

# DERMALAWI. PROYECTO DE SALUD DERMATOLÓGICA

## EN MALAWI RURAL 2020-2021

### 1.- PERSONAS RESPONSABLES DEL PROYECTO

- Cristina Galván Casas. Académico nº 978
- Cristina Collantes Rodríguez. Académico nº 2678
- Magdalena de Troya Martín. Académico nº 1095
- Gisela Hebe Petiti. Académico nº. 2186
- Pedro Redondo Bellón. Académico nº 858
- Mónica Roncero Riesco. Académico nº 1622
- Sara Esteban Terradillos. Académico nº. 2651
- Eva Sánchez Martínez. Académico nº. 2929
- Esther Cardeñoso Álvarez. Académico nº 1188
- Alejandra Tomas Velázquez. Académico nº 2858
- Cristina López Sánchez. Académico nº 2801
- Xavier Cubiró Raventós. Académico nº 2757
- Iosune Vilanova Urdániz. Académico nº 2667
- Noelia Martínez Martínez. Académico nº 2688
- José Ignacio Galvañ Pérez del Pulgar. Académico nº 1314
- Concepción Román Curto. Académico nº 670
- Omar López López. Académico nº 2635
- Isabel Medina Baquerizo. Académico nº 1497
- Pilar Escalonilla García-Patos. Académico nº 1152
- Cristina Bajo del Pozo. Académico nº 5115
- Ester Moreno Artero. Académico nº 2695
- Javier Romero Gómez. Académico nº 1498
- Nuria No Pérez. Académico nº 2322
- Marta Utrera Busquets. Académico nº 2419
- María Victoria de Gálvez Aranda. Académico nº 953

- Carlos Zarco Olivo. Académico nº 680
- Concepción Postigo Llorente. Académico nº 837
- Iñigo Navarro Fernández. Académico nº 2836
- Sara López Martín-Prieto. Académico nº 1408
- Jesús Tercedor Sánchez. Académico nº 864
- Jorge Aróstegui Aguilar. Académico nº 2995
- Roseta Ballester Sánchez. Académico nº 2381
- Iris Vicente Sánchez. Académico nº 2650
- Marc Corbacho Monné. Académico nº 2691
- Iago Meilan Sánchez. Académico nº 2821
- Juan Torre Castro 2931
- M Isabel Martínez González 2605
- Rosa María Díaz Díaz. Académico nº 503
- María Rueda Gómez-Calcerrada. Académico nº 1163
- Rosario Haro Ramos. Académico nº 1914
- María Angustias Gallardo Pérez. Académico nº 1312
- Pilar Iranzo Fernández. Académico nº 294
- Libe Aspe Unanue. Académico nº 2014
- Sofía Lucas Truyols. Académico nº 2565
- Alicia Comunión Artieda. Académico nº 1303
- Jone Sarriugarte Aldecoa Otarola. Académico nº 2925

## **2.-PAÍS Y ZONA GEOGRÁFICA**

### **2.1 Malawi. Datos geográficos**

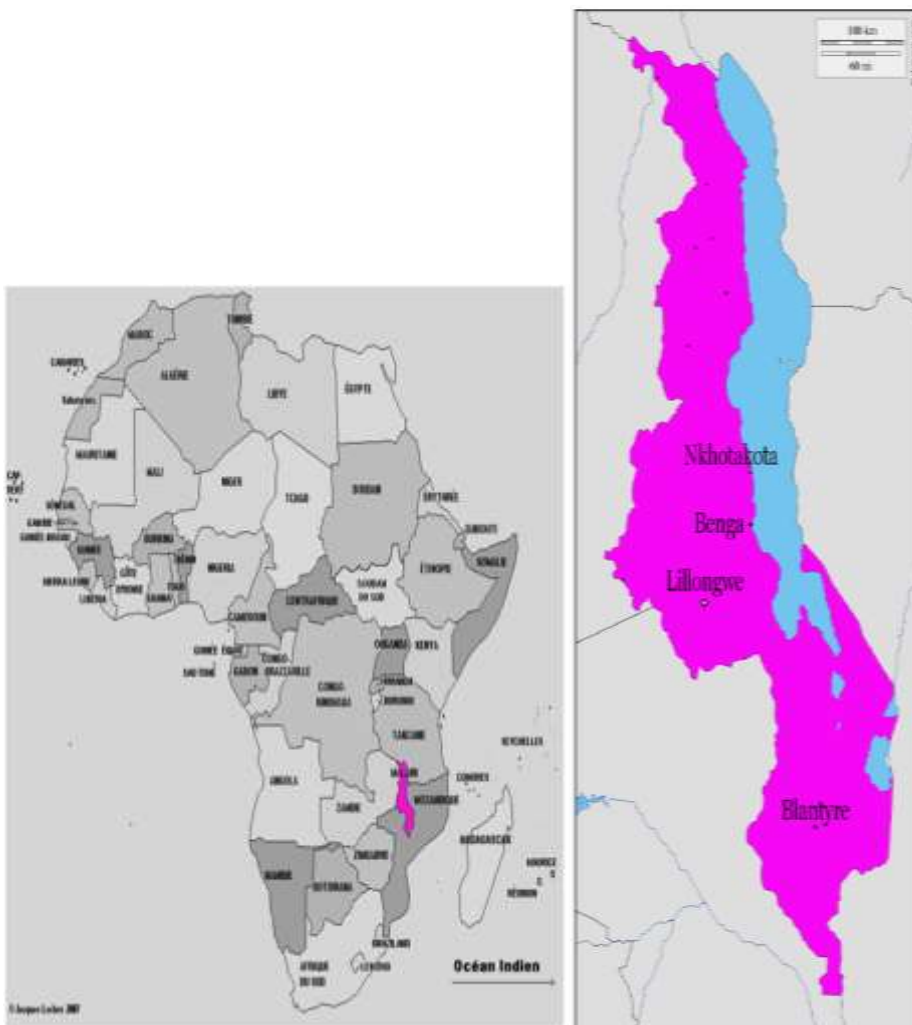
Malawi cubre un área de 118.484 Km<sup>2</sup>. Limita al norte con Tanzania, al este y al sur con Mozambique y al oeste con Zambia y Mozambique.

Su característica geográfica más importante es el Lago Malawi, situado en el extremo sur del Valle de Rift.

A nivel administrativo está dividido en tres regiones y 28 distritos. Lilongwe es la capital administrativa. El área de influencia de nuestro proyecto es el área de cobertura de la parroquia de Benga, en el Distrito de Nkhotakota.

<https://www.google.es/maps/search/benga+parish+malawi/@-13.3684445,34.2613217,3427m/data=!3m1!1e3?hl=es&authuser=0>

Corresponde a la zona más rural, más carente de infraestructuras y de asistencia sanitaria y con el nivel socio económico más bajo del país.



## 2.2 Características de la Población diana: Distrito de Nkhotakota



Malawi tiene una población estimada de 19,2 Millones de Habitantes. Su idioma oficial es el inglés (que habla un porcentaje mínimo de población) y el nacional el Chichewa. Hay otras lenguas bantúes habladas por diferentes grupos étnicos.

Naciones Unidas y el Fondo Monetario internacional, posicionan a Malawi entre los países más pobres del mundo. La renta per cápita es de 338,48 USD (FMI 2017). El 40% de la población está por debajo del umbral de la pobreza y no tienen acceso a las necesidades básicas (Banco Mundial 2012).

Malawi no posee grandes recursos naturales aparte de la tierra, que está en riesgo constante degradación por la presión demográfica y los métodos rudimentarios de agricultura y pesca. La agricultura depende de la lluvia, dejando la producción y la subsistencia de la población en manos de la climatología. Los años de escasas lluvias son años de hambruna y de gran vulnerabilidad para la población. Los últimos tres años, como consecuencia de las consecuencias meteorológicas que desencadena el fenómeno “El Niño” (Malawi y Etiopía son los países que más lo sufren) la escasez de alimentos ha sido muy grave. A esto se unió el azote del ciclón Idai que sufrió el país hace un año, con consecuencias devastadoras.

El nivel de alfabetización es del 74%, pero solamente un 25% de los estudiantes que completan educación primaria pueden acceder a la secundaria y sólo un 9% de los que terminan Primaria son capaces de hablar inglés. (Unicef 2010). La media de maestro por alumno es de 1/80 y de aulas construidas 1/100.

### **2.3 Cobertura sanitaria del país:**

La estructura sanitaria en el país es mínima. Existe una red de centros sanitarios, alguno públicos y otros privados, mantenidos por distintas ONGs. La mayoría de ellos y todos en nuestra zona diana, carecen de electricidad y agua corriente, material sanitario (salvo muy básico), y prácticamente de medicamentos. Están atendidos por personal sanitario



(Clinical assistant y un Clinical officer) pero no cuentan con ningún médico entre su personal.

### **3.- CONTRAPARTE LOCAL Y OTRAS ENTIDADES PARTICIPANTES**

El proyecto, desde su inicio, se estructura desde el punto de vista de la integración, tanto a nivel local como internacional. Su principal objetivo en la actuación conjunta y de estrecha colaboración con el personal local, las autoridades sanitarias del país y los organismos internacionales. Se concibe cómo una iniciativa de colaboración, dentro de estrategias comunes, respetuosas e integradas con los agentes implicados en la búsqueda de la salud global en general y dermatológica en particular. Por ese motivo colabora íntimamente con un número cada vez más amplio y, desde nuestro punto de vista, valioso y selecto de agentes, cómo describimos a continuación. Todos ellos nos han ofrecido el ser contactados, si se precisa información más detallada y externa de nuestro trabajo.

#### **3.1.- CONTRAPARTE LOCAL:**

-Parroquia Católica de Benga: Desarrolla su actividad en los distritos de Nkhotakota, Salima, Dowa y Ntchisi. La población se estima en 90.000 personas. La Parroquia está a cargo del P. Manuel Hernández. Parroquia Católica de Benga. P.O.BOX 30406. Lilongwe 3. Malawi. e-mail: bengaparish@gmail.com. Tel: +265 99 4077444. El proyecto se integra dentro de los proyectos que la parroquia lleva a cabo, educativos, de acceso al agua, de puesta en marcha de huertos y piscinas de tilapias, de alimentación de desnutridos, huérfanos y ancianos y de asistencia veterinaria. Mr. Brian Odiambo, es el misionero responsable local de nuestro proyecto, que lleva a cabo todas las gestiones, coordinaciones y trabajos necesarios en terreno Telfs: +34 616918144 +265 998169587 email: brian.odiambo@mcspa.org



- Hospitales de Alinafe, Thavite, Makhioni, Mwansambo, Kapiri y Likuni: Cuentan con servicios de medicina preventiva, curativa y laboratorio. No disponen de médicos, electricidad ni agua corriente. Atendidos por personal sanitario con el que el proyecto tiene una relación continuada de colaboración mutua y docencia. El personal recluta los pacientes que necesitan asistencia especializada, para que los podamos atender por Teledermatología o en nuestras campañas en terreno. El Hospital de Alinafe está dirigido por Sister Mary Magdalen Ndawala. Email: [alinafe@chamunits.org](mailto:alinafe@chamunits.org). Ella organiza las rondas de sensibilización y aviso de nuestras campañas. Mr. Angeli Makiyi es el asistente clínico en más estrecha colaboración con nosotros. N° Teléfono +265 995 47 94 35. Mr Texon Phiri es el agente de salud que más íntimamente colabora con la organización de nuestras campañas. N° Teléfono +265 993 225 036. Los Asistentes clínicos de Thavite, con los que mantenemos estrecha colaboración, son Mr. Nickson Chalira, N° Teléfono +265 99889800 y Mr. Bruno Mwangwabira N° Teléfono +265 999 23 38 1. Los Asistentes clínicos de Makioni, con los que mantenemos estrecha colaboración, son Mr. Stanford Kamphepo, N° Teléfono +265 991339834 y Mr. Aran Nkhata, N° Teléfono +265 91866226. El responsable del hospital de Mwansambo es Mr. Matthew Jefta, N° Teléfono +265995734460. El del hospital de Kapiri nuestro contacto es Ethel Jere, N° Teléfono +265994112043

-Hospital de Distrito de Nkhotakota y Hospital Central Kamuzu de Lilongwe: situados a 60 kilómetros de nuestra base en direcciones contrarias. Son la sede de las autoridades sanitarias locales y nacionales. Solicitan nuestra asistencia y nos apoyan en la ejecución de todas las iniciativas del proyecto. Se encargan de facilitar nuestro trabajo en el país y facilitar los permisos. La Dra. Wezzie Mumba, Directora médico del Hospital de Nkhotakota; email: [mumbawezi83@gmail.com](mailto:mumbawezi83@gmail.com) . Ella nos hace la solicitud de asistencia, nos concede los permisos de trabajo voluntario a los médicos que acudimos en cada campaña y coordina al personal local en el apoyo a las actividades conjuntas. La Dra Esther



Kafwakwa, [estherkafwafwa@gmail.com](mailto:estherkafwafwa@gmail.com), médico dermatóloga que trabaja en la capital, Lilongwe, es la persona que solicita nuestra asistencia al Hospital central Kamuzu.

### **3.2.- COLABORADORES LOCALES e INTERNACIONALES**

-Dr Laston Sitma. Onchocerciasis Control Program Manager, Community Health Science Unit. Ministry of Health and Population. Mtunthama Road, P/Bag 65 Lilongwe, MALAWI. [lastonsitima64@gmail.com](mailto:lastonsitima64@gmail.com) Phone: +265 (0) 888 303 446/999 978 624. Coordinador a nivel Nacional de Oncocerciasis, trabajamos en apoyo del programa en sincronía con nuestro protocolo de lucha contra la epidemia de sarna.

-Dr. Leonard Mawaya. Program Manager Leprosy and Skin Diseases Manager, Community Health Science Unit. Ministry of Health and Population. Mtunthama Road, P/Bag 65 Lilongwe, MALAWI. [mawayaleonard@yahoo.co.uk](mailto:mawayaleonard@yahoo.co.uk) ;Phone: +265 (0) 888 544 485 Colaboramos con él en la búsqueda y diagnósticos de casos de lepra y recabamos su apoyo para que los pacientes diagnosticados obtengan acceso al tratamiento y seguimiento, a pesar de las distancias.

-Mr. Overstone Kondowe. Presidente APAM (Asociación de Personas Albinas de Malawi) N°Teléfono: +265 (0) 881 329 028 y +265 (0) 881 998 815. Estamos a su disposición para atender a todos los pacientes Albinos con problemas dermatológicos (todos los tienen) y por su parte reúne y comunica a los afectados nuestros programas de atención médica y quirúrgica.

-Trabajamos en colaboración con la la International Foundation for Dermatology [www.ifd.org](http://www.ifd.org) Esta colaboración es para nosotros de extrema importancia, por nuestro interés en actuar al unísono con otras iniciativas a nivel mundial y a la vez, ofrecer los datos obtenidos en nuestros programas, de forma que redunde en un mayor conocimiento

y aproximación a la solución de las enfermedades dermatológicas en entornos deprimidos.

-Formamos parte (Dra. Galván) del grupo de trabajo Skin NTD Cross Cutting Group formado por profesionales de muy distintos países que, al amparo de la OMS, mantiene reuniones periódicas, algunas en la sede central de la OMS en Ginebra y la mayoría por teleconferencia. Estas reuniones pretenden mejorar, con un enfoque global y colaborador, la atención de los pacientes con enfermedades dermatológicas desatendidas de muy diferentes partes del mundo. La Dra. Claire Fuller [clairefuller@nhs.net](mailto:clairefuller@nhs.net) es su directora.

- Somos miembros ( Dra. Galván) de The International Alliance for the Control of Scabies (IACS) [www.controlscabies.org](http://www.controlscabies.org) . Es una red mundial de comprometida con el control de la sarna humana, a salud y el bienestar de aquellos que viven en comunidades afectadas por esta patología.

-Dr. Oriol Mitjà Villar. Medico Investigador. IS Global. [oriol.mitja@isglobal.org](mailto:oriol.mitja@isglobal.org) Este reconocido médico español, con experiencia inigualable en el trabajo de campo en medicina de cooperación internacional, está implicado en nuestro proyecto, al que considera de muy alta calidad e utilidad. Contamos con él para adecuar nuestras ideas y conseguir que tengan un desarrollo científica y humanitariamente intachable.

-Dr. Michael Marks. MRCP DMT&H PhD. Assistant Professor. London School of Hygiene & Tropical Medicine. [michael.marks@lshtm.ac.uk](mailto:michael.marks@lshtm.ac.uk) Es otro de nuestros científicos de apoyo, confiamos a él el diseño epidemiológico de nuestras intervenciones en problemas de salud comunitaria. Concretamente, el diseño de lucha contra la epidemia de sarna, ha seguido sus directrices.

-Dr. José Antonio Ruiz Postigo. Trabaja en la OMS (Ginebra) en el Departamento de “Neglected Tropical Diseases”. Doctor en Medicina de reconocido prestigio y experiencia, es el responsable en la OMS del Programa Mundial de Control de enfermedades cutáneas





desatendidas. Estamos en contacto con él cómo apoyo, y a la vez nos ofrecemos a colaborar cómo fuente de información de prevalencia, recogida de datos y actuaciones de integración en esta patología. [postigoj@who.int](mailto:postigoj@who.int)

-Dr. Kingley Asiedu. Department of Control of Neglected Tropical Diseases. World Health Organization Headquarters. Geneva. [asieduk@who.int](mailto:asieduk@who.int) Responsable en la OMS del programa mundial de úlcera de buruli, pían y micetoma. Hombre muy cercano y colaborador. Estamos a su disposición de forma que el enfoque de nuestro trabajo vaya siempre paralelo a las directrices y preferencias de la OMS. Es para nosotros un apoyo inigualable. Por una parte, nos da la seguridad de estar haciendo nuestro esfuerzo en buena dirección y por otro ejerce una labor de apoyo a nuestro proyecto, fundamentalmente facilitándonos la comunicación con los distintos agentes implicados en los problemas sanitarios que nos vamos encontrando.

### **3.3.- FUNDACIONES Y ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES**

-Desde el inicio de nuestro proyecto, hemos sido apoyados por diferentes fundaciones y asociaciones de ayuda humanitaria, cómo Emalaikat y Zikomo África. En todos los proyectos actuamos en colaboración cómo contraparte local con la Comunidad Misionera San Pablo Apóstol de la Parroquia de Benga.

-Las tres campañas del proyecto 2018-19, se ha llevado a cabo bajo el amparo de la Fundación Estatal Salud, Infancia y Bienestar Social del Ministerio Español de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, al amparo del convenio firmado por esta entidad con La Fundación Piel Sana de la Academia Española de Dermatología para el desarrollo de nuestro proyecto. La Fundación Piel Sana y la Academia Española de Dermatología constituyen para nosotros un apoyo insustituible.



-Para la campaña actual, ha acogido nuestro proyecto la Organización Misiones Médicas España. Los objetivos de salud de esta organización se adecuan completamente con los nuestros.

#### **4.- DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO O ACTIVIDAD**

##### **4.1.-ANTECEDENTES**

INICIATIVA: La Parroquia de Benga fue el primer impulsor del proyecto. A finales de 2014 sus misioneros, alertados por la patología dermatológica que observaban en la población, solicitaron nuestra ayuda. Tras analizar los datos demográficos, económicos y sanitarios del país, antes expuestos, y tras obtener el visto bueno y solicitud por parte de las autoridades sanitarias locales, constatamos la necesidad real de ponerlo en marcha.

CAMPAÑAS: Se han llevado a cabo hasta ahora nueve campañas de asistencia dermatológica, en cinco proyectos de duración anual, de Mayo a Abril 2015, de Mayo 2016 a Abril 2017, de Mayo de 2017 a Abril 2018, de Mayo de 2018 a Mayo 2019 y el proyecto actualmente en curso de Junio 2019 a Julio 2020. Dentro de ellos, se han realizado las nueve campañas en las que, fruto de la necesidad real del servicio que prestamos, la participación y actividades han tenido que desarrollar un crecimiento exponencial. Con el fin de poder hacer frente al aumento de la demanda asistencial se han ido incrementando los recursos humanos y materiales, el tiempo de estancia, el número de viajes a año, las actividades formativas y las intervenciones de salud comunitaria, cómo queda reflejado en las memorias. De 460 pacientes atendidos por una sola dermatóloga en la primera campaña de Mayo de 2017 a 5.000 pacientes atendidos en consulta más 45.000 pacien-



tes explorados en comunidades en la campaña 2018-2019. Del proyecto actual no disponemos de datos finales, puesto que faltan por llevarse a cabo dos campañas, en los próximos meses de abril y junio.

La estructura y organigrama básicos de los programas fueron las siguientes. En los centros de salud y siempre en colaboración con el personal local, se organizaron consultas a demanda, exploraciones, curas, pequeñas intervenciones y técnicas. En los centros de salud y escuelas locales se organizaron talleres de habilidades diagnósticas y terapéuticas y charlas de prevención de salud dermatológica. Se organizó, y se ha atendido al mantenimiento y mejora, una red de Tele-dermatología, establecida con los técnicos sanitarios locales, con la que el proyecto continúa activo durante todo el año.

En todas las actividades se procedió a la escrupulosa recogida de datos para su análisis estadístico, con el fin de reconocer la patología relevante en la zona como base objetiva para futuras campañas y para ser utilizados como indicadores de seguimiento y evaluación.

**IMPLEMENTACIÓN DE CAMPAÑAS:** De la recogida detallada de datos, surgen las diferentes alarmas, que ha conducido a la implementación de proyectos monográficos, sin dejar nunca la Asistencia dermatológica a demanda. La constatación de una seria epidemia de sarna obligó a implementar el proyecto STOP SARNA, con Exploración, Cribado y Tratamiento en Masa de la población afectada (MSAT). Se realizaron 45.000 exploraciones en tres campañas consecutivas (0, 3 y 9 meses). Se revisó clase por clase al 100% de los niños de todas las escuelas y casa por casa al 100% de los habitantes de los poblados de un área diana de 30.000 habitantes. (ver video: <https://vimeo.com/299823219>). Para aprovechar los recursos materiales y personales de una campaña de tal calibre, decidimos dar respuesta integrada al resto de alarmas. Organizamos un proyecto de INTEGRACIÓN de las cuatro patologías acuciantes: **sarna, úlcera tropical, lepra y tumores malignos en población albina.**



Esta nueva tarea obligó a multiplicar el número de voluntarios y asistentes locales y a multiplicar por 10 el presupuesto. Aparte de los convenios y ayudas conseguidas gracias al apoyo de la Fundación Piel Sana, se solventó la mayor partida de gasto mediante la obtención de los permisos necesarios para poder fabricar “in situ” los medicamentos para la sarna. Un laboratorio farmacéutico español se hizo cargo de la formación de nuestros voluntarios, que a su vez formaron al personal local, a los que se capacitó para la fabricación local de los medicamentos que necesitan. El mismo laboratorio español se encarga en el terreno, de la auditoría y control de calidad en la manufactura de las cápsulas y la crema necesarias para el tratamiento de la sarna. De esta forma, conseguimos por una parte dotar al personal local para la obtención de los medicamentos que necesitan y, por otra, conseguir los medicamentos que, de haber sido comprados, constituían dos tercios del presupuesto.

Fruto de todas estas intervenciones, la Dra. Galván, haya sido llamada a formar parte del grupo “Skin Neglected Tropical Diseases Cross Cutting Group” que actúa al amparo de la Organización Mundial de la Salud dentro del “WHO Department of Neglected Tropical Diseases”. Esto da al proyecto la oportunidad de poder perseguir la implementación paulatina y al amparo de la OMS, en esta zona desatendida de Malawi, de la estrategia común de salud dermatológica para todos, en comunicación e integración con los programas desarrollados en otros países por otros miembros del grupo.

**INFRAESTRUCTURAS EN EJECUCIÓN:** El proyecto consiguió en 2017, de la asociación ZIKOMO, la construcción de un edificio para uso de almacén y centro de trabajo. Es un orgullo para nosotros poder decir que, gracias a la colaboración de otro laboratorio farmacéutico español, se está construyendo en la actualidad un edificio de quirófano con acceso a luz eléctrica, en el centro de salud más cercano a nuestra base de operaciones, donde podremos dar solución a los casos graves tumorales a los que atendemos.



**INDICADORES:** El estudio estadístico de los distintos proyectos aporta excelentes indicadores de mejora de la salud dermatológica y adecuación a objetivos, de hecho, ampliamente superados, cómo puede verse en las memorias. Por ejemplo, la campaña STOP SARNA comenzó con una prevalencia real inicial de 17,2% de población afectada a el 2,4% en la última campaña. Ver Memorias en documentos adjuntos.

#### **4.2.-JUSTIFICACIÓN**

Malawi Carece de un sistema de salud desarrollado. Dispone de 1 médico por cada 65.000 Habitantes y una cama hospitalaria por cada 9.000. En la mayoría de los establecimientos de salud existe un déficit grave de personal y equipo básico. La mortalidad infantil y materna son muy elevadas. La esperanza de vida es de 63 años (54 años en el año 2015 que comenzamos nuestro programa). Las tasas de desnutrición grave son muy altas. La prevalencia del VIH/SIDA es sumamente elevada. Afecta al 16.4% de los habitantes entre 15 y 49 años y es causa de un 70% de las muertes en los hospitales. Hay 770.000 niños huérfanos por SIDA (ONUSIDA 2014). La combinación de SIDA y desnutrición, aumentan el peligro de contraer y desarrollar formas severas de diferentes enfermedades. Esto a su vez, reduce la mano de obra disponible para las labores agrícolas y otras actividades productivas, lo que mantiene el círculo vicioso de hambre y enfermedad.

Las especialidades médicas prácticamente no existen. Tan sólo Lilongwe y Blantyre disponen de algún médico especialista. La población en zonas rurales no dispone prácticamente de acceso a este tipo de asistencia.

Desde la primera campaña del Proyecto, en Mayo de 2015, no sólo se ha constatado la necesidad de la asistencia médica especializada que proporcionamos, sino que nos hemos visto obligados a aumentar recursos, programas, número de voluntarios y tiempo de asistencia. A la vez que conseguimos mejorar los indicadores de salud en la zona, aumenta el número de pacientes que acuden o el número de poblados a los que nos solicitan atender, con el aumento consecuente de diagnósticos y de procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios.

Del análisis de datos de campañas previas, se obtiene, por una parte, la mejora de la calidad y número de la prestación ofrecida, pero por otro, la necesidad de implementar técnicas, procedimientos, actuaciones comunitarias, actividades formativas e integración en los programas del país y de la OMS. Por un lado, resulta inabarcable, pero por otro, sería imperdonable no ir creciendo a paso tranquilo, firme y ordenado, para intentar dar respuesta a la demanda.

De todos estos datos, derivan las programaciones de subsecuentes proyectos, que pretenden mantener y mejorar la actividad docente, asistencial y de tele-dermatología previas y a la vez tiene intención de seguir mejorando respecto a anteriores campañas. Nuestros retos derivan de la necesidad de:

1. Potenciar y mantener la estrecha colaboración con los sanitarios, agentes de salud y autoridades sanitarias locales como único medio sostenible y adecuado para nuestros propósitos de mejora de salud.
2. Proporcionar Cirugía Mayor a pacientes susceptibles, entre ellos a los grupos más vulnerables (Albinos y Xeroderma Pigmentoso, generalmente niños) y evaluación continua a domicilio de estos pacientes más vulnerables, por personal local contratado respaldado por los voluntarios a través de una red específica de teledermatología quirúrgica.

3. Dejar establecido un circuito e infraestructura para la realización periódica de proyectos dermatológicos generales y monográficos que den soporte a la casuística generada.
4. Mantener y distribuir en el tiempo la actividad asistencial en terreno con visitas más frecuentes, que produzcan una mejora en la calidad y continuidad de la asistencia.
5. Consecución de la forma más completa posible de nuestro objetivo de acceso al tratamiento completo de Lepra para el 100% de los pacientes a los que hacemos diagnóstico confirmado de esta patología y diagnóstico precoz de los contactos. Hasta el momento la lejanía de los pacientes a los centros oficiales de dispensación, lo han impedido en muchos casos.
6. Reducción del impacto ecológico de la campaña. Queremos disminuir en un gran porcentaje los envases de plástico y los desecho que generamos.
7. Mejorar las infraestructuras del Hospital de Alinafe, de forma que tenga conexión con la red eléctrica. El quirófano en actual construcción se encuadra dentro de este reto.
8. Integración con los programas de la OMS en la detección, diagnóstico, atención y tratamiento a las enfermedades dermatológicas desatendidas y en la consecución de “salud dermatológica para todos.

#### **4.3.-BENEFICIARIOS:**

La población de intervención son los 240.000 habitantes de la zona diana. Los beneficiarios directos serán unos 8.000 niños y 4.000 adultos de la zona de influencia de los Hospitales de Alinafe, Thavite, Kapiri, Mwasambo, Likuni y Makioni. Se estima un total de beneficiarios indirectos serán unas 24.000 personas.

La identificación de beneficiarios de hará de una manera lineal, mediante:

- los casos atendidos durante todos los días del año con la red de teledermatología
- los pacientes atendidos por el personal local en los centros de salud
- las campañas de concienciación que se llevarán a cabo las semanas previas a cada una de nuestras visitas
- el reclutamiento de pacientes subsidiarios de cirugía mayor por parte de la Asociación de Albinos de Malawi

Serán elegibles para el programa, cualquier persona con problemas de salud dermatológica, independientemente de su edad, sexo, etnia, religión, adscripción social, lugar de nacimiento o de residencia.

Todos los pacientes atendidos, diagnósticos alcanzados, tratamientos dispensados o técnicas terapéuticas realizadas se registrarán para su posterior análisis.



**5.- LÓGICA DE LA INTERVENCIÓN (matriz de planificación):**

	<b>Lógica de Intervención</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Objetivo General</b>	Mejora de la atención sanitaria en la zona diana	1-Número de pacientes atendidos 2-Proporción de número de pacientes diagnosticados que acceden al tratamiento completo de su proceso. 3-Habilidades desarrolladas en los talleres con el personal local 4-Habilidades preventivas adquiridas por los habitantes

<p><b>Objetivos específicos</b></p>	<p>1-Colaboración y actividad docente con el personal sanitario de la zona que permitan el reconocimiento y tratamiento de la patología dermatológica de la población.</p> <p>2-Mejorar la salud de los habitantes de la zona diana gracias a los servicios de atención dermatológica y tratamientos médicos y farmacológicos que se prestarán a los habitantes y a la continuidad en el tiempo de esta atención.</p> <p>3-Reducir la incidencia de enfermedades dermatológicas de la población en general gracias a la formación preventiva.</p> <p>4-Tratamiento quirúrgico de la patología dermatológica subsidiaria de cirugía Mayor, incluyendo en este apartado a la patología tumoral de los pacientes Albinos y afectados de Xeroderma Pigmentoso</p> <p>5-Seguimiento clínico cercano de los pacientes sometidos a cirugía mayor por personal local y con apoyo tele dermatológico. A domicilio en caso de Albinos.</p> <p>5-Inclusión de la zona diana en los proyectos de integración de asistencia a Enfermedades Tropicales Desatendidas (NSTD), de especial prioridad para la OMS.</p>	<p>1-Adecuación diagnóstica y terapéutica de las consultas de tele-dermatología y de los pacientes reclutados para nuestra asistencia por parte de los trabajadores locales</p> <p>2-Número de pacientes atendidos en terreno y por Teleasistencia</p> <p>3-Charlas de salud preventiva organizadas por el proyecto y por iniciativa del personal local</p> <p>4-Número de pacientes atendidos quirúrgicamente. Número de casos tratados con resultado de curación y mejoría.</p> <p>5-Pacientes en los que se llega a diagnóstico firme de lepra y que consiguen acceso a tratamiento completo.</p> <p>6-Integración en estrategias comunitarias e internacionales de patología dermatológica desatendida.</p>
-------------------------------------	--	---

<p><b>Resultados Esperados</b></p>	<p>1-Las enfermedades dermatológicas de los niños de las guarderías y escuelas de la zona se espera que se reduzcan notablemente gracias a la mejora de las habilidades diagnósticas y terapéuticas del personal sanitario local y a las exploraciones y tratamientos que se llevarán a cabo durante la estancia.</p> <p>2- Las enfermedades dermatológicas y enfermedades de transmisión sexual de la población adulta de las poblaciones atendidas y de las áreas de influencia de los hospitales visitados, se espera que disminuyan notablemente gracias a la mejor capacitación del personal sanitario local y a las consultas, tratamientos y educación preventiva que se realizarán en los poblados y en los diferentes centros.</p> <p>3- Los hábitos higiénicos relacionados con las enfermedades dermatológicas se espera que mejoren notablemente una vez realizado el proyecto.</p> <p>4- Diagnóstico y tratamiento de Enfermedades Tropicales desatendidas actualmente ocultas.</p>	<p>1-Los padres acuden a un centro sanitario al detectar anomalías en la piel de sus hijos. Concienciación de estado de salud deseable.</p> <p>2-La población adulta acudirá a los centros sanitarios para consultar sus problemas de salud dermatológica.</p> <p>3-El personal local será capaz de llegar a diagnósticos y tratamientos adecuados de la patología dermatológica endémica y de solicitar tele consulta en los casos necesarios.</p> <p>4-Instauración en los núcleos familiares del lavado y cuidado diario de manos y de pies.</p> <p>5-Uso de pantallas solares físicas (ropa) o químicas (fotoprotectores) en la población de Albinos y X.Pigmentoso.</p> <p>6-Número de diagnósticos finales de NSTD y estadío en el momento del diagnóstico, con especial prioridad a la lepra y Úlcera Tropical (Buruli y otras)</p>
------------------------------------	--	--

<p>Actividades Previstas</p>	<p>-Identificación de beneficiarios a través de anuncios previos a la campaña en los diferentes centros de la zona.</p> <p>-Una campaña Quirúrgica de 10 días de duración en la que se prevé intervenir en quirófano reglado los pacientes susceptibles reclutados durante la identificación de beneficiarios, asistencias a terreno y colaboración con la Asociación de Albinos.</p> <p>-Cuatro campañas médicas de 20 días de duración en las que se prevén consultas y tratamientos dermatológicos en dos guarderías y escuelas primarias y en cinco centros sanitarios de la zona.</p> <p>-Mantenimiento y mejora de la red de teledermatología entre los trabajadores sanitarios locales y el equipo de dermatólogos colaboradores y apoyo a la resolución de situaciones que genere (casos de especial gravedad). Implementación de una red de Teledermatología específica para el mayor control de los pacientes albinos tributarios de cirugía mayor.</p> <p>-Contratación durante los 12 meses de duración del proyecto de un técnico sanitario y un ayudante locales dedicados a la coordinación de la red de teledermatología, el control de los pacientes graves, los controles a domicilio de los pacientes albinos o más graves y el estocaje de medicamentos.</p> <p>-Charlas de formación preventiva con la población en las cuatro campañas médicas.</p> <p>-Talleres de habilidades diagnósticas y terapéuticas con los sanitarios locales durante la campaña quirúrgica y las cuatro campañas médicas</p>	<p>RECURSOS</p> <p>HUMANOS:</p> <p>- 35 voluntarios, distribuidos en cinco equipos. La mayoría deben ser médicos dermatólogos. Un porcentaje no mayor al 20% por campaña, pueden ser médicos en los últimos años de especialización reglada en dermatología, personal de enfermería con experiencia en cooperación internacional o estudiantes de medicina con la asignatura de dermatología aprobada.</p> <p>-Treinta y cinco traductores locales (de Chichewa a Inglés), cinco por campaña.</p> <p>-siete conductores, uno por campaña y dos por campañas de ocho voluntarios, para los desplazamientos a comunidades y centros sanitarios</p> <p>INFRAESTRUCTURAS:</p> <p>-Hospitales de Alinafe, Thavite, Makioni, Kapiri, Mwasambo, LiKuni, Lilongwe y Nkhotakota.</p> <p>-Misión de Benga, para alojamiento y manutención de voluntarios, reuniones docentes y almacenamiento de material y medicamentos</p> <p>MATERIALES</p> <p>-Cinco microbuses de alquiler, uno por campaña y dos coches de alquiler para las campañas de ocho voluntarios.</p> <p>-Material médico: Microscopio Dermatoscopios, Autoclave, Material quirúrgico, desfibrilador, electrobisturí, dispensador de crioterapia, Ana-</p>
------------------------------	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Talleres docentes de fabricación de jabón sólido antimicótico.</li> <li>-Talleres docentes para las mujeres de nixtamalización del maíz, para prevención de toxicidad por micotoxina y pelagra. Se llevarán a cabo en todas las campañas médicas y se mantendrán el resto del año por parte de los colaboradores locales</li> <li>-Reuniones en el terreno con los responsables locales de Lepra, enfermedades dermatológicas desatendidas y Oncocerquiasis.</li> <li>-Reuniones en el terreno con la dirección de la Asociación de Albinos de Malawi.</li> <li>-Recogida y análisis estadístico de datos.</li> <li>-Informe final y evaluación del proyecto</li> </ul>	<p>lizador portátil elemental de muestras de sangre, Tabletillas y Teléfonos inteligentes para recogida de datos, encapsuladores, balanzas de precisión, ollas de acero, infiernillo.</p> <p>-Material médico fungible (gasas, vendas, esparadrapos, lancetas, capilares, jeringas, agujas, antisépticos, tinciones de microscopio...)</p> <p>-Medicamentos adquiridos en España y exportados con autorización de Labofarm, Agencia Española del Medicamento</p> <p>-Medicamentos adquiridos localmente (Griseofulvina)</p> <p>-Productos dermatológicos: Jabones, Emolientes. No se suministran fotoprotectores puesto que existe un estudio en marcha de fotoprotección en albinos en la zona, que asegura su abastecimiento gratuito a esta población y con el que no debemos interferir.</p>
--	---	--

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHAS	ACTIVIDAD	PERSONAL
Todo el año	Tele Dermatología	Sanitarios locales-60 Dermatólogos Voluntarios
30-06-20 al 30-07-20	Campaña de Sensibilización	Personal de Hospital de Alinafe y Parroquia de Benga
20-08-20 al 31-08-20	Campaña Quirúrgica	Seis Voluntarios. Cuatro sanitarios locales. Seis traductores. Un conductor
23-9-20 al 12-10-20	Campaña Médica	Ocho Voluntarios. Cuatro sanitarios locales. Ocho traductores. Un conductor

31-01-21 al 09-02-21	Campaña Médica	Seis Voluntarios. Cuatro sanitarios locales. Seis traductores. Un conductor
9-04- 21 al 25-04-21	Campaña médica	Seis Voluntarios. Cuatro sanitarios locales. Seis traductores. Un conductor
Junio 2021 (fecha por concretar)	Campaña Médica	Ocho Voluntarios. Cuatro sanitarios locales. Ocho traductores. Un conductor

## 6. IMPACTO EN FORMACIÓN

-La actividad del proyecto ha generado un número, en continua progresión, de ponencias docentes en diferentes reuniones, sesiones clínicas hospitalarias en distintos hospitales españoles, masters y congresos nacionales e internacionales. Como ejemplo, en los dos últimos congresos anuales de la Academia Española de Dermatología se han organizado ponencias basadas en nuestro proyecto, bajo el epígrafe de Dermatología de Cooperación. Con las modificaciones de formato que sean precisas, pretendemos seguir manteniendo esta actividad docente.

-El proyecto ha promovido y continúa con la intención de seguir haciéndolo, becas de estudios para el personal sanitario local que ha trabajado más estrechamente con nosotros y muestra interés por formarse. Hasta el momento se han conseguido un total de nueve becas de estudios sanitarios superiores.

-Las actividades con el personal local persiguen la Formación en habilidades diagnósticas y terapéuticas dermatológicas.

-Las actividades organizadas con la población general, conseguirán la formación en prevención de enfermedades dermatológicas entre los habitantes.



-La actividad asistencial y la red de Tele dermatología, tiene un alto impacto en Formación en patología dermatológica tropical y de países en desarrollo para los cooperantes, tanto de los especialistas, cómo de los especialistas en formación o los estudiantes de medicina.

-Por el momento, los programas han supuesto rotación externa reglada dentro de la formación MIR a nueve residentes de dermatología. Para el presente proyecto, está previsto que lo hagan otros siete residentes.

## **7.-FACTORES LOCALES DE VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD:**

### **7.1.-Recursos Humanos**

Personal Voluntario: Ya son más de 50 los voluntarios que han trabajado activamente en el terreno. La gran mayoría están interesados en continuar trabajando en el proyecto. Tenemos además muchas solicitudes de dermatólogos interesados en formar parte, y que se van incorporando con el crecimiento del proyecto. En todos los procesos de selección que hacemos previos a cada viaje, quedan sin plaza dermatólogos voluntarios muy valiosos, porque siempre se ofrecen más de los que están programados. Incluso se han postulado voluntarios de otros países como Australia, Canadá y Argentina. Así las cosas, desde el punto de vista de los voluntarios, el proyecto es viable a largo plazo.

La Academia Española de Dermatología, apoya esta iniciativa. La Fundación Piel Sana fue el organismo que nos ha representado a la hora de firmar el convenio de colaboración con el Ministerio de Sanidad – Fundación CSAI para el desarrollo de la campaña Stop Sarna.

### **7.2.- Recursos Materiales y Metodológicos**

Para el desarrollo de nuestros programas, ha sido necesaria la progresiva incorporación de medios tecnológicos que nos permitan cumplir nuestra misión con garantías de calidad



y seguridad para el paciente. Actualmente contamos con Microscopio óptico, Dermatoscopios, Autoclave, Material quirúrgico, desfibrilador, electrobisturí, dos dispensadores y un contenedor de crioterapia, analizador portátil elemental de muestras de sangre, Tabletas y Teléfonos inteligentes para recogida de datos, encapsuladores, balanzas de precisión, ollas de acero e infiernillo.

En pocos meses estará disponible el quirófano con energía eléctrica en actual construcción en los terrenos del Hospital de Alinafe. Su uso permitirá una mayor seguridad del paciente y un aumento de las técnicas quirúrgicas y diagnósticas, incluso mas complejas, que pueden llevarse a cabo. Esto será así tanto durante nuestras estancias cómo en el resto del año.

En coordinación con los centros de salud local y apoyados con recursos informáticos, hemos desarrollado aplicaciones móviles de registro de datos y tablas de recogida de datos clínicos. Estas herramientas, junto con la metodología de trabajo coordinada con los asistentes locales y traductores, se usan en todas nuestras campañas. Esto nos permite desarrollar nuestras actividades en beneficio del paciente de manera eficiente y sistemática, reproducible y accesible a todo el equipo que hemos formado y formaremos parte del proyecto.

### **7.3.- APOYO LOCAL E INSTITUCIONAL:**

Desde el comienzo del proyecto y hasta el momento, ha existido una gran disposición por parte de los distintos actores necesarios para su viabilidad. La población local acoge con mucho agradecimiento y gusto nuestros programas. En cada viaje que se ha vuelto a las poblaciones nos hemos encontrado con muestras de afecto y los pacientes curados han vuelto al hospital, esperando horas tan sólo para mostrar su agradecimiento.





Los responsables sanitarios locales participan activamente en la sensibilización y avisos de las fechas de cada programa. Los directores de las escuelas colaboran para la exploración de todos los niños en horario escolar. Los jefes de poblado solicitan nuestra presencia y nos escoltan en el recorrido por los poblados.

Las autoridades locales apoyan y colaboran activamente con nuestros programas. Valoran cómo muy positiva la actuación hecha hasta ahora y el mantenimiento en el tiempo de sus efectos por la mejora de las habilidades del personal local y la colaboración mantenida telemática durante el año. Respecto a las mejoras que proponemos en el actual proyecto, ellos mismos nos han solicitado hacer más campañas anuales y tener actividad quirúrgica, para aquellos pacientes que no hemos podido atender hasta el momento por falta de recursos e infraestructura.

El personal sanitario local, trabaja en estrecha colaboración con nosotros, se mantiene en contacto por tele-dermatología durante todo el año, agradecen nuestra presencia y nos piden volver. Clinical Assintant y Clinical Officer cada vez son más autónomos para la atención dermatológica, y son partícipes de todas nuestras actividades, lo que mejora su adiestramiento para abordar situaciones clínicas.

El proyecto cuenta con la colaboración continuada de la Comunidad Misionera San Pablo Apóstol, que es imprescindible para la viabilidad del proyecto y que antes, durante y después de su desarrollo, se encarga de todas las facetas administrativas, relaciones con las autoridades y Hospitales, coordinación de la identificación de beneficiarios y avisos a la población.

Así mismo cuenta con el apoyo con los organismos internacionales antes referidos, con los que el proyecto colabora. (ver apartado 4.5, Participación; Ver en Anexos, Documento 5, acuerdos de Colaboración de campañas previas y actual)

#### **7.4.- SOSTENIBILIDAD**



El proyecto no genera ningún tipo de ingreso directo, se lleva a cabo con la colaboración altruista no remunerada de sus actores, tanto responsables locales como cooperantes. Hasta la fecha, la financiación de las distintas campañas ha sido posible gracias a distintas fuentes:

- Donaciones ocasionales o periódicas de particulares y de empresas
- Colaboración de los alumnos del I.E.S. Las Encinas de Villanueva de la Cañada que, desde el primer programa, hacen actividades durante todo el curso, encaminadas a la obtención de fondos que cubran tratamientos de patologías individuales. Ellos son el “Valor Añadido” que enorgullece este proyecto.
- Por otra parte, la sostenibilidad económica y el crecimiento se han mantenido mediante la concesión de Ayudas y Premios en distintas convocatorias:
  - Fundación Mutua Madrileña 2015
  - ICOMEM. Beca Bartolomé Beltrán 2016
  - AEDV-Fundación Piel Sana-Laboratorios Viñas 2017
  - SCAEDV 2018
  - Fundación Celia Delgado Matías 2018
  - Convenio de colaboración firmado entre la Fundación Estatal Salud, Infancia y Bienestar Social del Ministerio Español de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, con La Fundación Piel Sana de la Academia Española de Dermatología 2018
  - Fundación Quirón Salud 2019
  - ICOMEM. Beca Bartolomé Beltrán de 2019.
  - Proyecto dermatólogos desde el corazón 2019.



-Somos un proyecto seleccionado para donaciones de Benevity, de la que se reciben fondos regularmente.

Para el proyecto que ahora proponemos, seguimos contando con las ayudas económicas periódicas de particulares y empresas y continuamos solicitando apoyos en las convocatorias que se ofertan. El crecimiento exponencial del proyecto, por una parte, hace que los recursos necesarios sean mayores, pero por otra, permite presentar un proyecto cada vez de mayor calidad y alcance.

Sin embargo, como se ha informado en distintos apartados, el principal objetivo de este proyecto es su actuación de colaboración mutua y docencia con el personal y las autoridades sanitarias locales. El objetivo a corto, medio y largo plazo es mejorar sus capacidades diagnósticas, terapéuticas, organizativas y de estrategia comunitaria local e interna. Incluso en el caso de la sarna, hemos podido dotarles de la capacidad de fabricación de sus propios fármacos. Por otra parte, la mejora del estado de salud, redundará directamente en la capacidad productiva y por tanto en la riqueza del país.

De estos objetivos se derivará la progresiva autonomía local para dar continuidad a las actividades implementadas.

## **7.5.-ENFOQUES TRANSVERSALES**

- El proyecto garantiza la asistencia sin restricciones a todos los grupos étnicos y socio-culturales de la zona, sin discriminación de edad, sexo, religión ni tribu

- En el aspecto preventivo y asistencial, se da especial relevancia a la mujer, socialmente sometida a mayor riesgo.

. Los principios que guían al proyecto y sus autores son los del máximo respeto al medio ambiente, se observarán estrictamente las normas encaminadas a tales fines. Entre otras

determinaciones, es para nosotros prioritario, evitar trasladar al país material no biodegradable. De igual forma, se gestionarán los residuos químicos y biológicos siguiendo los mismos estándares que en España.

– Así mismo, los principios que guía al proyecto y sus autores, son los del máximo respeto a la idiosincrasia y costumbres de la población local. Se observarán estrictamente las normas encaminadas a tal fin. Entre otras determinaciones, es para nosotros prioritaria la actuación conjunta, desde el respeto, con los agentes locales dispensadores de medicina tradicional.

- Cuenta con el apoyo de las autoridades locales, que valoran cómo muy positiva la actuación y el mantenimiento en el tiempo de sus efectos por la mejora de las habilidades del personal local y la colaboración mantenida telemática durante el año

- Cuenta con la colaboración continuada de la comunidad misionera, que antes, durante y después de su desarrollo, se encarga de todas las facetas administrativas, relaciones con las autoridades y hospitales, identificación de beneficiarios, avisos a la población y mantenimiento de la comunicación telemática

- Los recursos materiales con los que se cuentan, se adaptan a los que generan la mayoría de necesidades de los sanitarios y pacientes. Contamos con la posibilidad de derivar a centros de referencia los casos no asumibles.

- Riesgos para los voluntarios. Malawi, siendo un país muy pobre, es también un país muy pacífico y seguro. En viajes anteriores hemos recorrido la zona rural de casa en casa y de poblado en poblado y jamás ha habido el más mínimo atisbo de situación de peligro.

Los riesgos del viaje son:

-los desplazamientos. Las infraestructuras son muy malas y viajar por el país es, sin duda, la actividad de mayor riesgo.

-Las enfermedades tropicales. Maximizaremos la precaución y, en aquellas en las que existe, estaremos vacunados o realizaremos profilaxis.

-Riesgo biológico. Estaremos expuestos al riesgo biológico, connatural por otra parte a nuestra profesión, más si cabe, dada la altísima incidencia de SIDA. Los voluntarios de comprometen a maximizar las medidas de protección colectiva e individual.

### 8.-TABLA RESUMEN DE PRESUPUESTO Y TABLA CON GASTOS DESGLOSADOS POR PARTIDAS Y OTROS FINANCIADORES (EN EUROS):

DERMALAWI. PROYECTO DE SALUD DERMATOLÓGICA EN MALAWI RURAL 2020-2021							
SUBLÍNEA	DESCRIPCION	UNIDADES	Nº DE UNIDADES	VALOR O COSTE UNITARIO	IMPORTE EN EUROS	GASTOS DE SEDE O TERRENO	
<b>COSTES DIRECTOS</b>						<b>91.741,50</b>	
Equipos, materiales y suministros				0,00	25.132,50		
Material Fungible o consumibles de oficina	Cuadernos, Rotadores, bolígrafos, fotocopias				300,00	España	
Material Fungible o consumibles sanitarios	Medicamentos y Material sanitario				22.000,00	España/Malawi	
Otro Material Fungible	Productos de limpieza				70,00	Malawi	
Otros Equipos y Materiales	Cartuchos Análisis Panel metabólico		5,00	181,50	905,00	Malawi	
Comunicaciones	Datos y línea telefónica				450,00	Malawi	
Transporte Internacional	Trasporte y Aduana Fármacos				500,00	España/Malawi	
Transporte Local	Aeropuerto-Benga ida y vuelta		5,00	65,00	907,50	Malawi	
Personal expatriado					0,00		
Personal expatriado	Voluntarios no remunerados		34,00				
Personal local					0,00	13.208,00	
Salarios Personal local	Traductores y sanitarios locales		15,00	54,00	5,00	5.816,00	Malawi
Salario Enfermero (personal fijo anual)	Enfermero		1,00	mensual	375,00	4.500,00	Malawi
Salario Auxiliar no cualificado (personal fijo anual)	Ayudante		1,00	mensual	180,00	2.160,00	Malawi
Seguridad Social Empresa Personal Local	Enfermero		1,00	mensual	37,00	444,00	Malawi
Seguridad Social Empresa Personal Local	Ayudante		1,00	mensual	24,00	288,00	Malawi
Funcionamiento en el terreno					0,00	9.396,00	
Funcionamiento de vehículos	Conductor, Vehículo y Gasolina por día		7,00	87,00	118,00	8.396,00	Malawi
Servicios técnicos y profesionales					0,00	6.540,00	
Capacitaciones, seminarios	Reuniones y talleres personal local		5,00	50,00	250,00	Malawi	
Permisos profesionales	Honorarios Medical Council		34,00	185,00	6.290,00	Malawi	
Viajes, alojamientos y dietas					0,00	36.890,00	
Viajes	Vuelo Madrid-Lilongwe ida y vuelta		34,00	750,00	25.500,00	España	
Alojamiento	Alojamiento y Manutención		34,00	15,00	8.180,00	Malawi	
Otros gastos	Vitado de entrada		34,00	65,00	2.210,00	Malawi	
<b>COSTES INDIRECTOS</b>						<b>575,00</b>	
Gastos administrativos de gestión del proyecto terreno	Trámites Locales y Medical council					575,00	Malawi
<b>TOTAL</b>						<b>0,00</b>	<b>91.741,50</b>



Madrid, 17 de febrero de 2020

Firmado: Dra. Cristina Galván Casas