

Progetto triennale 2005-2007

GRUPPO SANITARIO MOBILE **NEL CHACO BOLIVIANO**

TITOLO

Gruppo Sanitario Mobile nel Chaco Boliviano

RESPONSABILI DEL PROGETTO

P. Tarcisio Ciabatti – Coordinatore della Convenzione Sanitaria.

ORGANIZZAZIONE RICHIEDENTE

Convenzione del Ministero della Sanità - Vicariato Apostolico di Cuevo.

Av. Sargento Maceda s/n

Cassella postale N. 20

Telefono: N. 0952 – 2147

Fax: N. 0952 – 2147

e-mail: convenio@cidis.scbbs-bo.com

Camiri (Santa Cruz) BOLIVIA

PERSONALITÀ GIURIDICA

La Convenzione Sanitaria (“Convenio de Salud”) dipende dall’Opera pastorale sociale del Vicariato Apostolico di Cuevo. Il Vicariato Apostolico di Cuevo è una Personalità Giuridica N. 06931 della Conferenza Episcopale Boliviana.

CONTESTO NAZIONALE, REGIONALE E SETTORIALE

FASI STORICHE FONDAMENTALI DEL PAESE, CARATTERISTICHE GEOGRAFICHE, CLIMATICHE E FISICHE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA REGIONE DEL CHACO.

La presenza delle prime popolazioni sul territorio Americano risale a un periodo compreso tra i trenta e i dieci mila anni fa. Gli insediamenti umani si installarono nelle zone orientali dell’America meridionale risalendo il corso dei grandi fiumi (Rio delle Amazzoni, Rio Grande o Guapay, Pilcomayo, ecc.). Dal 1600 a.C. al 1430 d.C. si svilupparono culture differenti, fino alla conquista e dominazione degli attuali territori dell’altopiano e delle valli andine da parte degli Incas fino al 1535, data che segnò l’arrivo dei “conquistatori spagnoli”. Nel 1542 inizia l’esplorazione del “*cerro rico*” di Potosì. Nel 1559 fu fondata la Real Audiencia de Charcas che dipendeva dal Vicereame di Lima.

Dopo alcuni anni di guerriglia e di battaglie politiche e militari, a cui parteciparono anche i popoli nativi tra i quali vanno inclusi i Guaraní, il maresciallo Antonio José de Sucre diventò comandante delle truppe patriote. Nel Trattato di Pace del 1825 viene citato un congresso delle cinque Province dell’Alto Perù, che in seguito si riunì in Charcas (infine chiamata *Sucre* in onore del maresciallo di Ayacucho), e che il 6 Agosto dello stesso anno proclamò l’Indipendenza ed elesse il primo presidente, il maresciallo Simon Bolivar (da cui deriva l’attuale nome di Bolivia). Da questo momento in poi vi fu un’interminabile successione di dittature militari, interrotte solo da brevi periodi di governi civili, fino al 1982. In questo periodo d’alterne vicissitudini politiche e militari, ci fu anche la Guerra del Pacifico (1879 – 1884), nella quale la Bolivia perse 90.000 Km² e il suo sbocco sul mare; la Guerra di Acre (1903), nella quale perse 191.000 Km² con il Brasile, la Guerra di Chaco (1932 - 1934) nella quale perse 60.000 civili, la maggior parte dei quali appartenevano alla popolazione nativa; la perdita territoriale a favore del Paraguay fu di 243.000 Km², superficie interamente nel territorio del Chaco.

La regione del Chaco è l'area in cui si era insediato il medico e guerrigliero Ernesto "Che" Guevara, per guidare la guerriglia alla fine degli anni sessanta e le cui aspirazioni finirono in una sanguinosa repressione dopo la sua morte in Vallegrande. Alla fine del 1982 si inaugura un nuovo periodo democratico, con un governo costituzionale che continua fino ad oggi.

La Bolivia ha una superficie di 1.098.581 Km², dei quali il 15% è rappresentato da altipiani, il 20% da catene montuose e da valli andine e il restante 65% da pianure.

Con il nome di "Chaco" si definisce la regione geografica che comprende parte del bacino della Plata e di quello del Rio delle Amazzoni. Non esiste ancora una risposta esauriente sull'origine del nome utilizzato per indicare questa ampia regione dell'America meridionale. Padre Locano, nella sua famosa opera *Descripción Chorográfica del Gran Chaco Gualamba*, sosteneva che l'etimologia della parola Chaco indicasse la moltitudine di nazionalità che popolavano la regione; in nessuna parte della sua opera viene però indicata l'origine idiomatica di questa parola, benché ci sia chi le assegni un'origine *quechua* (Chacu).

Molti hanno sostenuto l'origine *quechua* di questo termine; in effetti "Chacu" indicava un tipo di caccia praticata dai "Figli del Sole" (Incas). Padre Tommasini confermando questa interpretazione nella sua opera *La Civilización Cristiana del Chaco*, segnalò che il famoso avventuriero Inca Guancané aveva cercato di conquistare la regione a nord del Parapetí dove si stabilì e introdusse questo tipo di caccia, originaria della sua patria nativa, con il nome di Chacu. Altri ritengono che l'origine della parola Chaco sia *aymara*, che in spagnolo significa *tierra de alfarería* (terra da vasellame), cioè terra speciale per la fabbricazione di oggetti in argilla.

Non bisogna dimenticare che alcune parole *mataguayo* – *mataco*, nella loro radice, sono di origine *aymara*.

La regione del Chaco si divide in tre importanti aree: Boreale, Centrale e Australe. Il Chaco Boreale e centrale, durante il periodo coloniale, faceva parte dell'Alto Perù, amministrato dalla Real Audiencia de Charcas. Il Chaco Boreale è il territorio compreso tra i fiumi Pilcomayo e Paraguay appartenuto alla Bolivia dalla sua nascita come stato indipendente (1825) e che venne ceduto per la maggior parte al Paraguay, come conseguenza della Guerra del Chaco, in seguito al trattato del 21 Luglio 1938. Quando venne fondata la Repubblica della Bolivia il 6 Agosto 1825, sopravvisse la suddivisione politica in Dipartimenti e Province in uso nel territorio dell'Alto Perù. Per ciò che si riferisce alla regione del Chaco, nella successiva riorganizzazione del suo territorio, la Bolivia istituì nel Dipartimento di Chuquisaca, la nuova provincia di Azero (Decreto Supremo del 13.10.1840) con capitale Saucés (oggi Monteagudo).

Nel novembre 1947 la Provincia Azero fu a sua volta suddivisa e furono costituite le Province Hernando Siles e la Provincia Luis Calvo. Con *Decreto Supremo* del 23.1.1826 fu creato il Dipartimento di Santa Cruz, denominando Provincia Cordillera la regione che appartiene al Chaco. Nel 1831 fu creato il Dipartimento di Tarija e nell'agosto 1876 venne istituita la Provincia del Gran Chaco. Nel processo di formazione degli stati dopo le guerre d'Indipendenza, la pianura del Chaco fu così suddivisa tra Bolivia, Argentina, Paraguay e Brasile.

Attualmente la regione del Chaco Boliviano comprende cinque province appartenenti a tre dipartimenti: Provincia *Hernando Siles e Luis Calvo* del Dipartimento di *Chuquisaca*, Provincia *Cordillera* del Dipartimento di Santa Cruz, Provincia *Gran Chaco O'Connor* del Dipartimento di Tarija. Quest'area è caratterizzata da una vasta pianura, interrotta dalla presenza di grandi dune stabili e avvallamenti. Ha una pendenza complessiva inferiore al 2% in direzione nord-est.

Le precipitazioni medie annuali variano tra i 450 e gli 800 mm con un periodo di piogge molto intense tra Dicembre e Marzo.

La temperatura media annuale è di 23° – 24°C, con valori massimi che raggiungono i 43°C e con valori minimi vicini allo 0°. La regione è attraversata da molti fiumi che garantiscono attività ittiche e arricchiscono il suolo di sostanze utili alle coltivazioni agricole. Il suolo è vasto e differente nella forma e nel livello di sviluppo. Il sottosuolo è ricco di gas e di petrolio. La fauna boschiva del Chaco è composta da molte specie di mammiferi, uccelli, rettili e insetti. I mammiferi più comuni sono il giaguaro o tigre americana, il puma o leone americano, la volpe, il tapiro o “Anta” e il cervo.

La popolazione delle aree rurali è organizzata in comunità influenzate e caratterizzate dalla cultura Guaraní. Il popolo Guaraní ha innata la coscienza pratica del rispetto della natura, della qualità della terra e delle possibilità di sfruttamento del terreno: concetti assolutamente in linea con le tendenze e le analisi scientifiche dell’agronomo moderno. La casa non costituisce un’unità isolata, ma assieme alle altre costruzioni familiari, mantiene un’importante relazione con il cortile interno, a cui accedono le varie unità e dove si trovano le *tinajas* (specie di otri): il cortile interno è il luogo dove avvengono gli incontri, le feste, le riunioni. Sotto l’influsso tipico dei concetti di nazione e di stato caratteristici della cultura occidentale si può facilmente cadere nell’errore di considerare i Guaraní come se fossero un’entità unica: in realtà sono organizzati in *tentamì*, l’unità sociale di base che è rappresentata dalla famiglia o del gruppo dei parenti, e in *tentaguazu*, equivalente al concetto di comunità nel significato più ampio, cioè la somma dei *tantamì*, i nuclei sociali di base della cultura Guaraní.

Tuttavia esistono elementi comuni che li caratterizzano come popolo: l’idioma, l’appartenenza alla comunità della terra, la presenza dell’*ipaye* (sciamano) o guaritore, il senso e la pratica dell’autonomia vissuta democraticamente. L’autonomia proviene direttamente dal senso e dall’apprezzamento della libertà, forse il valore principale della società Guaraní. In ogni strato della società Guaraní, individuo – famiglia – comunità, possiamo individuare un livello specifico di autonomia.

Si potrebbe aggiungere che l’autonomia dell’individuo e della famiglia sanno armonizzarsi agli interessi del gruppo parentale attraverso un meccanismo d’alleanza (intesa come reciprocità, oltre che come solidarietà) tipico della vita tradizionale Guaraní. Allo stesso modo tale alleanza viene riprodotta a livello più esteso tra i gruppi che costituiscono la comunità. Il binomio autonomia–alleanza è quel concetto onnipresente che ci permette di comprendere il comportamento individuale e sociale dei Guaraní. Nelle guerre dei secoli scorsi, in cui erano implicati i Guaraní, non intervennero sempre tutti i membri della comunità e tutti i gruppi: sono molti gli esempi in cui determinati gruppi affermavano di essere liberi di non partecipare a una guerra, sebbene questa potesse essere molto importante. Questi elementi ci permettono di considerare le comunità Guaraní come sostanzialmente autonome, democratiche e *federali*. Nella società Guaraní la partecipazione di un individuo nel gruppo, o di un gruppo in un movimento maggiore si deve intendere “dal basso verso l’alto” e solo raramente al contrario.

Un altro importante gruppo etnico che popola la zona sud orientale (Provincia Gran Chaco) è costituito dai *Mataco Noctenes* (circa 2.000 persone), appartenente al più vasto gruppo dei *Mataco* che si attribuiscono il nome *Wenhayek*. Vivono in piccole comunità localizzate lungo il margine del Rio Pilcomayo come rifugio obbligato a causa dell’avanzamento dei coloni, stranieri e non, che usurparono le loro terre. Il clima semiarido rende ancora più difficili le coltivazioni delle poche terre che rimangono, che sono anche le meno fertili; perciò la popolazione si dedica essenzialmente alla pesca e all’allevamento di sussistenza.

La popolazione all'interno dei centri abitati invece è formata prevalentemente da meticci, discendenti dall'unione tra gli autoctoni e gli spagnoli ed a partire dalla metà del 1800 anche con tedeschi, italiani, arabi e, in misura minore, con altre popolazioni. Nella zona della Bolivia a cui si fa riferimento si possono considerare aree urbane nel senso socioeconomico-sanitario le città di Camiri, Yacuiba, Villamontes e Monteagudo: centri in cui, nonostante gravi lacune, esistono servizi igienici, sistemi di fognature, attività commerciali e piccole attività imprenditoriali, sedi d'istituzioni periferiche dello stato e delle associazioni e/o enti privati, infrastrutture e servizi tipici delle aree urbane.

Le città principali sono Camiri, capitale della provincia Cordillera e Yacuiba, capitale della Provincia Gran Chaco. Camiri, con 36.000 abitanti, è situata alla base dei primi contrafforti delle Ande ed è considerata la capitale petrolifera della Bolivia perché vi sono importanti pozzi petroliferi che hanno rappresentato un'occasione di lavoro per molte persone e contribuito all'urbanizzazione della città. Yacuiba, con 45.000 abitanti, è la città più grande della regione ed ha conosciuto un importante sviluppo demografico e di attività commerciali per la sua posizione strategica situata lungo la direttrice principale della strada Panamericana, al confine con l'Argentina.

IL CONTESTO POLITICO AMMINISTRATIVO

La Bolivia è una Repubblica a carattere unitario, di tipo presidenziale, indipendente dal 1825. Il Presidente della Repubblica viene eletto per suffragio universale diretto. Il Congresso (equivalente al Parlamento) è costituito dalla Camera dei Senatori e dalla Camera dei Deputati, che eleggono il Presidente della Repubblica nel caso in cui nessuno dei candidati ottenga la maggioranza assoluta dei voti popolari.

La Bolivia è suddivisa amministrativamente in nove Dipartimenti e in centoundici Province. La Capitale è la città di Sucre dove viene esercitato uno dei tre poteri: quello giuridico, però la sede del governo è nella città di La Paz, dove sono presenti il potere legislativo e il potere esecutivo.

I nove Dipartimenti che costituiscono la Repubblica della Bolivia sono: *Chuquisaca* con la capitale Sucre; *La Paz* la cui capitale è La Paz; *Oruro* e la sua capitale Oruro; *Potosì* con la capitale Potosì, *Cochabamba* con capitale Cochabamba; *Tarija* la cui capitale è Tarija; *Santa Cruz* e la sua capitale Santa Cruz de la Sierra; *Beni* e la sua capitale Trinidad e *Pando* la cui capitale è Cobija.

DATI DEMOGRAFICI, SOCIOECONOMICI E OCCUPAZIONALI

I dati che emergono dal censimento Nazionale del 2001, indicano che la Bolivia ha 8,1 milioni d'abitanti. Secondo i dati dell'Istituto Nazionale di Statistica – INE nel 2004 si calcola una popolazione di 8,9 milioni, con una densità di 8,09 persone per Km², che pone la Bolivia tra i paesi meno densamente popolati dell'America Latina con un livello medio di crescita annuale relativamente basso del 4,1%.

La popolazione è concentrata nell'altipiano, nella regione andina e nelle valli andine, dove si trovano rispettivamente il 45 e il 29% degli abitanti, mentre la pianura (nella quale si trova il Chaco) è la regione di maggiore estensione (65% del territorio nazionale) dove vive solamente il 26% della popolazione. Il 55% della popolazione è indigena, il 35% meticcia e il 10% di razza bianca. Tra le popolazioni native, quelle di idioma quechua sono le più diffuse 55%, seguite dalle popolazione di lingua aymara 40% e il restante 5% è suddiviso fra i vari gruppi etnici tra i quali c'è il Guaraní.

Le lingue ufficiali sono lo spagnolo, il quechua e l'aymara. La popolazione è in maggior parte cattolica, anche se negli ultimi tempi hanno avuto un incremento varie sette religiose.

Alcuni dati a livello nazionale evidenziano il livello di sviluppo socioeconomico attuale del paese: l'attesa di vita, alla nascita nel 2004, è di 64 anni, la mortalità infantile è del 110 per mille, il livello di alfabetizzazione degli adulti è del 79% (con notevoli differenze fra i sessi: 88% per gli uomini e 71% per le donne), la percentuale dei bambini iscritti al primo anno e che finisce la scuola elementare è del 60%, il reddito lordo pro capite è di 760 USD/anno (con una netta tendenza alla diminuzione). Solo il 51% della popolazione dispone di acqua potabile, con notevoli differenze tra aree urbane (78%) e rurali (22%); il 67% della popolazione può accedere a un qualche servizio sanitario (77% nell'area urbana, 52% in quella rurale).

SITUAZIONE SANITARIA

La situazione di notevole povertà che si presenta all'interno del paese, soprattutto nelle aree rurali, caratterizzate da forme di economia naturali di sussistenza, associata alla mancanza di educazione sanitaria, all'analfabetismo e al basso livello scolare, alle precarie condizioni delle abitazioni e alla mancanza di bonifica ambientale, caratterizza il quadro di povertà in cui vive la maggior parte della popolazione Guaraní e degli altri gruppi etnici.

Nella regione del Chaco, secondo i dati dell'*Unidad de Analisis de las Politicas Sociales* (UDAPSO), l'indice di povertà varia tra il 71 e il 93% nelle differenti province, con notevole differenza tra le aree urbane e rurali. In effetti, mentre in alcune zone dell'area rurale arriva anche al 100%, in città come Yacuiba e Camiri è rispettivamente del 52,4 e del 40%. La complessa trama di questi fattori, indicati qui solo sinteticamente, interviene ovviamente nel processo salute-malattia che si traduce a sua volta in una evidente problematica di sanità pubblica. Uno dei principali segnali di questa grave situazione è rappresentato dall'alto livello di mortalità infantile (con meno di un anno d'età): rispettivamente 78/1000, 74/1000 e 100/1000 nelle aree rurali dei dipartimenti di Santa Cruz, Tajira e Chuquisaca.

Le cause più frequenti di mortalità infantile sono la dissenteria (33%), le infezioni respiratorie acute (20%), la denutrizione cronica, la mortalità prenatale. Un altro indice importante è il livello di mortalità materna che è di 390 madri per 100.000 nati vivi (dati estratti dall'Inchiesta Nazionale di Demografia e Salute, ENDSA effettuata nel 1994). Il 46,6% dei decessi avvengono durante la gravidanza, il 28% durante il parto e il 25,4% durante il puerperio.

Tra le cause principali di morbidità e di mortalità generale emerge la denutrizione cronica (37% nelle aree rurali contro il 21% nelle aree urbane), la malattia di Chagas, la tubercolosi, la malaria, le infezioni da parassiti, le dissenterie infettive, le infezioni respiratorie.

La malattia di Chagas è uno dei principali problemi sanitari a livello nazionale, poiché si stima che 1.200.000 persone siano infettate dal *Tripanosoma cruzi* e che la malattia sia la causa del 13% di tutti i decessi a livello nazionale (OPS Bolivia, *La situación General de Salud y sus Tendencias*, 1994).

Una delle numerose ricerche realizzate dall'Università di Firenze, ha dimostrato nella provincia Cordillera una prevalenza dell'infezione del 73,5%, con differenze significative tra le zone urbane e rurali, dove risulta infettato l'86,4% della popolazione nativa.

La malaria costituisce un altro problema di salute pubblica, dato che il 40% della popolazione boliviana vive in un territorio ecologicamente idoneo alla presenza e persistenza del vettore (anofeli). La ricerca dell'Università di Firenze ha evidenziato nella provincia Cordillera, in seguito alla stagione delle piogge, una prevalenza del 25,7% di bambini infettati (*Malaria parasitological indices in the Cordillera Province, Santa Cruz Department, Bolivia, Annals of Tropical Medicine and Parasitology* 1992; 86 (3): 217-223). L'infezione da malaria, le infezioni parassitarie intestinali, in particolare del *Necator Americanus* assieme all'insufficiente apporto alimentare, sono le cause di una prevalenza di condizioni anemiche che raggiunge nelle zone rurali il 23,4% (*The relationship between haematological measurement and hookworm intensity in children of two rural Bolivian communities*, Giornale Italiano di Malattie Infettive, 1995; 1(1): 45-50).

Il colera, il cui primo caso è stato segnalato in Bolivia nell'Agosto del 1991 e nel Febbraio del 1992 a Camiri (*Population movements and Cholera spread in cordillera province, Santa Cruz Department, Bolivia. Lancet* 1992; 340:113), continua ad essere una patologia che ormai ha oltrepassato il drammatico periodo dell'epidemia e si è trasformata in una grave patologia endemica il cui sradicamento è molto difficile per le scarse condizioni igienico-sanitarie.

La Bolivia e in particolare la regione sudorientale del paese, evidenzia un tipo di morbilità e mortalità ancora connesse in prevalenza a patologie infettive, per la maggior parte prevenibili e/o curabili, a differenza dei paesi economicamente sviluppati in cui è la patologia multifattoriale a carattere cronico-degenerativo che provoca un numero maggiore di malattie e morti.

La difficile situazione igienico-sanitaria descritta si associa ad abitudini sanitarie assolutamente errate. Per esempio le autoprescrizioni di medicinali sono molto frequenti, data l'assoluta mancanza di controllo sull'attività delle farmacie che vendono anche senza ricetta medica.

Logicamente questo comportamento è favorito dalla difficoltà che molte persone incontrano ad accedere al servizio sanitario, per motivi geografici (grandi distanze, strade impraticabili in alcuni periodi dell'anno, mancanza di mezzi di trasporto) e per motivi economici. In effetti i servizi sanitari sono in gran parte a pagamento ad eccezione dei vaccini e, ultimamente, del controllo della gravidanza, del parto e della cura della prima infanzia, con l'introduzione del trattamento gratuito per l'EDA (malattie da dissenteria acuta) e per l'IRA (infezioni respiratorie acute).

L'indiscriminato consumo di medicinali assieme all'insufficiente preparazione tecnica del personale sanitario volontario (denominato "responsabile popolare della salute") e di quello professionale periferico (ausiliari infermieri), ha determinato un continuo e notevole incremento nelle percentuali di resistenza batterica agli antibiotici, tuttora in fase acuta.

Le indagini effettuate dall'Università di Firenze hanno dimostrato come tra gli stafilococchi e i saprofiti della cute, l'*Escherichia coli* e i saprofiti intestinali, sono ormai comunemente diffuse resistenze ai farmaci utilizzati più di frequente in questo ambito (penicillina, ampicillina, cotrimoxazolo, clorafenicolo).

PRINCIPALI INDICI ECONOMICI E RIFERIMENTI ALL'ECONOMIA DELLA REGIONE DEL CHACO.

Il processo di recupero democratico degli anni 1982 – 1985 che è conosciuto come la fase della crisi economica, dell'iperinflazione e della recessione più difficile nella storia della Bolivia, portò ad un aumento del livello di disoccupazione e di crescita del volume di lavoro e del valore aggiunto prodotto dal settore dell'economia sommersa. Questa situazione ha dato luogo nel 1985 ad un cambiamento repentino con la nuova politica economica (Decreto 21060), che ha frenato

l'iperinflazione e ha mantenuto stabile l'economia. Questo processo, che ha causato un prezzo sociale molto alto per le classi più povere del paese, è stato accompagnato da un periodo di transizione dalle strutture autoritarie del passato a un regime di libertà democratica. Sono stati così introdotti dei radicali cambiamenti strutturali come la capitalizzazione dell'impresa pubblica, la riforma educativa, la partecipazione popolare, la decentralizzazione amministrativa, la riforma del potere giuridico.

La moneta ufficiale è il *Bolivar*, attualmente equivalente a 0,125 dollari americani. L'economia boliviana sta vivendo dal 1986 un moderato e progressivo aumento del prodotto interno lordo, in un contesto di liberalizzazione economica e di apertura verso gli investimenti delle imprese straniere. Nel 2001 il prodotto interno lordo pro capite è stato di 990 USD. Quasi il 50% del prodotto interno lordo è stato generato dalle attività commerciali, dal trasporto, dalle industrie manifatturiere e l'8% dallo sfruttamento minerario. La popolazione economicamente attiva era di 2.362.000 unità nel 1994 della quale il 39% occupato nell'agricoltura. L'inflazione è circa del 10% negli ultimi anni.

Durante i prossimi anni si prevede, insieme a un progressivo aumento demografico che sarà centrato essenzialmente nelle tre grandi città del paese, La Paz, Cochabamba e Santa Cruz, un incremento nei settori dell'agroindustriale, dell'esportazione di gas naturale e dell'esportazione di oro e argento.

L'economia della Bolivia attraversa una crisi che in realtà è generalizzata in tutti i paesi dell'America Latina, con bilanci commerciali negativi. Il debito boliviano ammonta a 5,800 milioni di dollari (dati 2001): i creditori sono gli organismi internazionali come la Banca Interamericana di Sviluppo, la Banca Mondiale, il Fondo Monetario Internazionale e i paesi amici. Ciò significa circa 5 anni di esportazione. Il dato di un prodotto interno lordo pari a 990 USD pro capite/anno non rispecchia assolutamente la reale situazione economica della popolazione.

Attualmente, secondo i dati della Commissione Economica per l'America Latina (CEPAL), il 5% della popolazione si spartisce il 39% del reddito nazionale e al 20% più povero della popolazione boliviana rimane solo il 2,5% del prodotto nazionale.

“Con lo sguardo rivolto al secolo XXI la Bolivia affronterà la sfida di consolidare la democrazia: si lotterà con l'appoggio di tutta la società per vincere la povertà, la disuguaglianza sociale, i mali endemici della salute e dell'educazione, la corruzione, il traffico di droga e i modelli economici che non mirano a migliorare una distribuzione equa della ricchezza” (René Arze Aguirre, en Breve Historia de Bolivia. 1994).

L'economia dell'area del Chaco è fondamentalmente di tipo agricolopastorale, sviluppata soprattutto all'interno delle comunità contadine mediante l'allevamento di bestiame bovino, equino, suino, ovino e di animali da cortile. L'allevamento di bovini è l'attività più importante dell'area che si è sviluppata anche a livello imprenditoriale; le popolazioni native controllano autonomamente solo una piccola percentuale di questa attività e molte volte sono oggetto di forme semi-schiavizzate di produzione. Coloro che vivono nella zona chiamata Chaco Seco, al confine con il Paraguay, si dedicano esclusivamente all'allevamento del bestiame, mentre nelle altre zone, dove la terra e il clima lo permettono, l'agricoltura resta l'attività primaria la cui finalità principale è l'autoconsumo. Le coltivazioni più diffuse sono mais, fagioli, soya, manioca (yuca), cotone, tabacco, agrumi, banane. Il lavoro salariato costituisce il terzo elemento che contribuisce al sostentamento della famiglia che vive nell'area rurale. Nei periodi della raccolta della canna da zucchero e del cotone si riscontrano migrazioni temporanee in luoghi vicini alla città di Santa Cruz. Le entrate sono destinate al sostentamento della famiglia.

DATI AGGIUNTIVI

La realtà del mondo Guaraní è abbastanza complessa, sia per il cammino percorso dallo stesso popolo Guaraní che per le Istituzioni coinvolte nel suo processo di sviluppo.

La sconfitta di Kuruyuky nel 1892 significò la perdita della libertà, del territorio e della terra. Questo comportò la perdita dell'identità culturale. Si iniziò ad abbandonare i costumi e le tradizioni legate alla libertà di spostamento nel territorio, alle tecniche di coltivazione, alla caccia, la pesca, la raccolta, ecc. La trasformazione di Guaraní in "peones" causò sentimenti di autodistruzione. Il "nuovo padrone" riuscì a generare sentimenti di vergogna della propria cultura, religione, credenze, lingua e relazioni economiche basate sulla reciprocità, abitudini alimentari, ecc. Tutta la prepotenza del dominatore, se non riuscì ad eliminare completamente le radici etniche a causa della sua incapacità di rispondere alle esigenze della popolazione, diede origine certamente ad un disastroso impoverimento culturale.

Attualmente, il processo di riorganizzazione del popolo Guaraní, a cento anni dall'ultima resistenza al regime coloniale, si trova nella cosiddetta *Marcia di Kuruyuky*, una specie di fase di resurrezione. Il piano di sviluppo integrale in funzione del quale si sta organizzando il popolo Guaraní in attività di produzione, infrastrutture, educazione, salute, terra e territorio, sottolinea esigenze, che senza l'intervento di un aiuto solidale non è possibile, a nostro parere, riuscire a recuperare.

L'Assemblea del Popolo Guaraní, cosciente del fatto che se vuole prendere nelle sue mani la gestione del proprio sviluppo, come parte integrante della sua crescita e come condizione indispensabile per l'ingresso in una società dove l'aspetto tecnico è predominante, ha bisogno di risorse umane di etnia Guaraní, formate e abilitate adeguatamente, identificate con il destino del loro popolo e impegnate nel suo sviluppo.

LA SCUOLA DI SALUTE DEL CHACO "TEKOVE KATU"

In questa direzione, tra le varie iniziative siamo riusciti a preparare infermiere/i, tecnici di risanamento/recupero ambientale, nutrizionisti, tutti con una formazione da educatori sanitari diplomati nella Scuola della Salute del Chaco "Tekove Katu", una struttura del Ministero della Sanità boliviano. Questi studenti vivono nelle comunità di diverse regioni della Bolivia orientale e anche del Chaco argentino e paraguayano, territori nei quali vivono anche altri popoli indigeni che traggono beneficio dalla scuola.

La convenzione stipulata tra il Ministero della Sanità e il vicariato Apostolico di Cuevo e il Teko Guaraní, svolge le proprie attività nella regione del Chaco boliviano (provincia di Luis Calvo e Hernando Siles in Chuquisaca; O'Connor e Gran Chaco in Tajira e Cordillera in Santa Cruz) e sostiene il Chaco argentino e paraguayano.

La convenzione sviluppa le sue attività di sostegno secondo la seguente struttura: un'amministrazione che dipende da un coordinatore nominato dal vicariato, appoggiato da una squadra amministrativa, un amministratore, un amministratrice finanziaria, una contabile, una segretaria; inoltre esiste una squadra di coordinatori dei diversi gruppi nei vari corsi che si realizzano. Le attività principali che si svolgono nelle relative aree di influsso sono le seguenti:

a) Formazione e abilitazione di risorse umane attraverso la Scuola di Salute del Chaco Boliviano

- Corso di formazione di infermiere/i
- Corso di formazione e abilitazione di promotori sanitari
- Corso di formazioni di nutrizionisti
- Corso di formazione di salute ambientale, risanamento di base, igiene e nutrizione ed educatori popolari sanitari
- Controllo e appoggio delle risorse umane formate
- Laboratori di salute: corso per le donne (programma di appoggio della Donna Guaraní)
- Laboratori di salute ai centri CEMA¹ rurali (maturità rurale del Teko Guaraní)

b) Rafforzamento dei Servizi

- Costruzione ed equipaggiamento di ospedali, di centri sanitari e appoggio Logistico.
- Sottosistema di Informazione
- Sottosistema di Farmaci
- Sottosistema di consulenze e valutazioni di fattibilità (*Referencia y contrareferencia*)
- Aumento della copertura della prestazione dei servizi, in particolare con specialisti

c) Miglioramento della nutrizione e dell'igiene alimentare

- Corso di nutrizionisti
- Identificazione delle fonti nutritive della zona
- Utilizzo delle proprie risorse alimentari

d) Risanamento ambientale

- Corso di formazione di risanamento ambientale e di educatori sanitari
- Corso di orientamento e abilitazione per il miglioramento delle abitazioni con le proprie risorse
- Laboratori sui vantaggi dell'uso di fosse biologiche cieche e relative tecniche di costruzione
- Esecuzione dei progetti di promozione del consumo di acqua potabile

e) Medicina tradizionale

- Raccolta di informazioni sull'uso della medicina tradizionale all'interno delle comunità contadine
- Elaborazione di un vademecum di medicine tradizionali
- Promozione dell'interculturalità nella Salute

PREMESSE DI BASE

La situazione sociale e culturale dei popoli Guaraní, Weenhayek, Tapiete e degli altri popoli indigeni che abitano il Chaco latinoamericano, specialmente nella parte boliviana, anche se presenta un certo progresso nello sviluppo degli aspetti di base, tuttavia nelle aree come la salute e quelle correlate alla produzione presenta purtroppo gravi carenze, per cui nella maggioranza delle comunità indigene la necessità di una visita medica gratuita è una realtà assolutamente sentita, con un'incidenza maggiore in quelle zone e comunità che si trovano più lontane ed hanno maggiori difficoltà d'accesso ai servizi esistenti all'interno della regione.

¹ Centro di Educazione Media degli Adulti

Per dare una risposta diretta, a necessità concrete, che possa andare a vantaggio del maggiore numero possibile di popolazione all'interno delle comunità, si calcola che in totale il popolo Guaraní raggiunga i 70.000 abitanti nell'area rurale.

A causa della grande estensione, 127.754 Km² del territorio Guaraní, e della scarsità di personale specializzato, si vuole sviluppare un programma di visite medico-sanitarie nelle comunità, che serva come appoggio al personale sanitario esistente sul posto: il progetto è quello di istituire unità mobili dotate di copertura su tutto il territorio, con specializzazioni in pediatria, oftalmologia e odontologia, assieme a elementi di scienza della nutrizione, maternità, educazione preventiva e diffusione delle tessere sanitarie infantili e scolari che sono indispensabili per controllare la salute dei bambini e delle bambine.

L'esperienza degli ultimi anni sottolinea la necessità di allargare le specializzazioni mediante unità mediche mobili anche al settore otologico per il trattamento dei problemi uditivi di bambini in età prescolare e scolare; di importanza critica inoltre appare il rilevamento e il trattamento di soggetti, specialmente bambini e bambine con carenze di vari tipi che li rendono inabili allo svolgimento di determinate attività e CHE vengono di conseguenza considerati disabili.

Parallelamente, il progetto, prevede di consolidare la copertura geografica con unità mobili nelle zone del territorio dove non si è arrivati prima; in Chuquisaca, Santa Cruz e Tarija.

La coordinazione con altre istanze del sistema sanitario è parte del progetto che prevede di giungere fino alle zone indigene al di là della frontiera con il Paraguay e l'Argentina, che costituiscono il territorio degli indigeni Chaco appartenente a tre nazioni.

SFIDE DEL PROGETTO

In un campione preso nel secondo semestre del 2000 dal gruppo mobile di prova, su 960 esempi di visite in 8 comunità all'interno delle zone più lontane delle popolazioni del Chaco, si sono riscontrati i seguenti dati:

CARENZE	%	%	%	%	%	%	%	TOTALE
Oftalmologia	29	39	67	28	44	11	8	32,29
Odontologia	31	36	25	94	100	42	42	60,29
Pediatria	27	25	97	50	50	50	50	49,86

Questo quadro si ripete nella maggior parte delle zone visitate dal gruppo perciò le informazioni si possono applicare a quasi tutto il territorio.

Come conseguenza di queste informazioni e delle osservazioni realizzate, il progetto si trova di fronte a 4 sfide nell'ambito sanitario, che hanno un forte impatto sulla popolazione, principalmente sulle donne e i bambini con meno di 5 anni:

1. Il 32% della popolazione esaminata ha diversi problemi di oftalmologia
2. Il 60% ha problemi legati alla carie dentale
3. Il 50% dei bambini visitati ha problemi di salute di diverso tipo legati all'ambiente e alla denutrizione.
4. Non esistono dati su carenze di altro tipo come quelle di carattere uditive e altre più gravi.

OBIETTIVI

Obiettivo Generale

Migliorare la qualità della vita della popolazione con l'aumento di gruppi mobili con personale di salute specializzato in Pediatria, Oftalmologia e/o Odontologia, oltre a personale infermieristico e con formazione igienico sanitaria-ambientale e nutritiva, concentrando il progetto esclusivamente sulla questione salute.

Obbiettivi Specifici

Controllo e sviluppo di azioni per il miglioramento dell'assistenza medica della popolazione, in particolare medicina preventiva e profilassi, principalmente tra la popolazione rurale lontana dai centri abitati, con particolare attenzione alle donne e bambini.

OBIETTIVI

1. Soddisfare in maniera progressiva la necessità di visite mediche di tutta la popolazione con problemi oftalmici per abbassare il tasso di incidenza dal 32% al minimo possibile.
2. Riuscire a coprire le esigenze della popolazione con problemi odontologici per abbassare il tasso di incidenza dal 60% al minimo possibile.
3. Riuscire a coprire le esigenze della popolazione infantile per abbassare l'incidenza delle malattie pediatriche dal 50% al minimo possibile.
4. Realizzare uno studio e un piano di prevenzione e di esami della popolazione con carenze uditive e di qualsiasi altro tipo.
5. Sostenere la popolazione infantile con la distribuzione di integratori alimentari in base ai rilevamenti realizzati attraverso l'uso delle tessere sanitarie infantili e delle tessere sanitarie scolari.

STRATEGIE

1. La strategia centrale è quella di potenziare il sistema sanitario all'interno delle comunità, con la presenza periodica coordinata e programmata del gruppo mobile sanitario su tutto il territorio.
2. Visite gratuite soprattutto per i bambini delle comunità lontane.
3. Utilizzo della tessera sanitaria scolare e della tessera sanitaria infantile per un adeguato monitoraggio e controllo sanitario.
4. Sviluppo dell'educazione sanitaria e nutrizionale.
5. Realizzazione di corsi formativi nell'ambito delle visite del gruppo mobile diretti sia al personale sanitario che alla comunità.

INTERVENTI PRINCIPALI

1. Dislocamento e mobilitazione del gruppo in base al calendario annuale per tutto il territorio guaraní.
2. Progettazione ed esecuzione dello studio e piano per la popolazione con carenze uditive e di qualsiasi altro tipo.
3. Organizzazione e controllo del progetto.
4. Valutazioni intermedie e finali del progetto.

a) Gruppo mobile:
Pediatri, oftalmologo, odontologo

Compiti	Mese per anno											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Progettazione di piani operativi comunali, distrettuali e regionali	X											
2. Monitoraggio e coordinamento di ogni azione locale, distrettuale e regionale		X		X		X		X		X		X
3. Coordinamento nel gruppo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4. Coordinamento raccolta dei dati		X		X		X		X		X		X
5. Monitoraggio statistico			X		X		X		X		X	
6. Elaborazione di diagnosi sociali e sanitarie				X	X	X				X	X	
7. Visite ai pazienti nelle comunità		X		X		X		X		X		X
8. Realizzazione di conferenze educative		X		X				X				
9. Sviluppo di laboratori e corsi						X				X		
10. Valutazione di piani operativi						X						X
11. Elaborazione di rapporti	X		X		X		X		X		X	
12. Partecipazione a riunioni e assemblee		X		X		X		X		X		X

b) Gruppo di appoggio permanente
Infermieri/e – Educatori, Nutrizionisti – Educatori e Tecnici in salute ambientale
– Educatori

Compiti	Mese per anno											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Progettazione di piani operativi comunali	X					X						X
2. Monitoraggio di azioni locali		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3. Raccolta di dati locali		X		X		X		X		X		X
4. Partecipazione all'elaborazione di diagnosi sociali e sanitarie locali				X	X	X	X	X	X	X		
5. Visite ai pazienti nelle comunità		X		X		X		X		X		X
6. Realizzazione di conferenze educative		X		X				X				
7. Partecipazione a laboratori e corsi						X				X		
8. Valutazione di piani operativi locali						X						X
9. Partecipazione a riunioni e assemblee		X		X		X		X		X		X

c) Gruppo di sostegno generale:
Comunicatore – Educatore

Compiti	Mese per anno											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Progettazione della strategia di comunicazione educativa del progetto	X					X						
2. Coordinazione generale dell'area di comunicazione – educazione del progetto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3. Disegno di materiali educativi e di comunicazione			X	X					X	X		
4. Sviluppo di corsi e di laboratori	X			X		X			X			X
5. Monitoraggio dell'area				X		X			X			
6. Valutazioni						X					X	
7. Realizzazione di rapporti							X					X

Segretaria

Compiti	Mese per anno												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1. Trascrizione di documenti		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2. Trascrizione di rapporti	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3. Trascrizione di materiali educativi			X	X	X	X			X	X	X	X	X
4. Appoggio amministrativo e generale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

- d) Rotazione e in gruppo
Personale incaricato delle visite a persone con carenze

Compiti	Mese per anno												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1. Progettazione della strategia di visite e prevenzione	X					X							
2. Coordinazione generale dei gruppi	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3. Visite nelle comunità e zone	X		X		X		X		X		X		
4. Monitoraggio generale			X			X			X				X
5. Valutazioni						X					X		
6. Stesura rapporti	X	X					X	X			X		X
7. Consulenza e valutazione di fattibilità.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

- e) Riutilizzo del Personale sanitario

Compiti	Mese per anno												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1. Progettazione della strategia di riciclaggio	X					X							
2. Realizzazione di laboratori e/o Corsi	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3. Monitoraggio di pratiche			X			X			X				X
4. Valutazioni						X					X		
5. Stesura rapporti	X	X					X	X			X		X

RIASSUNTO PREVENTIVO DEL GRUPPO MOBILE

Preventivo riassuntivo Espresso in USD

Titolo	Totale 3 anni	Percentuale
I Personale	\$ 141.000,00	53,46%
II Operativi	\$ 6.300,00	2,39%
III Materiali educativi	\$ 6.883,20	2,61%
IV Materiali sanitari	\$ 3.600,00	1,36%
V Spese di Amministrazione	\$ 3.720,00	1,41%
VI Gruppi	\$ 8.500,00	3,22%
VII Veicoli	\$ 92.600,00	35,11%
VIII Altre spese	\$ 1.146,00	0,44%
Totale	\$ 263.749,20	100,00%

TC 1,25Euro/Dollaro

RIASSUNTO PREVENTIVO DEL GRUPPO MOBILE

Preventivo riassuntivo Espresso in Euro

Titolo	Totale 3 anni	Percentuale
I Personale	€ 112.800,00	53,46%
II Operativi	€ 5.040,00	2,39%
III Materiali educativi	€ 5.506,56	2,61%
IV Materiali di salute	€ 2.880,00	1,36%
V Spese di Amministrazione	€ 2.976,00	1,41%
VI Gruppi	€ 6.800,00	3,22%
VII Veicoli	€ 74.080,00	35,11%
VIII Altre spese	€ 916,80	0,44%
Totale	€ 210.999,36	100,00%

Preventivo Generale del gruppo mobile

Preventivo Generale Espresso in Dollari Americani (\$us.-)

Titolo	Prof.ta	Q.tà	Unità	Tempo mese	Unitario	Mens.	Annuale	Totale 3 anni	%
I Personale							47.000,00	141.000,00	53,46 %
Pediatra (responsabile progetto)	1			14	1.000,00		14.000,00	42.000,00	
Dentista	2			6	900,00		5.400,00	16.200,00	
Oftalmologo	1			6	900,00		5.400,00	16.200,00	
Special.problemi uditivi	1			2	900,00		1.800,00	5.400,00	
Educatore-Comunic.	1			6	700,00		4.200,00	12.600,00	
Nutrizionista	2			14	250,00		3.500,00	10.500,00	
Tec. Risanam. Ambien.	2			14	250,00		3.500,00	10.500,00	
Infermiere	2			14	250,00		3.500,00	10.500,00	
Autista	1			6		250,00	1.500,00	4.500,00	
Seg. Appoggio ammin.	1			14		300,00	4.200,00	12.600,00	
II Operativi							2.100,00	6.300,00	2,39 %
Spese e stipendi		1	GLB		900,00		900,00	2.700,00	
Micronutrim. e alimenti		1	GLB		900,00		900,00	2.700,00	
Rodaggi,pedaggi,tasse		1	GLB		300,00		300,00	900,00	
III Materiali Educativi							2.294,40	6.883,20	2,61 %
Doc.,stampati,libri, testi		1	GLB		1.000,00		1.000,00	3.000,00	
Fotocopie		1	GLB		500,00		500,00	1.500,00	
Penne		40	PQT		5,00		200,00	600,00	
Tabelloni		20	CJA		12,00		240,00	720,00	
Gessi		12	CJA		1,20		14,40	43,20	
Quaderni		100	PZA		1,00		100,00	300,00	
Video		12	PZA		20,00		240,00	720,00	
IV Materiali Sanitari							1.200,00	3.600,00	1,36 %
Materiali di consultazi.		1	GLB		500,00		500,00	1.500,00	
Pronto soccorso		1	GLB		100,00		100,00	300,00	
Medicamenti di base		1	GLB		600,00		600,00	1.800,00	
V Spese di Amm. one							1.240,00	3.720,00	1,41 %
Servizi di luce, acqua		1	GLB		90,00		90,00	270,00	
Servizi tel., poste, ecc.		1	GLB		700,00		700,00	2.100,00	
Materiali di calcolo		1	GLB		300,00		300,00	900,00	
Materiali di cancelleria		1	GLB		150,00		150,00	450,00	
VI Gruppi							8.500,00	8.500,00	3,22 %
Attre.consul. sanitaria		2	JGO		500,00		1.000,00	1.000,00	
Strum.basici di emerg.		2	JGO		500,00		1.000,00	1.000,00	
Televisore		2	PZA		550,00		1.100,00	1.100,00	
Videoregistratore		2	PZA		350,00		700,00	700,00	
Generatore elettrico		2	PZA		750,00		1.500,00	1.500,00	
Gruppo calcolatori		2	PZA		1.600,00		3.200,00	3.200,00	
VII Veicoli							84.200,00	92.600,00	35,11 %
Ambulanza Toyota 4x4			PZA		40.000,00		80.000,00	80.000,00	
Combust., lubri., grassi			GLB		3.000,00		3.000,00	9.000,00	
Mantenim. dei veicoli			GLB		1.200,00		1.200,00	3.600,00	
VIII Altre spese							382,00	1.146,00	0,44 %
Spese bancarie		1	GLB		20,00		20,00	60,00	
Valutaz., monitoraggio		1	GLB		300,00		300,00	900,00	
Altre spese amm. (5%)		1	GLB		62,00		62,00	186,00	
TOTALE							\$146.916,40	\$263.749,20	100,00%