

# MEMORIA

GRUPO DE TRABAJO DE DENTISTAS  
SENEGAL, LOMPOUL 2010



**DSR**  
DENTISTAS  
S O B R O  
R U E D A S



# CONTENIDO

1. Contexto geográfico, social y político.
2. Objetivo principal
3. Objetivo específico
4. Descripción del proyecto
5. Recursos técnicos
6. Recursos humanos
7. Metodología
8. Resultados obtenidos
9. Relación con el entorno
10. Conclusiones



mi 200' (F. Nala, le  
y am rek T

D P RAMONLULL  
TA RIA





**DSR**  
DENTISTAS  
SOBRE  
RUEDAS

# CONTEXTO GEOGRÁFICO, SOCIAL Y POLÍTICO

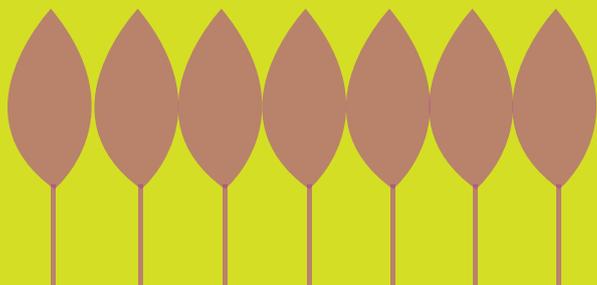
**Lompoul** es uno de los cinco pequeños pueblos que forman la Comunidad Rural de Kabe Gaye. Esta comunidad es del distrito de Ndande, municipio de Kébemer ( región de Louga). El funcionamiento administrativo del pueblo es bastante tradicional. El jefe del pueblo se llama Ousmane Balla Sow. Las distintas étnias que conviven son los peulhs y los wolofs, los nómadas mauritanos. La mayoría de la población vive de la pesca. Hay muchas familias procedentes de Sant Louis. Es muy difícil en Lompoul, como en muchas otras zonas de África saber el número exacto de habitantes. Lo que si sabemos es que 850 personas mayores de edad pagaron el impuesto anual. Se piensa que hay entre 900 y 1000 menores, y tan solo una trentena de personas mayores de 70 años.

En general, la pesca, agricultura y ganadería son los pilares de la actividad económica. La Comunidad Rural en sí es más moderna y funciona al ritmo de las normas de República de Senegal. Al frente de la Comunidad hay un presidente electo ( Dame Gaye). Con 24 consejeros, cada uno de ellos con una responsabilidad determinada.

Kabe Gaye está constituida como una Comunidad desde el año 1972 y ahora funciona dentro del marco jurídico de la lei 96/2006 del 22/3/2006 que establece las normas de los Códigos de Colectividades Locales.

Otra lei 96/2007 viene a desarrollar el reglamento de Transferencia de 9 competencias a las colectividades locales, entre ellas se encuentra la competencia de Salud.

En toda la comunidad de Kabe Gayé hay 15 casas de Salud. Cada casa teóricamente funciona con un Agente Sanitario Comunitario, una comadrona y un mediador.



# OBJETIVO PRINCIPAL

Mejorar la salud bucodental de la población de Lompoul

# OBJETIVO ESPECÍFICO

Paliar las ausencias de salud e higiene bucodental de la población de Lompoul



**DSR**  
DENTISTAS  
SOBRE  
RUEDAS

# DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Un año más el equipo de DSR se ha desplazado a Lompoul ( Senegal) para trabajar en las clínicas móviles que ya se encuentran allí de proyectos anteriores, además de un laboratorio de prótesis.

DSR ha contado también con un equipo de médicos y enfermeras para ofrecer servicios ambulatorios de medicina general.

Un equipo de educadoras sociales han organizado también jornadas de sensibilización sobre higiene oral en las diferentes escuelas de la comunidad.

Para mejorar la comunicación con la gente local se estableció un convenio de colaboración entre el Departamento de Filología castellana de la Uiniversidad de Dakar y DSR, que ha permitido facilitar el trabajo de los diferentes equipos de trabajo.

DSR ha centrado su trabajo en:

- Tratamientos bucodentales individualizados
- Seguimientos de tratamientos bucodentales comenzados en años anteriores
- Sensibilización de hábitos de higiene oral
- Dotar a la población (priorizando a los niños) del material adecuado para una correcta higiene bucodental.



# RECURSOS TECNICOS

- 1 camión con 2 equipos dentales
- 1 camión con 1 equipo dental
- 1 minibus totalmente adaptado para laboratorio de prótesis
- 1 centro de atención con 3 sillas
- Instrumental y materiales necesarios
- 1 aparato de rayos X

Como aspecto innovador se comenzó a trabajar con 1 maletín portátil con todas las prestaciones de un equipo dental.

# RECURSOS HUMANOS

- 8 odontólogos
- 5 auxiliares dentales
- 7 protésicos
- 2 ayudantes de prótesis en fase de aprendizaje
- 4 traductores (de la Universidad de Dakar)
- 2 secretarias
- 4 educadoras sociales
- Cronograma:

1° grupo: tiempo 1 semana

7 odontólogos  
4 auxiliares  
5 protésicos  
3 traductores  
1 secretaria.

2° grupo: tiempo 1 semana

5 odontólogos  
5 protésicos  
2 auxiliares  
2 traductores  
1 secretaria.

# METODOLOGÍA

La metodología de los dentistas se centró en una atención individualizada y un tratamiento adecuada.

Acciones:

- **Recepción:** Se seleccionaron los pacientes por turnos de 10 personas a las cuales se les asignó un número de atención y a que a la vez corresponde al número de su ficha clínica (siempre priorizando a los niños).
- **Ficha:** Un odontólogo era el responsable de rellenar la ficha individual
- **Valoración de la gravedad de cada caso, y dependiendo del tratamiento requerido**, si el paciente necesitaba profilaxis antibiótica para poder realizar tratamiento, se le citaba otro día. Si no era necesario antibiótico, se realizaba tratamiento
  - o Si necesitaba extracciones, pasaba a la sala de extracciones
  - o Si necesitaba extracciones/endodoncias, pasaba a la clínica móvil (habilitada en los camiones)
  - o Si necesitaba una prótesis, se tomaban medidas y pasaban al laboratorio de prótesis
- **Anotar en las fichas el tratamiento realizado**, la fecha y lo que está pendiente de realizar.
- **Prevención:** se les entregaba material para higiene oral. Las educadoras sociales hicieron la labor de concientización de hábitos y técnicas de higiene oral en escuelas, familias y calles.

Las jornadas de trabajo eran de 9 horas en promedio, divididas en mañana y tarde.

# RESULTADOS

## PACIENTES ATENDIDOS

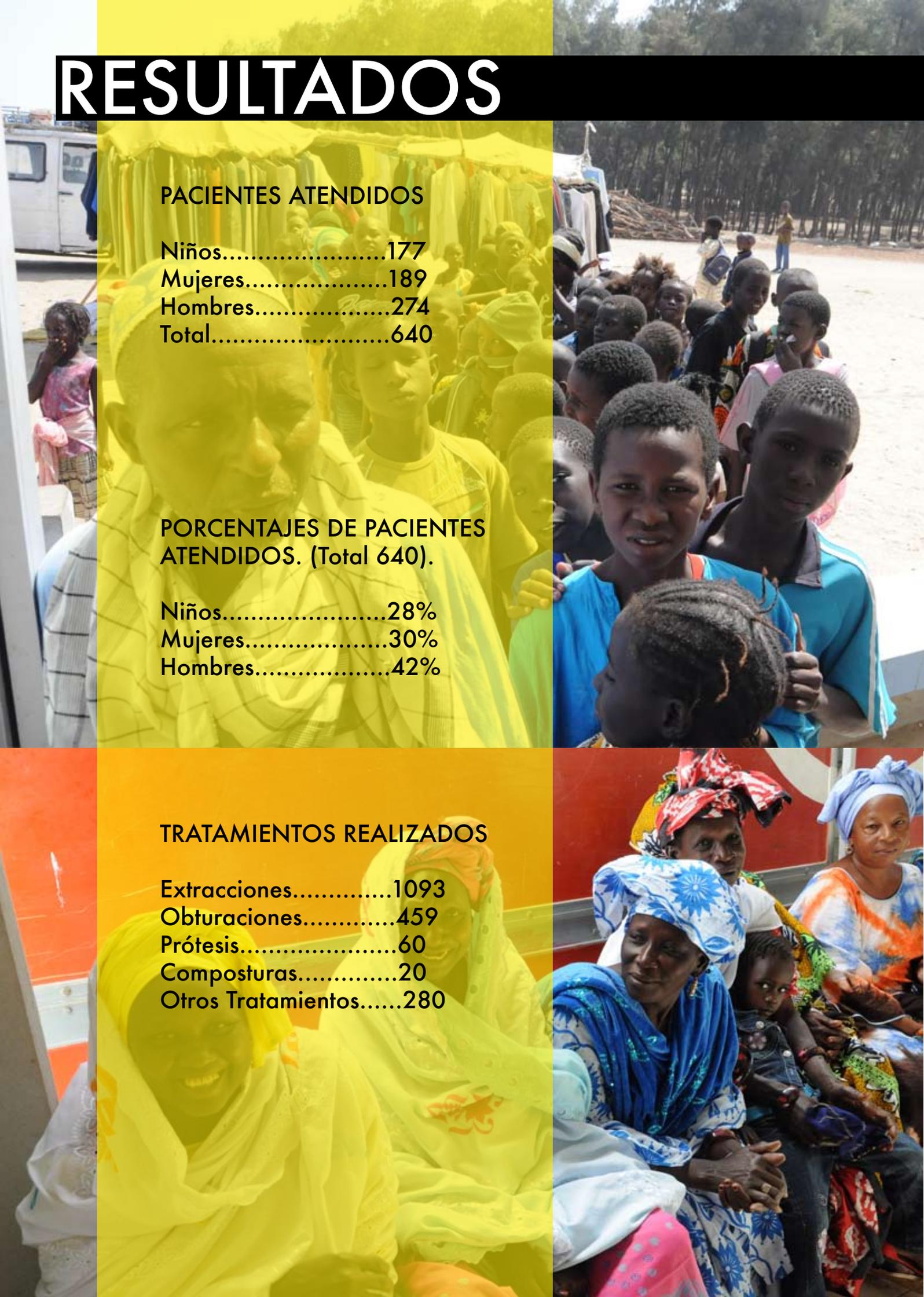
|              |     |
|--------------|-----|
| Niños.....   | 177 |
| Mujeres..... | 189 |
| Hombres..... | 274 |
| Total.....   | 640 |

## PORCENTAJES DE PACIENTES ATENDIDOS. (Total 640).

|              |     |
|--------------|-----|
| Niños.....   | 28% |
| Mujeres..... | 30% |
| Hombres..... | 42% |

## TRATAMIENTOS REALIZADOS

|                         |      |
|-------------------------|------|
| Extracciones.....       | 1093 |
| Obturaciones.....       | 459  |
| Prótesis.....           | 60   |
| Composturas.....        | 20   |
| Otros Tratamientos..... | 280  |





# RELACIONES CON EL ENTORNO

Los coordinadores de las distintas áreas junto con el mediador intercultural mantuvieron dos reuniones con órganos del gobierno y profesionales de la salud de los pueblos vecinos donde destacaron la importancia de la cooperación de DSR para el pueblo de Lompoul a pesar de la poca colaboración que prestaron en diversas áreas del proyecto (no facilitaron vehículos, ni sitios para dormir, ni comida ni alguien que la cocinara mientras nosotros trabajábamos) .

Hubo un mayor porcentaje de pacientes de las afueras de Lompoul que han hecho en su mayoría muchos kilómetros caminando para su atención. Toda la zona carece de servicios sanitarios más primarios.



Gente del lugar se implicó con nuestro proyecto ayudándonos a organizar, por ejemplo, a organizar las largas colas de pacientes que ya se formaban a las siete de la mañana.

Hay que destacar junto a la de los odontólogos, protésicos, auxiliares y educadoras, la labor del área de medicina y enfermería, que prestaron su ayuda ante cualquier emergencia, así como la de los logistas que nos han cuidado con mimo en todo momento.

# CONCLUSIONES

Finalizado el Proyecto África 2010, podemos decir que ha sido un éxito en cuanto al número de pacientes atendidos y a la calidad de los tratamientos realizados, pero un suspenso en cuanto a la colaboración por parte de los socios locales y las autoridades locales de Lompoul.

De cara a nuestra organización interna, hemos aprendido de los errores cometidos en proyectos pasados y hemos mejorado en gran medida tanto la organización de las clínicas como la atención ofrecida a los pacientes.

Uno de los logros más relevantes ha sido la creación de un método no-discriminativo de selección de pacientes, así como la creación de un sistema que permitiera dar citas a los pacientes de una manera clara y organizada.

Parte del éxito de este nuevo sistema fue la colaboración por parte de estudiantes de la Facultad de Filología Hispana de la Universidad de Dakar, que mediaron como traductores entre los voluntarios y los pacientes.

Otro éxito a remarcar fue la optimización del material que llevamos.

La experiencia en campañas anteriores nos permitió predecir llevar un material más apropiado y en cantidades más exactas acordes a las necesidades. Además, hemos empezado a cambiar los complicados, costosos y frágiles equipos dentales por maletines de campaña (como los que usa el Ejército) totalmente equipados con material rotatorio, ultrasonidos, lámpara de polimerización, aspiración y compresión. Ello permite poder realizar cualquier tipo de tratamiento prácticamente en cualquier lugar con la ventaja de que en caso de avería se pueden devolver a España para ser reparados.

La especialización de los grupos de trabajo también es un punto a tener en cuenta, pues permitió realizar un trabajo de mayor calidad por profesionales especializados en cada área, así por ejemplo, las tareas de sensibilización fueron llevadas a cabo por profesionales del mundo de la docencia tales como profesores y educadores sociales.

Como puntos a mejorar se encontraría, en primer lugar mejorar el concepto de Co-operación con los socios locales. Dejar bien establecidos los convenios de cooperación de manera que cada parte sepa de manera inequívoca de qué debe hacerse cargo.

Por otro lado, se deben establecer protocolos que se sigan rigurosamente tanto a nivel clínico como administrativo mejorar.

Asimismo sería importante mejorar el entrenamiento de los nuevos voluntarios antes de partir. Enseñarles bien todos los protocolos así como los criterios de tratamiento y de selección de pacientes que cambian respecto a los que tenemos en España.

Como conclusión final, debo decir que el éxito del proyecto fue propiciado gracias a la gran labor y profesionalidad de los voluntarios que vinieron en esta campaña.

