

PROYECTO

Construcción y equipamiento de un

CENTRO HOSPITALARIO

EN NKPWANG

“SANGMELIMA- CAMERÚN”

LA SALUD LO MÁS IMPORTANTE



INDICE

1º.- AGENTES DE INTERVENCÓN.....

1-GICRAP.....

- IDENTIFICACIÓN
- FINES
- ACTIVIDADES
- RELACIÓN CON FASUB

2-FASUB.....

- IDENTIFICACIÓN
- OBJETO Y FORMA DE CUMPLIR LOS FINES:
- CARACTERÍSTICAS DE FASUB
- EJES DE TRABAJO

2º.- ORIGEN DEL PROYECTO

3º.- PROYECTO GENERAL-

CONSTRUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO DE UN HOSPITAL EN NKPWANG CAMERÚN

1º. FASE: CONSTRUCCIÓN DE INMUEBLE E INSTALACIONES ADECUADAS
DOTADAS DE EQUIPAMIENTO NECESARIO PARA SU FUNCIONAMIENTO.

2º.-CONSTRUCCIÓN FINAL Y EQUIPAMIENTO DEL RESTO DEL HOSPITAL.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE PRIMERA FASE

PLAN DE ACTUACIÓN ACTIVIDADES A DESARROLLAR

- 1.a) HABILITACIÓN DEL INMUEBLE
- 1.b) ORGANIZACIÓN
- 1.c) BUSQUEDA DEL PERSONAL Y DEL EQUIPAMIENTO.
- 1.d) ENVIO DE MATERIAL, MONTAJE Y PUESTA EN MARCHA.



- SISTEMA DE RECAUDACIÓN DE FONDOS.
- ESTUDIO ECONÓMICO DEL PROYECTO FINANCIACIÓN, INGRESOS, GASTOS
- FUNDAMENTACIÓN DE LA VIABILIDAD TECNICA DEL PROYECTO PRESUPUESTO DESGLOSADO DE GASTOS
- DESCRIPCIÓN DE LAS PARTIDAS IMPORTANTES TERRENO, CONSTRUCCIÓN, INSTALACIONES, MAQUINARIA, RECURSOS HUMANOS.

PROYECTO A CORTO Y MEDIANO PLAZO

2ª FASE: CONSTRUCCIÓN FINAL Y EQUIPAMIENTO DEL RESTO DEL HOSPITAL
EJECUCIÓN MEDIANTE: AUTOFINANCIACIÓN. CLIENTES, VOLUNTARIADO, CONVENIOS DE COLABORACIÓN.

- OBJETIVO Y FINALIDAD DEL PROYECTO.

JUSTIFICACIÓN

4.- DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN

ANALISIS DE LA SITUACIÓN:.....

.PROBLEMA EJE: Elevado número de enfermos que no consiguen curarse.....

.CAUSAS.....

1-DIFICIL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS:

- MEDICAMENTOS CAROS.
- POCA DISPONIBILIDAD DE LOS MEDICAMENTOS
- MEDICAMENTOS EN MAL ESTADO

2 ELEVADOS COSTES DEL TRATAMIENTO:

3-ENFERMOS FUERA DEL SISTEMA MÉDICO MODERNO:

4-PROBLEMAS DE DIAGNÓSTICOS:.....

- DIAGNÓSTICOS ERRÓNEOS
- DIAGNÓSTICOS TARDÍOS

.CONSECUENCIAS:.....

1-FRACASO DE LA LUCHA CONTRA LA ENFERMEDAD.....

2-MERMA DE LA CALIDAD DE VIDA INDIVIDUAL, SOCIAL, COLECTIVA:

3-INEFICIENCIA DEL SISTEMA SANITARIO:



- PÉRDIDA DE CREDIBILIDAD
- DESPILFARRO DE RECURSOS

-POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN: Análisis del objetivo y alternativas.....

.OBJETIVO PRINCIPAL: Reducción del número de enfermos que no consiguen curarse.....

.CAUSAS QUE CONLLEVAN A LA CONSECUCCIÓN DEL OBJETIVO PRINCIPAL.....

1-MEDICAMENTOS ACCESIBLES.....

- MEDICAMENTO RECETADO CORRECTAMENTE
- MEDICAMENTO A BAJO COSTE O GRATUITO
- ABASTECIMIENTO PERIÓDICO Y SIN INTERRUPCIONES
- REGULARIDAD EN EL TRATAMIENTO
- DESAPARICIÓN DE LOS FALSOS MEDICAMENTOS

2-PROXIMIDAD DE LOS CENTROS DE SALUD.....

3-CONFIANZA EN LA MEDICINA MODERNA.....

4-DIAGNÓSTICO CORRECTO.....

CONSECUENCIAS.....

1-MEJORA DEL NIVEL DE VIDA.....

2-FRENO A LA HUIDA DE CEREBROS.....

3-IMPULSO AL DESARROLLO DE POLÍTICAS LOCALES DE
IMPLICACIÓN: ÉXITO DEL CODESARROLLO.....

5.- ALCANCE GEOGRAFICO

1- CONTEXTO POLITICO Y SOCIAL

2- NIVEL DE VIDA

3- SANIDAD.



AGENTES DE INTERVENCIÓN

1º- GIC DES REALISATIONS AGRO-PASTORAL (GICRAP)

IDENTIFICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN:

GICRAP nace a continuación de un movimiento de jóvenes agricultores creado en 1959 con el nombre “**Cercle National des Jeunes Agriculteurs du Cameroun**” (CNJAC), reactivada y reconocida de nuevo después de unos años como ONG el 28 octubre de 1996 por el “**bureau des associations et partis politiques**” de la prefectura de Sangmelima. Se señala como presidente a MEDOU EYINGA Jean Calvin y como secretario a BILOUNGA EKA´ABAN

FINES DE LA ASOCIACION:

GICRAP es una ONG sin animo de lucro para la promoción de la descripción del proyecto atención sanitaria en medio rural, sobretodo en las zonas de la región del Dja y Lobo y de la provincia del sur en general, mediante la creación de centros hospitalarios de atención primaria o especializada. GICRAP colabora con las poblaciones locales allí donde se requiera y conforme a la reglamentación en vigor.

ACTIVIDADES DE LA FUNDACIÓN:

RELACION CON FASUB

Actualmente trabaja en un proyecto de colaboración a un orfanato, en el proyecto de un laboratorio de análisis clínicos y en el de un gran centro de distribución de medicamentos genéricos proporcionados por Farmamundi en Aragón. Realiza periódicamente campañas de vacunación. En el último trimestre del 2007 se realizó una campaña de prevención del sida con la donación de condones por parte de FASUB.

IDENTIFICACIÓN:

FUNDACIÓN ÁFRICANA SUBSAHARAINA EN ESPAÑA (F.A.SUB)

FASUB: solidaridad, desarrollo y codesarrollo, sostenibilidad por África. Constituida en Zaragoza con fecha 28 de diciembre del 1999 mediante escritura publica, constando su inscripción en el Registro de Fundaciones del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de Madrid con el N° 50-0145. Se rige por sus Estatutos, por las disposiciones de la Ley 50/2002, de 26 de diciembre de Fundaciones. Forma parte de AEF (Asociación Española de Fundaciones), de AECID (Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo).



CIF: G - 50844950

Dirección: C/ Gertrudis Gómez de Avellaneda 67,5º, 50018 Zaragoza

Web: www.fasub.org

E-mail: fasub@fasub.org

Telf./ Fax: 876.11.07.18

Móvil: 660.78.29.53

La junta Patronal está compuesta por:

Medou Mvondo Emile.....presidente

Esther Crespán Catalán.....vicepresidente y tesorera

Medou García Ongono.....secretario

Domingos Menakuase Vocal

OBJETO Y FORMA DE CUMPLIR LOS FINES:

CARACTERÍSTICAS DE FASUB

En **FASUB** hay una mezcla de españoles y subsaharianos. Desde hacía tiempo sus fundadores realizaban ayudas y envíos puntuales, pero con la creación de la fundación se ha querido dar cuerpo y entidad a estas ayudas, y a la vez, acceder a proyectos de más envergadura. Todo nuestro capital es humano, todo nuestro trabajo es voluntario. Lo que diferencia **F.A.SUB.** de otras ONG es el conocimiento in situ de los problemas y la forma de resolverlos. Tenemos contacto directo con ONG locales, escuelas o ayuntamientos que nos proponen maneras de ayudarlos, también muchos particulares nos exponen sus proyectos, solicitándonos un empujón. Nosotros debemos canalizar estas peticiones, desarrollar las que sean viables, y supervisar su correcto desarrollo.

En España buscamos financiación o donaciones en especie. Trabajamos con numerosos voluntarios Subsaharianos que en sus continuos viajes al país nos transportan pequeños paquetes y nos rinden cuentas de la evolución de la situación. Desde el principio hemos querido que todas estas actividades sean voluntarias, destinando el 100% de los recursos a los proyectos. Esto quizá ralentice un poco las actividades, pero pensamos que una ONG debe ser fruto de la voluntad de las personas y desde F.A.SUB. Queremos aprovechar nuestra situación estratégica puente entre África y Europa para trabajar juntos aprovechando los recursos que ambas Realidades nos ofrecen.

EJES DE TRABAJO

AREA SALUD-----Programa prevención--(2 proyectos)

Programa diagnosis---- (1 proyecto)

Programa curación----- (2 proyectos)

AREA DESARROLLO--- Dotación de medios (5 proyectos)

Dotación de infraestructuras (1 proyecto)

AREA INFANCIA-----Educación ----- (1 proyecto)

Orfanatos ----- (1 proyecto).



PROYECTO

CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO DE UN CENTRO HOSPITALARIO EN NKPWANG SANGMELIMA CAMERÚN



ORIGEN DEL PROYECTO

El proyecto surgió después de varias reuniones entre GIC DES REALISATIONS AGROPASTORAL (GICRAP) CAMERÚN. Y la FUNDACIÓN AFRICANA SUBSAHARIANA (F.A.SUB.) ESPAÑA.

(GICRAP) plantea el gran problema de carencia de atención médica adecuada en la región. Además preocupa en demasía que en el centro de salud más cercano, los diagnósticos se realizan sin poder contar con la ayuda de análisis clínicos previos, lo que conlleva a tratamientos de corta o larga duración insuficientes o erróneas. Complicando la situación, además de la tremenda dificultad e imposibilidad de muchos pacientes de desplazarse los muchos kilómetros necesarios para llegar a un centro medico.

PROYECTO GENERAL

El proyecto general que F.A.SUB y GICRAP pretenden hacer realidad a corto y mediano plazo, es la construcción de hospital con instalación adecuada para poder dar cobertura medica en todas las especialidades a la gran población carente de estos servicios básicos en NKPWANG (Sangmelima) Camerún.

PROYECTO PRIMARIO

PRIMERA FASE

Para paliar las necesidades básicas y urgentes de la población de NKPWANG (Sangmelima) CAMERÚN, en atención medica, se acordó Construir instalaciones adecuadas, dotadas del equipamiento necesario para su funcionamiento.

Este objetivo en concreto busca que los médicos puedan realizar diagnósticos acertados y recomendar tratamientos eficaces. Por ello se acordó entre F.A.SUB, en España y GICRAP en Camerun, instalar de manera inmediata y en **PRIMERA FASE**:

CONSTRUCCIÓN DE INMUEBLE PARA ALBERGAR:

- CONSULTORIOS DE MEDICINA GENERAL
- CONSULTORIO DE EMERGENCIAS
- CONSULTORIO DE PEDIATRIA
- CONSULTORIO DE GINECOLOGIA
- CONSULTORIO DENTAL
- LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
- LABORATORIO DE RADIOLOGIA.
- FARMACIA
- HABITACIONES PARA INGRESO DE PACIENTES.



PLAN DE ACTUACIÓN

1.- ACTIVIDADES A DESARROLLAR

1.a) HABILITACIÓN DEL INMUEBLE – El inmueble se construirá según las directrices establecidas en la región o comunicada desde Sangmelima.

1.b) ORGANIZACIÓN – GICRAP se encarga de supervisar la buena marcha de las obras así como de controlar los proveedores, obreros, presupuestos de la obra y compra de material de construcción. Así mismo los responsables locales de F.A.SUB. Harán constantes informes de la marcha del proyecto y coordinara con GICRAP en la supervisión del mismo.

1.c) BUSQUEDA DEL PERSONAL Y DEL EQUIPAMIENTO – El personal que atenderá el hospital será local. GICRAP es la encargada de seleccionar a los candidatos. El equipamiento es responsabilidad de F.A.SUB, que debe conseguir el material y enviarlo. Debido a la envergadura del proyecto, hemos dividido al mismo en **DOS FASES** de ejecución, según vayamos consiguiendo financiación. A saber:

PRIMERA FASE – CONSTRUCCIÓN DEL INMUEBLE Y SU DEBIDO EQUIPAMIENTO.
SEGUNDA FASE – CONSTRUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO FINAL DEL RESTO DEL HOSPITAL.

1.d) ENVIO DEL MATERIAL, MONTAJE Y PUESTA EN MARCHA.

A menos que consigamos financiación completa del proyecto, el material se enviara en función de la fase en que se encuentre el centro y por el medio que se considere más idóneo.

SISTEMA DE RECAUDACIÓN DE FONDOS

- subvenciones
- actividades destinadas a la recaudación de fondos (F.A.SUB)
- recursos propios de GICRAP
- patrocinadores

ESTUDIO ECONÓMICO DEL PROYECTO

FINANCIACIÓN:

Para la financiación de esta primera fase, la Fundación Africana Subsahariana cuenta en gran parte con las actividades que se realiza a lo largo del año, tal como Ferias con el Mercado de las Culturas, subvenciones y donaciones.



El proyecto del Centro Hospitalario de **NKPWANG** en Camerun presenta el siguiente:

INGRESOS:

- Actividades F.A.SUB.
- Aportación Contra Parte Local.
- Subvenciones (solicitada).
- Patrocinadores.

GASTOS:

- Terreno.
- Construcción.
- Instalaciones.
- Maquinarias.
- Mobiliaria.
- Ambulancia.
- Envío Container.
- RR.HH.
- Viajes.
- Publicidad/Difusión.
- Material Fungible.
- Mano de obra

Fundamentación de la viabilidad técnica del proyecto:

Son varios los motivos que acreditan la viabilidad técnica del proyecto:

- Disposición de un terreno propiedad de la Asociación local para la construcción del Centro.
- Colaboración y aprobación del proyecto de las autoridades locales
- Intervención directa en el Proyecto de otras ONG.

Participación de los Beneficiarios:

El pueblo de **NKPWANG** y su alrededor manifiesta la necesidad de la creación de un centro de asistencia sanitaria (centro hospitalario) donde se puedan realizar actividades sanitarias básicas y pequeñas intervenciones, así como la prevención, mediante la conveniente información a la población, de enfermedades comunes y más fáciles de erradicar.

La mano de obra para la construcción del edificio, el profesorado para la formación, etc. que existen ya en la localidad, colaborará en la realización y ejecución del centro.

Breve descripción de las partidas más importantes

Terreno: Propiedad de la contrapartita local GICRAP que aporta al Proyecto, es un terreno de más de 3000 hectáreas que permite la ampliación futura de las instalaciones.



Construcción: En esta partida se incluye la mano de obra que es local y la aporta la Contraparte Local GICRAP del proyecto, así como el material básico de construcción que se adquirirá en Camerún.

Instalaciones: Sistema de iluminación y fontanería. Se adquiere en CAMERÚN con excepción de las tuberías de conducción de agua al considerarse que la norma europea de fabricación es más segura.
Maquinaria: Adquisición en ESPAÑA de determinada maquinaria como son: generador eléctrico para suministrar energía eléctrica de maquinarias para la obra, hormigoneras, grúas de construcción, andamios, utillaje de construcción, tuberías así como caldera industrial, bombas de agua y pala mecánica. También se incluye en este capítulo elementos de construcción no disponibles en Camerún o de baja calidad, como pueden ser los aislantes, tejas para techumbre, baldosas y losados Así como tuberías de conducción de agua. (Toda esta maquinaria y herramientas es conveniente llevarlas desde España ya que la misma maquinaria en CAMERÚN elevaría el presupuesto considerablemente).

Envío de Container: Transporte de la mercancía desde ESPAÑA a CAMERÚN.

Recursos Humanos: La fundación F.A.SUB. Contratará para prestar sus Servicios en el Hospital médicos, pediatras, y ayudantes Técnicos Sanitarios procedentes de alguna organización no gubernamental sanitaria que presenten su candidatura.

Viajes: Se prevén varias visitas de coordinación del proyecto desde España a la localidad de construcción del Centro Hospitalario (NKPWANG).

CLIENTES Y TARIFAS.- Los servicios del Hospital no pueden ser gratuitos ya que el mantenimiento del mismo, implica un gasto continuo alto. Se aplicarán tarifas bajas, adecuadas al bajo poder adquisitivo de la población (bien más simbólico), que en ningún caso sea privativo el uso de los servicios médicos.

FARMACIA.- La farmacia tendrá un servicio de venta de medicamentos a muy bajo coste (simbólico), para que sean accesibles para toda la población, ya que en el índice de pobreza es alto.

VOLUNTARIADO.- Una vez completadas todas las fases, se solicitarán voluntarios de cualquier país que desee colaborar durante un tiempo con el laboratorio. Tendrán alojamiento y manutención a cambio de su trabajo.

CONVENIOS DE COLABORACIÓN

Se buscarán convenios de colaboración con entidades ya establecidas que permitan la renovación de conocimientos del personal del Centro Hospitalario. También se buscará patrocinios con respecto al material fungible que permitan su continua provisión.



OBJETIVOS Y FINALIDAD DEL PROYECTO

LOS OBJETIVOS SON VARIOS, A SABER:

- Paliar las muchas necesidades básicas y urgentes de la población de NKPWANG Y su alrededor al sur de Camerún en atención médica.
 - Erradicar los problemas de diagnósticos existentes actualmente.
 - Reducir la alta tasa de mortalidad actual especialmente en la niñez.
 - Proveer tratamientos adecuados a los enfermos.
 - Efectuar un seguimiento correcto de los tratamientos de los enfermos.
 - Proveer medicamentos adecuados a bajo coste y al alcance de la gran población desfavorecida.
- En general brindar un servicio medico integral digno a la población de NKPWANG y alrededor.

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN: ANÁLISIS DEL PROBLEMA

PROBLEMA EJE:

Elevado número de enfermos que no consiguen curarse

Este fue el problema detectado por la ONG local GICRAP en año 2004, al darse cuenta de que en las consultas de atención primaria, los pacientes no conseguían vencer a sus respectivas enfermedades con la facilidad que aparentemente deberían hacerlo bajo una supervisión médica.

El trabajo sanitario diario y voluntario que realiza esta asociación con la población local, requiere de un espíritu voluntarioso para la lucha contra la enfermedad, espíritu que sus colaboradores veían mermado a menudo por la falta de resultados más esperanzadores. Buscando Soluciones a esta situación dedicaron el año 2006 a cuantificar los pacientes curados de los no curados, a la vez que contactaron con FASUB para ver que se podía hacer. Durante un año se contabilizaron los resultados de los respectivos tratamientos en pacientes enfermos. No se tuvieron en cuenta los tratamientos por heridas accidentales (cortes, golpes, quemaduras...), ni por dolencias Circunstanciales y pasajeras (dolores de muelas, intoxicaciones,...), ni los partos y sus neonatos, y los resultados fueron los siguientes:

- 32% murió
- 43% cronificó su situación sin llegar a morir
- 9% se curó
- 16% sólo realizó una visita y ya no volvió



CAUSAS

1-DIFÍCIL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS CAROS

El precio de los medicamentos resulta una barrera para aquellas familias que no disponen de suficientes medios. Los medicamentos deben pagarlos cada cual de su bolsillo ya que no existe ningún tipo de prestación social para ello. Tampoco hay control de precios de venta, con lo cual el enfermo queda a expensas del vendedor. Debido a la escasez de medicamentos en condiciones, la demanda de los mismos es muy elevada, con lo cual el vendedor, que no suele poseer un gran stock, acostumbra a vendérselos a quien mejor le pague.

POCA DISPONIBILIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

Los vendedores disponen de un stock siempre insuficiente. Y la espera para un medicamento que debe llegar siempre de fuera es habitual. No hay una política estatal que controle las farmacias, que son consideradas como un comercio privado que se provee por su cuenta riesgo de los productos de su venta. La demanda siempre supera a la oferta.

MEDICAMENTOS EN MAL ESTADO

Esta demanda permanente de medicamentos provoca la aparición en el mercado de medicamentos falsos o caducados, que se venden en puestos ambulantes a precios mucho más bajos que el de las farmacias. En su mayoría son inocuos y no sirven para nada, pero también hay los que directamente son veneno para un cuerpo debilitado ya de por sí por alguna dolencia. El tráfico de medicamentos falsos es un problema muy grave, fabricados la mayoría en Nigeria, traspasan la frontera por Camerún y se distribuyen con suma facilidad, sorteando la escasa oposición y control de la autoridad estatal.

2-ELEVADOS COSTES DE TRATAMIENTO

En Camerún no hay seguridad social ni privada. Los gastos derivados de un tratamiento a un enfermo los costea el mismo enfermo. No sólo los medicamentos y las visitas de los facultativos, sino también las estancias en el hospital y su manutención mientras dure el ingreso, así como todos los costes de desplazamiento, tanto del enfermo como de la familia acompañante. Costes incrementados cuando la enfermedad no se cura y se prolongan las estancias en el hospital o el número de visitas al médico. La mayoría de familias, no pueden hacer frente a este tipo de desembolso económico, que más elevado es el coste cuanto más alejada está la casa familiar del centro sanitario. La atención médica no está ni mucho menos generalizada en todo el territorio y el acceso a ella requiere de un gran esfuerzo físico y económico por parte de toda la familia.



3-ENFERMOS FUERA DEL SISTEMA MÉDICO MODERNO

Hay un tipo de enfermos que no acuden a los centros sanitarios. Son enfermos no contabilizados pero existentes que constituyen un foco de transmisión de enfermedades contagiosas. A menudo son familias muy alejadas de los centros sanitarios o bien decepcionadas por la poca efectividad de los mismos. Suelen ser enfermos que adoptan comportamientos de riesgo al ignorar la gravedad de su enfermedad y contribuyen a la expansión de la misma. Provocando el riesgo a las comunidades cercanas o personas de paso que puedan contagiarse y contagiar a su vez mediante viajes a los países del mundo.

4-PROBLEMAS DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICOS ERRÓNEOS

Los diagnósticos “a ojo” son la tónica general cuando no se dispone de medios para realizarlos científicamente. Esto provoca evidentes confusiones cuando unos mismos síntomas responden a enfermedades diferentes. Un diagnóstico erróneo deja de curar la enfermedad existente y puede provocar una intoxicación al paciente al recetarle unos medicamentos que no corresponden a su verdadera dolencia. Además implica una mala gestión de los escasos medicamentos disponibles. El error médico que no cura al paciente provoca desconfianza y esto se refleja en un abandono de las consultas.

DIAGNÓSTICOS TARDÍOS

Al no disponer de métodos científicos de análisis, el médico no puede identificar una enfermedad en sus primeros estados. A menudo sucede que cuando ya se puede realizar el diagnóstico mediante una simple exploración, la enfermedad está en una etapa avanzada, mucho más difícil de curar, con los consiguientes aumentos de los costes para la familia y el gasto mucho mayor de los recursos así como el empleo de dosis de medicamentos más elevadas para una sola persona. Cuando el paciente después de haber sido diagnosticado, tratado con medicamentos y bajo vigilancia médica, de todos modos no logra superar su enfermedad, la familia no se muestra dispuesta a repetir la operación por algún otro familiar en una situación similar y queda en la población, la sensación errónea de que los médicos “no sirven”, con lo cual se aumenta la desconfianza en el sistema sanitario moderno.

Por lo que haremos también campañas de concientización a la población y alrededores.

CONSECUENCIAS

1-FRACASO DE LA LUCHA CONTRA LA ENFERMEDAD

Es evidente que la falta de curaciones supone un retroceso en la lucha contra la enfermedad, ya que al no conseguir curar al individuo este continúa contaminando a su entorno y transmitiendo la enfermedad inconscientemente a toda su familia, comunidad y mundo entero.



2-MERMA DE LA CALIDAD DE VIDA INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COLECTIVA.

Cuando la enfermedad llega a término, el paciente que no ha muerto puede quedar incapacitado de por vida. Ambos casos destruyen las redes sociales y dificultan el progreso. En el caso de que el enfermo muera, puede que le acompañen también otros miembros de la familia, con lo cual los supervivientes podrían quedar desamparados. La unidad familiar se desestabiliza y con ella el primer escalón de la cohesión social. La desaparición de individuos socialmente valiosos, también trunca muchas expectativas de progreso y mejora, ya que suelen ser individuos que actúan de motor en su entorno y su desaparición frena las expectativas de futuro de sus coetáneos. Todos estos factores provocan un bloqueo del progreso social y económico, desestabilizando la unidad familiar, provocando pérdidas de individuos socialmente valiosos, frenando las expectativas de futuro, derrochando esfuerzos y bloqueando iniciativas. En definitiva configuran un mapa de muy baja calidad de vida.

3-INEFICIENCIA DEL SISTEMA SANITARIO

PÉRDIDA DE CREDIBILIDAD

Parece evidente que una medicina que no cura, difícilmente obtendrá adeptos. El médico impotente ante un tratamiento erróneo solo puede ver como todos sus conocimientos caen en saco roto al no ser capaz de solucionar determinados casos. La pérdida de credibilidad provoca en ocasiones que las consultas se realicen en situaciones ya terminales y desesperadas donde ya no se puede hacer mucha cosa.

DESPILFARRO DE RECURSOS

Diagnósticos inadecuados provocan una aplicación de recursos sanitarios inútil. Con lo cual se despilfarran los escasos recursos disponibles al aplicarse sobre una enfermedad inexistente, a su vez, aquel que realmente sufre esta enfermedad, puede que no llegue a tener acceso a esos recursos que son siempre insuficientes

POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN: ANÁLISIS DEL OBJETIVO Y ALTERNATIVAS

OBJETIVO PRINCIPAL:

Reducción del número de enfermos que no consiguen curarse

Reduciendo el impacto negativo de los factores anteriormente citados la situación debería repetir inmediatamente en una mejora de los índices de curación. Puesto que cada uno de estos factores incide a su manera, la sola intervención en uno de ellos debería ya notarse. No obstante, cada uno de ellos ofrece posibilidades de intervención por separado que cabe reseñar a continuación:



CAUSAS QUE CONLLEVEN A LA CONSECUCCIÓN DEL OBJETIVO PRINCIPAL

1-MEDICAMENTOS ACCESIBLES

No cabe duda que una vez recetado el medicamento correcto y entrando el paciente en tratamiento farmacológico regular, una gran cantidad de dolencias desaparecen simplemente derrotadas. Para ello son necesarias algunas premisas:

MEDICAMENTO RECETADO CORRECTAMENTE

Para ello solo es necesario identificar correctamente la dolencia que se sufre. De ello hablaremos mas adelante al tratar del laboratorio de análisis.

MEDICAMENTOS A BAJO COSTE O GRATUITOS

Para rebajar los costes de los medicamentos una posibilidad sería fabricarlos en el mismo CAMERÚN. Otra es sacarlos del circuito mercantil, sea por intervención estatal sea por intervención de ayuda humanitaria. Y finalmente la tercera posibilidad sería copar el mercado de medicamentos haciendo que la oferta fuera superior a la demanda.

ABASTECIMIENTO PERIÓDICO Y SIN INTERRUPCIONES

Para poder disponer de los medios para un tratamiento profesional del enfermo es indispensable que este pueda disponer de los medicamentos en el momento y durante el tiempo que requiera la lucha contra su enfermedad. Sólo puede realizarse con ayuda estatal o humanitaria, mientras los medicamentos siempre vengan del extranjero. En el caso que se fabricara en CAMERÚN el abastecimiento debería ser mucho más sencillo. Tanto en un caso como en otro, convendría conectar todas las Farmacias del país y centros sanitarios, en una red de abastecimiento que distribuyera equitativamente los medicamentos sin desabastecer a nadie.

REGULARIDAD EN EL TRATAMIENTO

La labor en este punto sería de concienciación del paciente de las normas a seguir para curarse, mostrando resultados, fomentando una confianza del paciente hacia la medicina y a los médicos.

DESAPARICIÓN DE LOS FALSOS MEDICAMENTOS

La erradicación del mercado de estos medicamentos, se conseguiría primero bajo una política menos permisiva en cuanto a su venta, y luego gracias a una demanda en descenso continuo a causa de la accesibilidad de los medicamentos legales.



2-PROXIMIDAD DE LOS CENTROS DE SALUD Y LANZADERAS.

Es evidente que la cercanía geográfica a los servicios sanitarios facilita que la población acuda a ellos. Por una razón de logística y también por una razón económica. Una atención médica correcta proporciona resultados inmediatos, con lo cual el aumento en el número de centros de salud repartidos por el país, repercute en un aumento de visitas y de curaciones.

Sería un paso de acercamiento de la medicina moderna a los habitantes de zonas alejadas de la capital. Con la realización de (lanzaderas médicas) a pueblos alejados incluso de la capital de prefectura, con carreteras sin asfaltar. Estas lanzaderas acercarían los médicos a la población, permitiéndoles el acceso a una atención sanitaria.

Esto se lograría con una ambulancia correctamente equipada.

3-CONFIANZA EN LA MEDICINA MODERNA

El enfermo debe acudir a un centro de salud para curarse, confiar en las indicaciones de su médico y respetar las obligaciones que le aconseje para superar su mal. Para ello es necesaria una confianza en este médico y en la medicina que representa, capaz de permitir actuar al paciente de manera responsable y regular. Para que así sea, deberían realizarse campañas de concienciación que sirvieran para convencer de la utilidad de la medicina moderna. Así no sólo reduciríamos el número de enfermos, si no también evitaríamos conductas de riesgo que contribuyen a la propagación de determinadas enfermedades e identificaríamos dolencias en fases donde todavía es posible la curación.

4-DIAGNÓSTICO CORRECTO

Todo lo dicho hasta ahora resulta inútil si el médico no es capaz de identificar la causa de la patología manifestada en el paciente, por la carencia de un laboratorio.

La elaboración de un diagnóstico correcto es premisa indiscutible para la posterior elaboración de un tratamiento adecuado para el paciente y para tomar las medidas de prevención oportunas para impedir el avance de la enfermedad entre los otros miembros de la familia en caso que sea contagiosa.

No sirve de nada acceder a un medicamento que no es el adecuado. Tampoco sirve de nada aumentar los centros sanitarios si los facultativos no pueden disponer de métodos de análisis científicos que les permitan identificar los causantes de la enfermedad.

No sirve de nada convencer a la población para que se visite si luego el médico no les puede informar de la causa real de sus males ni curarlos.

Es por esta razón que, buscando cumplir con el objetivo principal de reducir el número de enfermos que no se curan, pensamos que es preciso empezar a solucionar la situación por el principio, esto es, identificación del problema de salud que afecta al paciente que acude a un centro sanitario. Creemos que con el funcionamiento de un laboratorio de análisis clínicos este primer paso queda solventado. Ello permite realizar los siguientes pasos con la seguridad de que se realizan en la dirección correcta, dejando por fin de lado los tratamientos improductivos.



CONSECUENCIAS

La consecuencia más evidente parecería la consecución del objetivo principal, esto es, la reducción del número de fracasos en los tratamientos. Pero va mucho más allá.

1-MEJORA DEL NIVEL DE VIDA

La mejora general en los diagnósticos supone directamente una eficacia en los tratamientos que repercute en una mayor solvencia sanitaria. Con ello las poblaciones mejoran su nivel de salud y pueden dedicarse al progreso social.

2-FRENO A LA HUIDA DE CEREBROS

Uno de los dramas de África es su dificultad para retener a sus ciudadanos que consiguen tener una formación universitaria o técnico especialista. Los países africanos son conscientes de la importancia de la educación, pero los escasos recursos que invierten en ella en los grados superiores repercuten poco en el avance del país porque a menudo, individuos de una gran valía Científica encuentran en el extranjero la posibilidad de desarrollar fácilmente sus habilidades y con una mayor compensación económica que si hiciera lo mismo en su país.

El personal del laboratorio estará formado por técnicos locales, y a pesar de que serán en un número reducido, queremos destacar la humilde contribución del proyecto a este problema tangencial de escala mucho mayor.

3-IMPULSO AL DESARROLLO DE POLÍTICAS LOCALES DE IMPLICACIÓN:

ÉXITO DEL CODESARROLLO.

La filosofía del proyecto implica la plena participación de los agentes locales en el mismo con la ayuda financiera o logística de los agentes externos en este caso **FASUB**. Pero **FASUB** es una fundación formada mayoritariamente por africanos subsaharian@s residentes en España, con lo cual cerramos el círculo del codesarrollo.

No hay en la zona ningún proyecto de codesarrollo, y en la realización de éste sólo hemos encontrado facilidades, ya que ambos agentes (**GICRAP** y **FASUB**) hablan de igual a igual sin prejuicios ni Malos entendidos.

Creemos que el éxito del proyecto demostrará la eficacia del sistema y animará a otros colectivos a presentar proyectos parecidos.



5.- ALCANCE GEOGRÁFICO



CAMERÚN está situado en el golfo de Guinea, sobre una superficie total de **475.442 Km. cuadrados** se reparten sus **16.5 millones** de habitantes. El territorio está configurado de muy distintas formas ya que comprende desde un norte de sabana casi desértico que linda con el **LAGO CHAD**, al sur boscoso de la selva ecuatorial. En este sur boscoso esta situada su capital **YAUNDÉ**.

La división territorial del país consiste en **10 provincias** divididas a su vez en departamentos. El departamento de **Dja y Lobo**, el más interior de la provincia del Sur, tiene como capital a **SANGMELIMA**

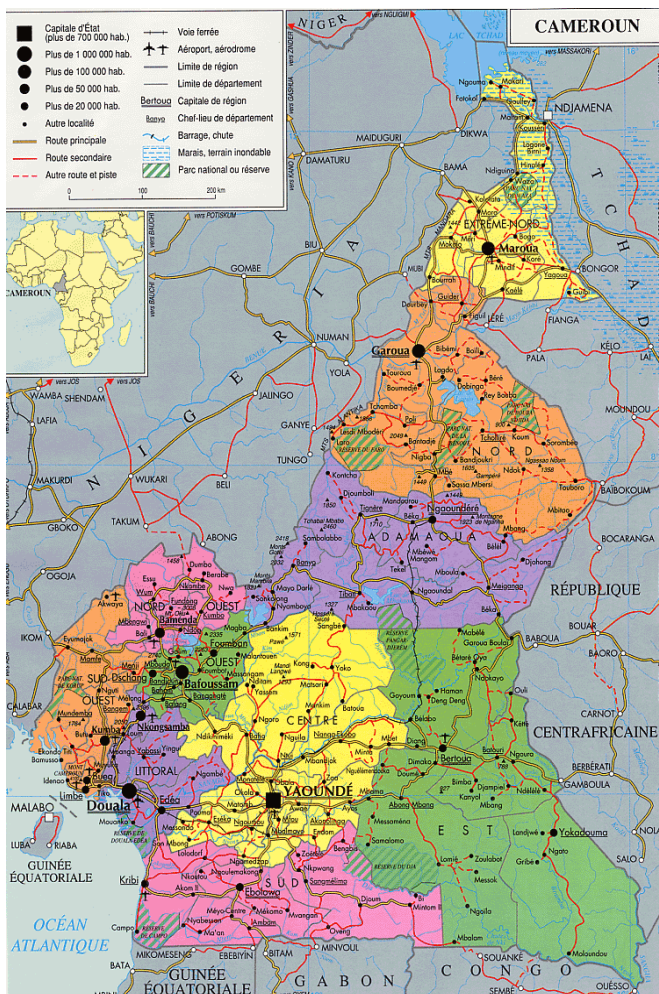
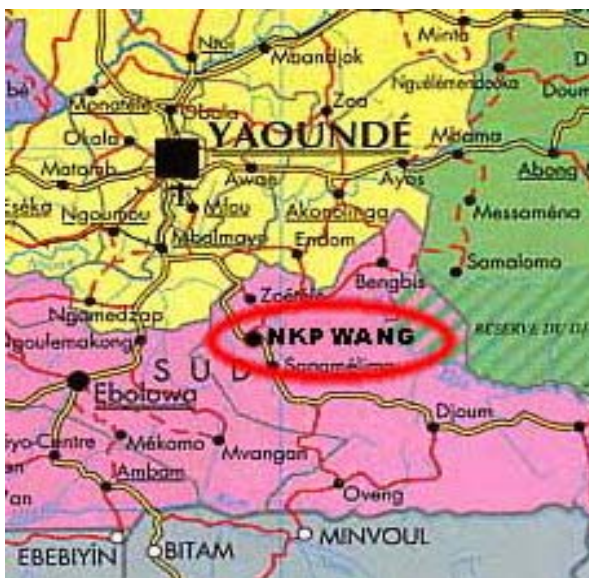
SANGMELIMA, es una ciudad en crecimiento de aproximadamente **150.000 habitantes**, es la ciudad mas grande en **125 Km.** a la redonda y supone un motor de progreso para las zonas rurales del interior.





Nkpwang Sangmelima (Dja & Lobo) Camerún, campamento de jóvenes, fundado en 1962 por el “Círculo Nacional de Jóvenes Agricultores de Camerún”. **Vista parcial del lugar donde irá ubicado el proyecto**

Rodean a **SANGMELIMA** un gran número de pequeñas poblaciones que se remiten a ella para su aprovisionamiento. Debemos recorrer esos **125Km.** para llegar a **EBOLOWA** o **MBALMAYO**, las siguientes capitales de sus respectivos departamentos



La capital del país, **YAUNDÉ**, dista casi **200km.** La estratégica situación geográfica de **SANGMELIMA** la convierte en una ciudad donde se mezclan dos realidades: por un lado la vida rural en la selva que desarrollan los habitantes de las numerosas pequeñas poblaciones que la rodean y por el otro lado la vida urbana que le conecta con **YAUNDÉ**, **MBALMAYO** y **EBOLOWA** por carreteras asfaltada.



En este radio de acción de **SANGMELIMA**, hay pequeños hospitales y centros de salud que ofrecen sus servicios a quienes se acercan a ellos. Pero faltos de un centro especializado en análisis clínicos, caen en el error diagnóstico con facilidad

La instalación de un centro con laboratorio en **NKPWANG (SANGMELIMA)**, cubriría las necesidades de una zona amplísima. Si sumamos las poblaciones, no ya de **100Km.** a la redonda, sino de **50Km.**, dan aproximadamente **300.000 habitante**



CONTEXTO

1-CONTEXTO POLÍTICO Y SOCIAL

El actual territorio del CAMERÚN fue antigua colonia **ESPAÑOLA, ALEMANA, FRANCESA e INGLESA**. Accediendo a la independencia desde principios de 1960, será la fecha del 20 de mayo de 1972 la que marcará la actual historia del país, ya que a partir de ese día se configura el actual territorio como una república unida. El 20 de mayo es el día de la fiesta nacional.

Desde esa fecha CAMERÚN ha tenido dos presidentes. CAMERÚN posee dos lenguas oficiales: el Francés y el Inglés, si bien la zona francófona comprende prácticamente el 78% del territorio, el país se esfuerza en mantener un bilingüismo oficial. Lenguas locales hay más de 250, así como grupos étnicos distintos. La capital política es YAUNDÉ y cuenta con una población sobre los 1,3 millones de habitantes. DOUALA, con su puerto, es la capital económica con 1,5 millones de habitantes.

Hay otras 13 ciudades que superan los 100.000 habitantes. La población urbana aumenta anualmente un 3,1% en detrimento de la rural. Existe una coexistencia pacífica entre la multitud de prácticas



religiosas existentes, si bien un 35% de la población es católica, un 25% son musulmanes, un 15% son protestantes, el 25% restante practican religiones tradicionales o bien creencias importadas de poca repercusión.

2-NIVEL DE VIDA

El indicador de pobreza humana es de 35.6% de la población en 2004, según PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo). La pobreza es más marcada en las zonas rurales (70%).

La pobreza urbana toca cerca de 2 millones de personas, esencialmente en Yaundé y Douala, el 50% de los hogares no tiene acceso a la electricidad, y un tercio tampoco al agua potable. La ausencia de un sistema colectivo de saneamiento se traduce por el desarrollo de enfermedades como la malaria, enfermedades intestinales o el cólera.

La tasa de desempleo sobrepasa el 35% en Yaundé y en Douala. Únicamente un cuarto de los hogares urbanos posee una nevera y un décimo de los mismos, un congelador. El coche sólo es accesible a un 5% de la población, un 7% tienen una moto y un 17% una bicicleta, el 75% de los hogares utilizan la madera como elemento de combustión para la cocción de los alimentos. Con un indicador de desarrollo humano del 0.506 sobre 1 (PNUD), Camerún se sitúa, según los datos del 2006, en el rango mundial número 144 sobre un total de 177.

3-SANIDAD

La media anual de gasto sanitario por habitante por parte del estado es de 60 euros para los habitantes de la ciudad y de 20 para el rural. El instituto nacional de estadística (INS), estima que sólo el 15% de los cameruneses tienen acceso a una medicina moderna (2001). Según el informe 2006 de

la OMS (organización mundial de la salud) había en Camerún en el 2004:

- 3124 médicos
- 26000 enfermeras
- 147 dentistas
- 700 farmacéuticos

El Orden Nacional de Médicos da una cifra de 4500 médicos. La facultad de medicina y de ciencias biomédicas de YAUNDÉ, acoge un centenar de estudiantes de primer año. El gobierno ha anunciado en 2006 la obertura de 2 nuevas facultades de medicina.

Los mayores hospitales ofrecen entre 300 y 500 camas, así el HOSPITAL GENERAL DE YAUNDÉ (300), el CHU de YAUNDÉ (500), el Hospital general de Douala (300), HOSPITALA CENTRAL JAMOT de YAUNDÉ (300), HOSPITAL LAQUINTINIE de DOUALA (300). Hay distribuidos por el país pequeños hospitales provinciales que pueden ofrecer entre 100 y 200 camas, y al menos 1 médico. Un total de 1690 centros de atención sanitaria pertenecen al sector público (1 para 5000 a 10000 habitantes). Las enfermedades más frecuentes con potencial epidémico son: la fiebre amarilla, el cólera, la meningitis cerebro-spinal, la rubéola, la disentería bacilar, la tripanosomiasis, la malaria. La malaria representa un 45% de las consultas médicas, 23% de las hospitalizaciones, 40% de las muertes en niños menores de 5 años y una inversión del 40% del presupuesto sanitario. El sida tiene una tasa del 5,5% entre la población de 15 a 49 años, repartida con un 6,8% para la población femenina y el 4,1% para la masculina.