 cfa | (1.52€) |
| Numeración de la fórmula sanguínea _____ | 3.000 cfa | (4.57€) |
| Grupo Rheus _____ | 1.000 cfa | (1.52€) |
| Prueba de Emmel (Drepanocitosis) _____ | 1.000 cfa | (1.52€) |
| Tasa de Hemoglobina _____ | 1.000 cfa | (1.52€) |
| Toxoplasmosis _____ | 1.000 cfa | (1.52€) |
| VIH _____ | gratuita | |
| TOTAL | 8000 cfa | (12.17) |

Pruebas de imagen recomendadas

| | | |
|-----------------|-----------|---------|
| Ecografía _____ | 4.500 cfa | (6.85€) |
|-----------------|-----------|---------|

Lo que supone que un parto bien llevado y atendido supondría un coste total para la paciente de **16.100 cfa (24,02€)**

Los pacientes que no disponen de recursos son asumidos por el dispensario o por Cáritas Parroquial, con lo cual no se dejará sin asistencia a ninguna mujer por falta de medios.

Habitualmente a quien no tiene recursos se le acredita su derecho a ser atendido con un documento sellado (foto 15), hasta ahora en el dispensario son aproximadamente algo más del 7% del total.

Foto 15. Documento de Cáritas para dispensar asistencia gratuita a los pobres

Dado que el número de partos asistidos en centros sanitarios era bajo en Mali, el gobierno castiga con multa de 5000 francos CFA los partos en domicilio, pero todavía se siguen haciendo y en el area que cubre el dispensario se estima que hay entre 4 y 5 partos por día que o se siguen atendiendo en las casas o bien tienen que buscar centros alejados y a precios altos.

Para poder asistir los partos del Area de Korofina se precisa la ampliación del dispensario (foto 12) y la construcción de un edificio anexo que cuente con las siguientes estructuras: Sala de Dilatación, Sala de Partos, Sala de Postpartos, Baños (4) y Sala para personal.

Se estima que tan solo el 7,2% de las mujeres atienden sus partos en las maternidades malienses; y de éstas tan solo un 6% revisan su embarazo desde el primer trimestre. El proyecto pretende sensibilizar mediante charlas divulgativas, e incentivos como la gratuidad en la atención el primer año de vida a los bebés que nazcan en esta maternidad, leche en polvo gratuita para los lactantes de las mujeres que hayan sido atendidas en la maternidad, vacunación gratuita, con el fin de que las madres atiendan su embarazo desde el principio.

Esto permitirá además establecer las diferencias de morbi-mortalidad infantil que se den entre los niños atendidos en la maternidad y los niños que carecen de estos servicios, en un intento de dar ejemplo de que al acercar estos servicios a la población los resultados de salud mejoran notablemente.

A.8.3 RESULTADOS, INDICADORES Y FUENTES DE VERIFICACIÓN:

A.8.3.1. RESULTADOS ESPERADOS:

- Construir y dotar una maternidad
- Adquirir un ambulancia
- Fortalecer la autoestima de las mujeres
- Demostrar que este tipo de atención al embarazo, parto y niño en el primer año de vida consigue mejores resultados de salud que la situación actual.
- Censo del 100% de la población del Barrio de Nafadji
- Captación para seguimiento del embarazo del 100% de mujeres que acudan al dispensario y a la maternidad
- Que al menos el 50% de mujeres embarazadas del Barrio de Nafadji acudan a revisar su embarazo y atiendan el parto en condiciones sanitarias adecuadas durante el primer año del proyecto
- Que el 90% de mujeres detectadas como embarazos acudan en el momento del parto

- Que el 90% de mujeres embarazadas que acuden a la maternidad se realicen las pruebas de control de VIH, toxoplasma , test de Emmel, determinación de hemograma , albúmina y Rh.
- Que el 90% de mujeres embarazadas que acudan a la maternidad realicen los controles ecográficos correspondientes al momento de gestación en que se encuentren
- Aplicar en el 100% de los recién nacidos en la maternidad las medidas de prevención de enfermedades dictadas por la OMS (profilaxis del gonococo, vit k.)
- Detección del 100% los embarazos de riesgo atendidos en la maternidad (hipertensión arterial, diabetes gestacional) y tratamiento o derivación al centro de referencia en su caso
- Identificar el 100% los partos de riesgo para derivarlos a los hospitales de referencia
- El personal conseguido para la maternidad deberá ser, una vez construída y dotada: un médico obstetra, 2 matronas y una comadrona y se cubran las 24 horas del día.
- Registro del 100% de los niños que nacen en la maternidad
- Revisión del niño sano en el 100% de los nacidos en la maternidad durante el primer año de vida: percentiles de peso y talla, perímetro cefálico, etc.
- Educación gratuita en patología aguda en el 100% de los nacidos en la maternidad durante el primer año de vida
- Reuniones con las mujeres y sus parejas para tratar temas de enfermedades de transmisión sexual, ablación genital y otros de educación sanitaria
- Realizar charlas de preparación al parto

| OBJETIVOS | INDICADORES DEL GRADO DE CONSECUCCIÓN | FUENTES DE VERIFICACIÓN DE LOS INDICADORES |
|---|---|--|
| Mejorar la morbi-mortalidad de las mujeres embarazadas y niños menores de un año en el barrio de Nafadji-Doumanzana de Korofina Norte | <ul style="list-style-type: none"> • Construcción y dotación de la maternidad • Mujeres atendidas durante el embarazo , el parto y puerperio • Niños atendidos durante el primer año de vida | <ul style="list-style-type: none"> • Documento acreditativo de la donación del terreno por el Ayuntamiento • Fotos de la construcción • Libros de registro de la maternidad e historias clínicas • Auditoria |
| Mejorar las condiciones de transporte sanitario | <ul style="list-style-type: none"> • Adquirir una ambulancia | <ul style="list-style-type: none"> • Fotos • Auditoria de su uso |
| Conocer el número real de la población beneficiaria del proyecto | <ul style="list-style-type: none"> • Censo | <ul style="list-style-type: none"> • Censo oficial • Registro propio del dispensario y de la maternidad |
| Conseguir controlar embarazo y parto de las mujeres embarazadas del Barrio de Nafadji | <ul style="list-style-type: none"> • Que al menos el 50% de las mujeres embarazadas acudan a los controles | <ul style="list-style-type: none"> • Registro del dispensario y de la maternidad |
| Conseguir que los embarazos seguidos atiendan también su parto en condiciones adecuadas | <ul style="list-style-type: none"> • Que al menos el 90% de las mujeres controladas en la maternidad atiendan su parto en condiciones sanitarias adecuadas | <ul style="list-style-type: none"> • Registro del dispensario y la maternidad |
| Conseguir detección de VIH y toxoplasma , test de Emmel, hemograma y albúmina, Rh. En la mujeres embarazadas que acuden a la maternidad | <ul style="list-style-type: none"> • Que al menos el 95% de las mujeres se realicen los controles descritos | <ul style="list-style-type: none"> • Registro del dispensario y la maternidad |
| Conseguir controles ecográficos reglados en las mujeres que acuden a la maternidad | <ul style="list-style-type: none"> • Que al menos el 90% de las mujeres controladas en la maternidad hagan controles ecográficos de su embarazo | <ul style="list-style-type: none"> • Registro del dispensario y la maternidad |
| Conseguir aplicar la medidas preventivas del RN recomendadas por la OMS (profilaxis del gonococo, vit. K) a los recién nacidos en la maternidad | <ul style="list-style-type: none"> • Que el 100% de los recién nacidos en la maternidad reciban las medidas preventivas de la OMS | <ul style="list-style-type: none"> • Registro de la maternidad |

| | | |
|--|--|---|
| Conseguir detectar embarazos de riesgo en la maternidad (HTA, educació gestacional) y derivarlos a los centros de referencia | <ul style="list-style-type: none"> • Que al menos el 95% de las mujeres con embarazos de riesgo controladas en la maternidad sean derivadas a los centros de referencia | <ul style="list-style-type: none"> • Registro de la maternidad |
| Captación de las mujeres disminuyendo los costes de la atención sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> • Que los costes de la maternidad sean muy inferiores a las del resto de las maternidades privadas y públicas proporcionales a las del dispensario | <ul style="list-style-type: none"> • Libro de cuentas de la maternidad • Auditorias |
| Conseguir personal cualificado | <ul style="list-style-type: none"> • Tener un médico y matronas | <ul style="list-style-type: none"> • Títulos de formación • Entrevistas personales • Currículum |
| Registrar a los recién nacidos | <ul style="list-style-type: none"> • Registrar el 100% de los recién nacidos en la maternidad | <ul style="list-style-type: none"> • Registro oficial y copias de las actas de nacimiento • Registro de la maternidad |
| Captación de las mujeres y mejora de la morbi-mortalidad infantil en el primer año de vida | <ul style="list-style-type: none"> • Revisión gratuita del 100% de los niños sanos y con patologías agudas durante el primer año de vida en los niños nacidos en la maternidad | <ul style="list-style-type: none"> • Registro de la maternidad y del dispensario • Auditoria |
| Aumentar la educación sanitaria en temas ETS, ablación genital, nutrición infantil | <ul style="list-style-type: none"> • Reuniones con las mujeres y sus parejas | <ul style="list-style-type: none"> • Actas y fotos de las reuniones • Auditorias |
| Mejorar las condiciones físicas y psicológicas de las mujeres embarazadas | <ul style="list-style-type: none"> • Preparación al parto | <ul style="list-style-type: none"> • Fotos • Informes • Auditorias |

CRONOGRAMA (por meses)(a partir de conseguir la financiación)

| ACTIVIDADES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| Adquisición del terreno | X | | | | | | | | | | | |
| Construcción de la maternidad | | X | X | X | X | | | | | | | |
| Adquisición de la ambulancia | | | | X | X | X | | | | | | |
| Dotación de la maternidad | | | | | | X | X | X | | | | |
| Censo | | | | | | X | X | | | | | |
| Contratar personal cualificado | | | | | | X | | | | | | |
| Preparación del material divulgativo para la captación de las embarazadas y de educación sanitaria | | | | | | X | X | X | X | | | |
| Campañas divulgativas para captación y seguimiento | | | | | | X | X | X | X | X | X | X |
| Apertura de historias clínicas. Cartillas de embarazo | | | | | | | X | X | X | X | X | X |
| Realizar analíticas | | | | | | | X | X | X | X | X | X |
| Control de la TA | | | | | | | X | X | X | X | X | X |
| Control de glucemia | | | | | | | X | X | X | X | X | X |
| Realizar ecografías en cada trimestre del embarazo | | | | | | | X | X | X | X | X | X |
| Administración de sulfato ferroso y ácido fólico en las embarazadas | | | | | | | X | X | X | X | X | X |
| Detección y derivación de patología gravídica | | | | | | | X | X | X | X | X | X |
| Preparación al parto | | | | | | | X | X | X | X | X | X |
| Atención al parto | | | | | | | X | X | X | X | X | X |
| Charlas de planificación familiar | | | | | | | X | | X | | X | |
| Charlas de prevención de ETS | | | | | | | | X | | X | | X |
| Charlas de nutrición infantil, lactancia y medidas higiénicas | | | | | | | X | | X | | X | |
| Charlas contra la ablación | | | | | | | X | X | X | X | X | X |
| Asistencia a la lactancia | | | | | | | X | X | X | X | X | X |
| Apoyo nutricional en RN riesgo | | | | | | | X | X | X | X | X | X |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Registrar a los recién nacidos | | | | | | | X | X | X | X | X | X |
| Medidas de la OMS al recién nacido | | | | | | | X | X | X | X | X | X |
| Controles gratuitos del niño sano en el primer año de vida (peso, perímetro cefálico) | | | | | | | X | X | X | X | X | X |
| Calendario vacunal | | | | | | | X | X | X | X | X | X |
| Asistencia gratuita al niño enfermo en el primer año de vida | | | | | | | X | X | X | X | X | X |
| Evaluación con informe de la construcción de la maternidad | | | | | X | X | | | | | | |
| Evaluación con informe de las actividades | | | | | | | | | | | | X |

A.9. PRESUPUESTOS:

El cuadro de presupuestos se detalla en el anexo IV.

A.10. SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO:

Hay ciertas circunstancias que contribuirán a una segura sostenibilidad:

- La implicación de las autoridades locales con la donación del terreno (que ya han comprometido).
- El que la contraparte lleve 40 años trabajando sobre el terreno, sea aceptada y tenga alta credibilidad al acudir pacientes de toda la capital por la calidad de la atención prestada como así lo demuestra el funcionamiento del dispensario que es autosuficiente, el conocimiento de los idiomas de la zona (francés, bambará y dogón).
- El trabajar con personal local, garantiza la continuidad del proyecto por sí mismo cuando las ayudas cesen.
- Los precios bajos en el dispensario (misma política de precios para la maternidad) han demostrado hasta ahora que se puede autogestionar el dispensario y facilitar el acceso de la población a la sanidad, mejorando los índices sanitarios de la zona, con respecto al resto de indicadores de la sanidad en otras zonas.
- El tener un médico/obstetra en la maternidad aumenta la calidad de la atención prestada garantizando una atención que en casi ninguna maternidad de Bamako se oferta.
- Las charlas de educación que se impartirán por enfermeras malienses en el barrio de Korofina favorecen la divulgación de la importancia del seguimiento y atención al parto.
- Malí es un país de gente joven, con lo cual la natalidad es muy alta, y sin embargo los índices de mortalidad son de los más altos del mundo, con lo cual es doble motivo para hacer un proyecto al respecto.
- El VIH un problema importante en África y emergente en Malí el cual conviene atajar antes de que genere más problema.
- La ablación genital femenina, situación de discriminación en muchos países africanos que condiciona una alta morbi-mortalidad perinatal principalmente en primíparas es otro tema importante a trabajar para alcanzar nuestros objetivos.

B. MEMORIA DE ACTIVIDADES DEL GRUPO DE APOYO MEDICUS MUNDI CANTABRIA

B.1. PRESENTACIÓN: El Grupo de Apoyo Medicus Mundi Cantabria tiene su sede en Santander, en el Colegio de Médicos de Cantabria, c/General Mola 33 bajo. Está inscrita en el Registro de Asociaciones de Cantabria desde el año 2004. Pertenece y participa en la Coordinadora de ONGD de Cantabria.

Actualmente cuenta con 135 socios, muchos de ellos médicos y enfermeros que viven y trabajan en Cantabria.

B.2. JUNTA DIRECTIVA: Está recientemente renovada en la Asamblea de Fecha 27/6/2007, candidatura votada por unanimidad de todos los socios de presencia y representados. Está constituida por:

Presidenta/coordinadora: Liébana Piedra Antón (Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria).

Vicepresidente: Eugenio de la Cuesta Gallego (Letrado).

Secretaria: Estíbaliz Zaldívar Enriquez (Médico Intensivista).

Tesorero: Luis Ansorena Pool (Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública).

Vocales:

- Begoña Ceballos Pérez (Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria).
- Alejandra Carvajal Hernández (Médico Especialista en Neurología)
- Eutiquiano Recio Álvarez (Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria).
- María Luisa Valiente Millán (Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria).
- Lucía Peralta Munguía (Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria).
- María Cossío González (Estudiante).

El trabajo de Planificación y Evaluación de Proyectos y el de Administración de la ONGD, hasta ahora, ha sido realizado altruistamente por socios cooperantes voluntarios.

B.3. PROYECTOS EN PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO (anexo VII): Medicus Mundi Cantabria ha participado desde el año 2005 en :

- En 2005: apoyo a los proyectos en Malawi y Bolivia conjuntamente con Medicus Mundi Asturias
- En 2006: donación de 1 equipo de anestesia y de ordenadores portátiles para un hospital público de Honduras
- En 2006: En Cuatro Cañadas (Bolivia): Proyecto Sanitario de Puesta en Marcha de actividades Preventivas Programadas en Cuatro Cañadas; de

construcción de 13 viviendas de ladrillo para los afectados por las inundaciones del Río Grande; y de construcción de un Centro de Demostración Agropecuario.

- En 2007: Envío de un contenedor con material sanitario (incubadoras, ecógrafos, camas, camillas, etc) valorado en 60.000€ para el Hospital Primero de Mayo Hernández Vera regido por las Hermanas españolas Cruzadas Evangélicas y para el Hospital de Cuatro Cañadas donde Medicus Mundi Cantabria tiene un proyecto.
- En 2007: ya ha sido aprobado por el gobierno de Cantabria el proyecto “Mejora de la situación sanitaria y de las condiciones de vida de las comunidades campesinas e indígenas de Cuatro Cañadas (Bolivia)” con una financiación global de 208.182,41 euros.

B.4. ESTADO CONTABLE E INGRESOS DEL AÑO 2006:

- Saldo a 31/12/2005: 6503,36€; saldo a 31/12/2006: 63343€
- Ingresos: por socios 6315,84€, por Gobierno de Cantabria: 52457,01€, por Medicus Mundi España (campaña de General Optica): 600€, (el ingreso de Caja Cantabria del año 2006 de 5000€ lo hizo efectivo en Enero de 2007).
- Gastos:
 - Acciones de sensibilización: Pago de Filmoteca:480,0€; Concurso de Dibujo: 527,07€
 - Gastos de administración: compra de videocámara: 429,0€, Imprenta:709,52€, sellos, correos y papelería: 244,8€, teléfono móvil: 52.15€, comisiones bancarias: 90,29€

(se ha financiado el Proyecto Bolivia en la parte correspondiente a 2006 con 57.457,01€ que corresponden a las subvenciones de la Dirección General de Asuntos Europeos y Cooperación al Desarrollo (52.457,01€) y de Caja Cantabria (5.000€). Las acciones en el terreno supusieron una inversión de 53.457.01€; los gastos de administración: los viajes supusieron 2.614,48€, los de compra de equipo audiovisual 429,0 € y los gastos de teléfono, imprenta, sellos y material de oficina 956,52 €).

C. DECLARACIÓN DE COMPROMISO DE APORTAR LA DIFERENCIA ENTRE EL COSTE TOTAL Y LA SUBVENCIÓN OBTENIDA

El Grupo de Apoyo Medicus Mundi Cantabria cuenta actualmente con varias fuentes de financiación y colaboración ya consolidadas que este año 2007 van a suponer más de 250.000€ (Caja Cantabria, Gobierno de Cantabria, Hospital Sierrallana) para sus proyectos y cada año va incrementando socios colaboradores y las cantidades con las que es subvencionado por estos. Además cada año va contando con nuevos socios y donaciones que contribuyen a disponer de más fondos propios. Depende todavía de Medicus Mundi Asturias y a su vez de la Federación de Asociaciones de Medicus Mundi España (FAMME) que autoriza los proyectos de las ONGD autonómicas. Medicus Mundi es la ONGD sanitaria más antigua y le avala todos los años trabajando, con rigor, con proyectos viables en los países en vías de desarrollo.

En todos los proyectos acometidos por el Grupo de Apoyo Medicus Mundi Cantabria se ha justificado oportunamente cada gasto. Se trata del gran compromiso ético de la ONGD: realizar lo solicitado conforme al proyecto. Se detalla compromiso firmado en el anexo V.

D. ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN Y DIFUSIÓN DEL GRUPO DE APOYO MEDICUS MUNDI CANTABRIA:

El grupo de apoyo Medicus Mundi Cantabria durante el año 2006 realizó múltiples acciones de sensibilización sobre los problemas sanitarios y la cooperación al desarrollo en el tercer mundo (anexo VII) entre las que destacan:

- Se diseñó y realizó en Marzo un curso de 12 horas en la Facultad de Medicina de Santander a un grupo de alumnos de medicina sobre cooperación internacional en la que participaron médicos cooperantes de la ONG.
- Se realizó un ciclo de cine solidario en la filmoteca de Santander.
- Se participó en varios programas de radio.
- Se realizó un cuentacuentos sobre cooperación en Abril en la Plaza del Este de Santander.
- Tras la visita de cooperantes a Bolivia en Septiembre de 2006 se difundió la acción y la situación de la población local.
- Se organizó junto con el Comité de Ocio y Cultura del Hospital Sierrallana el concurso de dibujo "Navidad Solidaria" en el que participaron 1882 niños y se repartieron múltiples regalos en la fiesta infantil anual. Se difundió en prensa local.

Durante este año 2007 se ha continuado con estas acciones y se irán poniendo nuevas como un plan de sensibilización sobre la situación de la mujer en el mundo que se difundirá por los colegios de la ciudad y de la región. Las acciones se realizan en función de la disponibilidad de los cooperantes de la ONG, dado que el grupo de apoyo de Medicus Mundi Cantabria solo dispone de cooperantes voluntarios que realizan todas las actividades de manera altruista.