

## OTROS PROGRAMAS REALIZADOS POR CINTERANDES

### PROYECTO DE SALUD FLUVIAL



La Provincia de Morona-Santiago era probablemente la más aislada del Ecuador. E incluso actualmente aunque la carretera que la atraviesa de Norte a sur es de excelente calidad, las vías que la comunican con la Sierra sur, aún está en pésimas condiciones

La zona localizada al Este de la Cordillera de Cutucú, prácticamente no tiene carreteras y el único modo de acceso es mediante pequeñas avionetas que utilizan pistas rudimentarias abiertas en la selva. La única forma de comunicación entre las comunidades es mediante el sistema fluvial.

El aislamiento es solamente una de las facetas del subdesarrollo de esta zona. Las condiciones de salud son precarias. Existen graves problemas de desnutrición, parasitismo, tuberculosis, malaria y otras enfermedades.

Por estas razones creímos necesario, organizar un sistema de atención de la salud por vía fluvial e integrar la atención de otros problemas, luego de definir conjuntamente con los habitantes del lugar, el tipo de desarrollo que se quiere llevar a cabo en esta zona de la Amazonía.

#### **OBJETIVOS:**

- Realizar atención primaria de salud mediante el sistema de Salud Familiar, a lo largo del Río Morona y sus afluentes. Kangaimé, Macuma y Mangociza.
- Realizar atención quirúrgica mediante brigadas intermitentes.
- Realizar un estudio de los principales problemas de salud y otros problemas en la zona.
- Definir con la población y la participación de un equipo multidisciplinario un modelo de desarrollo adecuado para la zona.

#### **Descripción del Programa**

El Ministerio de Salud dispuso la construcción y equipamiento de la Unidad Fluvial Móvil que fue trasladada desde su astillero en Durán, en la Costa del Pacífico, cruzando las dos cordilleras de los Andes, hasta el Río Morona. La unidad fue bautizada con el nombre Shwar de Tsunky Nua, que significa una diosa del río que da salud, y sirvió de base a la realización del programa de Salud Fluvial con sus diversos componente

## PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR INTEGRAL



En el año 2002 en el cual inició el programa de salud familiar, si bien existían programas de la Organización Mundial de la Salud, los resultados no fueron lo que se esperaba. La situación siempre fue peor para la población rural.

El campo está generalmente atendido por médicos rurales. Estos médicos están a cargo de una población entre 5 y 10 000 habitantes y en algunos casos aún mayor, dicha población se encuentra, en la mayoría de casos, dispersa en una amplia área geográfica.

Esto, más la falta de recursos, fue el determinante para que médicos rurales atendieran sólo la demanda espontánea y sólo ocasionalmente se realizaran programas de promoción de salud o prevención de enfermedades.

Para resolver este problema formamos un equipo médico (como mínimo, un médico y una enfermera, o a falta de ella, una auxiliar que deberá ser una persona que viva en la comunidad) a cargo de un grupo definido de familias en un área geográfica específica. El equipo era responsable de la atención personal de cada miembro de familia y tomó a su cargo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención de la patología y, de mantener actualizada la información necesaria.

La experiencia en numerosos países ha demostrado que el número ideal de familias está entre 120 a 200 ( 600 a 1000 personas). En nuestro medio sin embargo, debido a la situación del País, creemos que con dedicación y entusiasmo sería posible atender entre 250 y 300 familias (1250 a 1500 personas).

### **Descripción del Programa**

El programa de salud tuvo los 13 subprogramas siguientes:

1. Información: Fue necesario en primer lugar utilizar la información existente, aunque encontramos que ésta estaba incompleta. Luego el equipo visitó todos los hogares para conocer a las familias, verificar la información y llenar la ficha familiar que contiene información de salud y socioeconómica. Con esta información se elaboró una línea de base que fue utilizada para tomar decisiones y además sirvió de referencia para el monitoreo y la evaluación de nuestra intervención. Esta información se actualizaba cada año.
2. Inmunización: de todos los niños y mujeres embarazadas, de acuerdo al esquema del Ministerio de Salud).
3. Control de crecimiento, desarrollo y nutrición: Se examinó regularmente a los niños menores de 5 años, se registró su peso y estatura y su estado de desarrollo psicomotor, se trataron los problemas de desnutrición encontrados; se administraron los suplementos nutricionales que provee el Ministerio de Salud y se brindó educación a la madre, referente a cultivo y preparación de alimentos. Creemos, que esta última estrategia es mucho más efectiva y sustentable que la provisión de suplementos.

4. Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI): Esta estrategia ha sido diseñada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para tratar las enfermedades más comunes de los niños, como son: infección respiratoria aguda (IRA), enfermedad diarreica aguda (EDA), desnutrición, parasitismo y cualquier otra enfermedad prevalente en la comunidad.
  5. Salud Escolar: Los niños de las escuelas se examinaban periódicamente para detectar y tratar cualquier condición patológica como problemas visuales, auditivos, desnutrición, parasitismo intestinal, enfermedades dermatológicas y problemas de aprendizaje. Se procuró además el mejoramiento del ambiente escolar (escuelas saludables).
  6. Salud sexual y reproductiva: Este subprograma comprendió:
    - Educación sexual y reproductiva
    - Planificación familiar
    - Cuidado prenatal y postnatal
    - Atención del parto
    - Estimulación de la lactancia materna
    - Prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual
    - Detección oportuna de cáncer de mama, útero y próstata
    - Problemas de género.
  1. Programas para la juventud: deporte y recreación, prevención de drogadicción, alcoholismo y consumo de cigarrillo.
  2. Atención de ancianos y discapacitados en coordinación con las organizaciones comunitarias.
  3. Salud Oral: programas preventivos y curativos.
  4. Salud mental: violencia intrafamiliar, maltrato al menor, seguridad.
  5. Atención de problemas patológicos generales: el sub-centro de salud funciona 24 h. al día, los médicos rotan para hacer la guardia; la farmacia atiende también 24h. al día. Se establecieron puestos de atención comunitaria estratégicamente distribuidos en las comunidades. Los pacientes que requerían atención secundaria o terciaria eran referidos a los hospitales del Ministerio de Salud, al programa de Cirugía Móvil de la Fundación Cinterandes o a otras instituciones.
  6. Programa para estudiar la Medicina Tradicional y alternativa, rescate de los conocimientos ancestrales y la cosmovisión andina. Se cultivaban huertos medicinales en cada sub-centro de salud.
  7. Programa de salud ambiental y saneamiento básico. Se realizaba en coordinación con las instituciones responsables.
- Es importante enfatizar que todos los subprogramas tienen un importante componente educacional, con énfasis especial en su las madres de familia. Los programas se planifican, organizan, ejecutan y evalúan con participación de la comunidad.

#### **¿En qué lugares se ha realizado el Programa de Salud Familiar?**

Este programa se realizó en Santana por 5 años, obteniendo muy buenos resultados, así como en Sinincay, Chordelég, Nabón y Chaucha.

El programa de Salud Familiar se realizó, de acuerdo a los principios de descentralización del estado, vigentes en ese entonces, con la participación de la Dirección Provincial de Salud del Azuay, la Municipalidad de Cuenca y la Junta Parroquial de Santa Ana. Al pasar la administración de salud, a competencia exclusiva del Estado Central, según la nueva Constitución de la República, comenzamos a tener dificultades. Sugerimos que nuestros equipos médicos se mantengan trabajando bajo las directrices de la Dirección de Salud, ya que el sistema de salud adoptado por el Estado es muy similar al nuestro, pero esta sugerencia no fue aceptada y nos vimos obligados a retirarnos del programa.

## PROGRAMA DE DIAGNOSTICO DE SALUD LABORAL

En 1998 por encargo de la Fundación Paul Rivet se realizó un diagnóstico de salud laboral de los artesanos orfebres de Chordeleg y de los ceramistas de Cuenca y Chordeleg.

Se determinaron los factores de riesgo ocupacionales y se estimó la incidencia de patologías profesionales.

## PROYECTO MALIMA

En 1994-95 se realizó el diseño de un proyecto de atención de salud para los trabajadores de la Plantación de flores MALIMA (Paute) y sus familiares.

El proyecto incluía protección frente a los químicos utilizados en la plantación.

La ejecución inicial del proyecto estuvo también a cargo de la Fundación "Cinterandes".

## PROYECTO HONDURAS



1994-1995 El Presidente de la Fundación Cinterandes como consultor de la Organización Panamericana de la Salud, asesoró en la República de Honduras la organización de un programa de Cirugía Móvil.

Un grupo de médicos Hondureños visitó la Fundación y luego se puso en funcionamiento un programa similar. Se operaron con éxito más de 1.000 pacientes y luego se suspendieron las operaciones por razones políticas. Nos informaron sobre la posibilidad de reanudar este programa en algún momento.

## PROYECTO BURGAY

En 1998 en la hacienda "El Cortijo" y plantación de flores "El Trébol", de la zona de Burgay (Provincia del Cañar),

se realizó el diseño y ejecución de un proyecto que tenía cuatro objetivos fundamentales: atención de salud, uso y manejo adecuado de pesticidas, protección del ambiente y promoción comunitaria.

## PROGRAMA DE DESARROLLO DE UN SISTEMA DE TRAUMA

El trauma causado por la violencia y los accidentes de tránsito, es una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad en el Ecuador.

Para atender adecuadamente a las víctimas de este problema, es necesario la capacitación de profesionales de la salud, la dotación de los equipos y materiales necesarios y la organización de un sistema de atención que incluya la asistencia de la víctima en el lugar del accidente, su transporte y atención definitiva en centros cuya complejidad esté de acuerdo a la gravedad de las lesiones.

Por estas razones, el Programa de Desarrollo de un Sistema Internacional, con la participación de: Trauma (Internacional Trauma System Development Program:ITSDP) de Virginia Commonwealth University (VCU), de Richmond, VA., la Universidad del Azuay y Fundación Cinterandes, realiza un programa piloto para mejorar el cuidado de los pacientes traumatizados. Actualmente se está ejecutando en la provincia de Morona Santiago.



Figura 1. Taller sobre vía aérea en maniquí durante el Primer Curso Básico de Trauma en Macas (2003).

Después de la evaluación inicial de las estadísticas, recursos, necesidades y deficiencias de esta zona, se vio que no existía un sistema de atención de trauma; existían limitaciones en la comunidad médica para atender a las víctimas de accidentes.

Hay una enorme variabilidad e inexactitud en las estadísticas locales y nacionales; sin embargo, sí existe un sistema de procedimiento en la referencia de los pacientes traumatizados.

El siguiente paso fue educar a los médicos que se encontraban en los sitios más lejanos, mediante un Curso Básico de Trauma diseñado específicamente para la región, tomando en cuenta los recursos y la experiencia locales.

Los resultados del primer Curso Básico de Trauma fueron presentados en el 89 Congreso Americano de Cirujanos en Nueva Orleans en Octubre de 2004.

En este primer Curso hubo 52 participantes: 33 médicos rurales, 7 médicos residentes, 11 estudiantes y una enfermera. Hubo un significativo mejoramiento en conocimientos de los participantes, según se dedujo del análisis de las pruebas tomadas antes y después del curso.

Se realizó un segundo Curso Básico de Trauma dirigido a 25 médicos y un primer Curso para personal de atención prehospitalaria dirigido a 23 miembros del Cuerpo de Bomberos, Cruz Roja y Defensa Civil (Fig. 2)



Figura 2. Instrucción sobre atención pre-hospitalaria en trauma al personal de Defensa Civil en Macas (2005).

Desde el 2 al 4 de Abril de 2008, se realizaron: el III Curso Básico de Trauma; el II Curso de Cuidado Pre Hospitalario de Trauma; el I Curso de Cuidados de Enfermería en Trauma y el I Curso de Cuidados Aéreos de Emergencia.

El análisis preliminar de los datos obtenidos es alentador, pues demuestra un avance en el desenvolvimiento de los participantes. Además, se ha despertado la conciencia de la comunidad y de los líderes locales para desarrollar un sistema para la atención de los pacientes de trauma, un programa de prevención y educación continua en la materia.

La filosofía del Curso y Sistema de Atención de Trauma se presentaron en el 90 Congreso del Colegio Americano de Cirujanos ante el Comité Ad-hoc para Trauma Rural en San Francisco, CA., en Octubre de 2005.

Se ha desarrollado además un registro de trauma utilizado para la recolección de datos de éstos pacientes, que servirá para obtener estadísticas veraces en la provincia, y que ayudará a determinar el impacto de la educación en el tratamiento de los pacientes de trauma.

## PROGRAMA DE ATENCION DE SALUD PARA PINDILIG, TADAY Y ZHORAY

Mediante convenio con la Unidad de Gestión para la Rehabilitación de la Cuenca del Río Paute y la Unión Europea, se realizó en 1999, un programa de educación en Salud para estudiantes y profesores de escuelas y colegios.

Formación de promotores de salud y líderes comunitarios así como educación comunitaria y atención quirúrgica.

## PROYECTO TURI

En 1996 se diseñó y ejecutó un programa de atención de salud en Turi, parroquia rural del cantón Cuenca, con una población de aproximadamente 6000 habitantes.

El proyecto incluyó la realización de un Censo Familiar y actividades de control de crecimiento y desarrollo en las guarderías infantiles, atención escolar, atención materna, promoción comunitaria y saneamiento básico.