

PROYECTO SOCIAL MANIAPURE, SILENCIOSA ALIANZA CON CMC TRES DÉCADAS DE TELEMEDICINA.

Maniapure Social Project, A Silent Partnership With CMC. Three Decades Of Telemedicine.

Dr. Tomás J. Sanabria B .

Centro Medico de Caracas.

E-mail: vallstru@hotmail.com

Un nuevo modelo de atención en el medio rural, basada en las innovadoras, tecnologías de comunicación e información.

Se nos ha solicitado de parte del Comité Editorial de esta valiosa revista del CMC una actualización de algunas de las actividades que se han llevado a cabo en el último quinquenio de la Fundación proyecto Maniapure, ya a los 30 años de iniciadas las actividades en el “Ambulatorio Rural #II La Milagrosa”, Centro de atención médica de la organización que como equipo de atención primaria en salud, está basada en los avances de informática y telecomunicaciones y que la han convertido en un nuevo modelo de atención rural Nacional.

Esta metodología que se ha ido fortaleciendo en el curso de los años gracias a las alianzas establecidas con el sector académico y gerencial, asimismo, siendo un integrador de los organismos multinacionales que cumplen una responsabilidad social y económica en apoyo a las poblaciones más frágiles en los diferentes estados, y países favorecidos, y donde operan bajo un concepto de hacer bien y no importa a quien.

Esta experiencia basada en una aventura exploradora de la geografía, en bellísimas, regiones del sur del país y de las cuencas de la Orinoquia y Amazonia Venezolana, con mucha responsabilidad y con objetivos/conceptos de mejoría social, educación y salud para los locales basada en las prioridades a tres niveles de atención en salud:

Tecnológico con I-.nivel básico, idealmente con médico haciendo su primera experiencia con Artículo 8 (rural), o bien basado en personal de enfermería, técnico en salud, médico integral comunitario o persona con interés en aspectos de salud y dispuesto a ayudar/colaborar en ambientes muy remotos. II-.segundo médicos generales, o con sub especialidades mayores, en un “Centro de Triage Virtual” con acceso a consultas de 2º nivel y III-. Tercer nivel de atención con sub especialistas a distancia, opciones que solo son posibles gracias a las telecomunicaciones actuales que nos ha ofrecido la entrada al tercer milenio de la civilización.

El último y más importante componente, el Factor Humano que tras la entrada de un enorme número de estudiantes/educadores e investigadores en el sector



30 años de actividades ininterrumpidas



EXTREMOS: con todos los recursos, o ninguno



salud y afines. (Más de 2000 conviviendo por meses cada uno en estas tres décadas) que se motivan y enamoran de la integración social en zonas remotas, teniendo siempre acceso a las fuentes del conocimiento, como son las universidades, las alianzas estratégicas con organizaciones religiosas y con enorme respeto por las culturas autóctonas.

La evidencia científica de este programa queda demostrada desde publicaciones (1,2,...), en adelante y presentaciones académicas previo a la existencia de este programa como fundación formal.

Una de las características más resaltadas de esta organización, se ha basado en la transparencia de sus aspectos operativos, permitiendo fortalecer las alianzas y cooperación entre los sectores público y privado.

Previo a la existencia formal de la fundación, hicimos publicaciones con alianzas formales entre organizaciones religiosas, como son la Asociación de Damas, Salesianas, Fe y Alegría, organizaciones con actividades en prácticamente todos los países latinoamericanos, varios en Europa y Asia, además de este Hospital Privado, Centro Médico de Caracas, con la Academia Nacional de Medicina y Universidades como la Universidad Central de Venezuela, la Universidad Católica Andrés Bello, la Universidad Santa María, Universidad de Miami, la CHAN School of Public Health (Universidad de Harvard), Universidad de Navarra (España) Université de Trois A (Lyon Francia) y muchas otras alianzas.

Desde sus inicios dos componentes fueron esenciales en la creación del programa que se basaba en la comunicación, crecimiento y desarrollo del programa que trabajaba en la interacción entre las personas de las capitales que ejecutaban en la región rural y la colaboración con mutuo respeto a las diferentes culturas de ese medio.

Probablemente uno de los factores más importantes, fue la confianza que se generó entre los visitantes y profesionales foráneos y los pobladores locales. Inicialmente fueron visitas de turismo, ecológico y rural, y posteriormente el componente de aviación general (avionetas de turismo pequeñas, que permitían visitas, muchas veces bimensuales con el intercambio cultural que esto facilitaba (desarrollaba).

Simultáneamente, ello permitió que hubiese visitas de altos gerentes de empresas que se motivaban con ese turismo, al igual que personeros con altos cargos como Embajadores de otros países y de empresa, farmacéuticas, de construcciones y muchas industrias privadas o públicas y muchas más.

Desde los inicios del programa (1996) se fortalecieron cada vez más, la integración de los visitantes, con sólo los habitantes locales, poblaciones indígenas, autóctonas, de etnias, predominantemente eñepá (o Panare), aunque se ha interactuado, posteriormente con muchas otras etnias en regiones diferentes del sur del país.



El sueño del “Proyecto Maniapure” identificado como ONG www.maniapure.org y la creación de la Fundación proyecto Maniapure en el año 2001, fueron paso esencial para la consolidación de programa.

En los años 2000-2015, se abrieron muchos “hijos” o réplicas del modelo de Maniapure en poblaciones relativamente cercanas a ese pequeño río, pero otros en el delta del Orinoco, en Amazonas y con fronteras con Brasil, en Monagas y el Estado, Guárico y el programa presente fue presentado internacionalmente, e inclusive se crearon varios centros en Ecuador, en alianza, con la Universidad San Francisco de Quito, en Bolivia y zona más remota de Colombia (Leticia, sobre el río Amazonas). Gracias a alianzas con la Corporación Andina de Fomento (CAF) y organizaciones como Fe y Alegría.

Podemos resumir que la Fundación Proyecto Maniapure (FPM) es una organización sin fines de lucro, que desde hace tres décadas fortalece la atención primaria de salud en comunidades rurales y aisladas del Estado Bolívar.

Estas experiencias nos hicieron pioneros en telemedicina en Venezuela, Fundación Proyecto Maniapure, acerca servicios médicos de calidad a poblaciones de difícil acceso y atiende cada año a miles de personas en distintas etnias indígenas y comunidades locales. Junto a universidades, instituciones médicas y estudiantes impulsa un modelo que combina atención en campo y

asesoría remota, promoviendo la equidad en salud y un impacto sostenible.

Nuestra estrategia integral abarca:

- Programas de salud
- Nutrición
- Odontología
- Laboratorio
- Agua y saneamiento e higiene
- Protección como eje transversal de Atención.

Todo esto es posible bajo un modelo inclusivo y participativo, con el apoyo de promotores comunitarios, programas educativos adaptados a la cultura local y rendición de cuentas directas en las comunidades.

La presencia ininterrumpida de la FPM en la región, especialmente en el Municipio Cedeño del estado Bolívar a través del Consultorio Popular Tipo 2 “Centro La Milagrosa” en Maniapure, ha permitido desarrollar capacidades que favorecen la implementación de distintos programas y acciones:

- Entrenamiento del personal de salud y de líderes comunitarios con un programa culturalmente sensible.
- Control y prevención de enfermedades.

Gráfico 1. Espacios con incidencia de proyectos.

**ESPACIOS CON INCIDENCIA DE PROYECTOS
2025-2026**



Gráfico 2. Estrategia integral



	Salud 	Protección 	Nutrición 	Odontología 	Bioanálisis 
	- Atención primaria - Salud materna - Salud sexual - Salud mental - Telemedicina - Emergencias	- Acceso a derechos - Orientación legal - SMAPS - Transporte Humanitario - Primeros auxilios	- Recuperación nutricional - Tamizajes - Desparasitación - Orientación	- Revisión - Extracciones - Atención de patologías - Entrega de kits de higiene bucal	Agosto 2025 - Hematologías - Uroanálisis - Química Sanguínea - Pruebas
Año	Atenciones				
2023	3.112	5.564	-	-	-
2024	11.507	10.588	1.392	-	-
2025	14.001	14.156	1.864	2.475	440

- Apoyo a los programas nacionales de salud priorizados.
- Suministros de medicamentos e insumos.
- Fortalecimiento de la red de vigilancia epidemiológica de base comunitaria, articulada con el Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC) correspondientes del Ministerio del Poder Popular para la Salud.

MEJORAS TECNOLOGICAS

Con los fondos recibidos, la FPM ha podido realizar mejoras en la infraestructura y en los equipos disponibles. Se instaló, con el apoyo del gobierno Francés, un sistema de energía fotovoltaica con paneles solares, que permite contar con energía ecológica y reducir significativamente el costo operativo por el uso de combustibles fósiles mediante la sustitución de las plantas de gasoil.

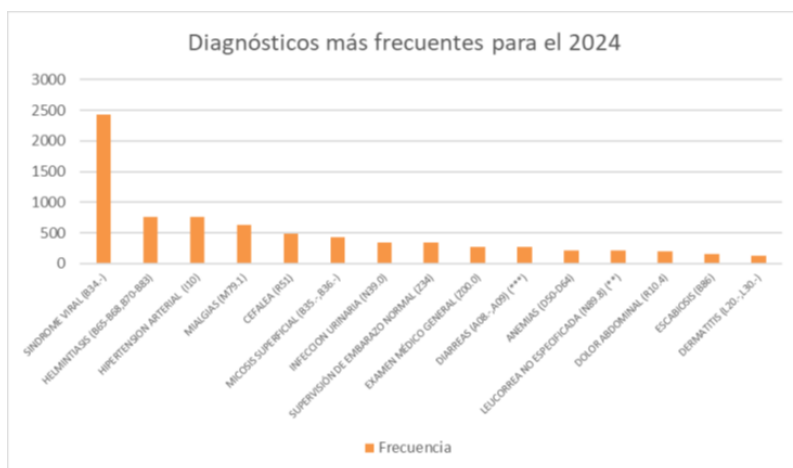
Se fortaleció el equipamiento, no solo con equipos médicos y tecnológicos, sino también con mobiliario, implementos de seguridad y materiales necesarios para mejorar la calidad del servicio, ofrecer un entorno más digno a pacientes y personal sanitario, y ampliar las posibilidades de atención en salud.

Se realizaron labores de mantenimiento, reparación y mejora de la infraestructura del centro de salud

mediante obras civiles orientadas a optimizar los espacios de consulta, hospitalización y áreas comunes, así como a generar nuevos espacios de atención, ampliar los existentes o acondicionarlos para la instalación de paneles solares y otras adecuaciones.

Reparación y recuperación de la flota de tres ambulancias, destinadas al traslado del personal sanitario, la referencia de pacientes en situaciones de emergencia que requieren atención hospitalaria, la movilización de insumos y materiales para el centro de salud, y la ampliación de servicios mediante jornadas médicas comunitarias dirigidas a comunidades aisladas y sin posibilidad de trasladarse al centro de salud.

Los enorme avances tecnológicos y comunicacionales de este primer cuarto del siglo XXI, se adquirieron equipos tecnológicos, como laptops cada vez más ágiles, y antenas satelitales cada vez más ligeras, móviles y a precios a una fracción de lo que costaban un quinquenio anterior, esto para asegurar la conectividad y la comunicación móvil en el CLM y en las ambulancias. Esto permite recurrir al servicio de telemedicina y tele-orientación durante las consultas y los traslados de pacientes. Además, se fortaleció el área médica mediante equipos como laptops con acceso a bases de datos globales, geolocalización y consultas con videos en tiempo real, mouse para el registro digital de datos y la generación de información, como morbilidad, historias médicas e informes epidemiológicos, entre otros.



Se equipó al centro de salud con dos consultorios móviles, cuyo prototipo permite realizar jornadas médicas comunitarias de manera digna y completa. Estos consultorios cuentan con camillas, equipos médicos portátiles, iluminación, mobiliario básico de atención y un generador eléctrico portátil, lo que permite prestar servicios médicos que antes no eran viables en comunidades sin acceso a energía eléctrica. *Ver modelo preliminar de consultorio móvil en el registro fotográfico.

Por último, se adquirieron equipos de vigilancia para mejorar la seguridad del centro de salud, de su personal y de sus equipos, considerando que se encuentra en una zona rural y aislada, con presencia aislada de grupos armados de naciones vecinas y zonas mineras cercanas, que afortunadamente suelen respetar nuestro equipo por ser frecuentemente los únicos proveedores de salud locales.

Se ha establecido una metodología de penetraciones a comunidades remotas con apoyo multidisciplinario de especialidades y aporte de profesionales del mundo académico, pero asimismo del sector privado nacional, y con mucha fortaleza médicos del CMC apoyan localmente o vía telemedicina a problemas de sub-especialidad en forma voluntarias a quienes requieren sub-sub especialistas.

Casos como el Dr. William Sánchez y otros cercanos, como coordinador de pasantías de la UCV nos apoyan por décadas orientando a pasantes de “ruralito” a trabajar allí con sangre joven en esas regiones tan

remotas, tan necesitadas pero también tan atractivas.

En momento actual, Junio 2026 y finalizando este documento tenemos coincidencias de un trabajo científico titulado “Síndrome Cardio-Reno-Metabólico” en estadios temprano de la población de influencia del ambulatorio la Milagrosa siguiendo igualmente se hará una evaluación clínica y determinación de laboratorio completos. Dicho estudio estará avalado por la Comisión de investigación del Colegio Americano de Médicos (ACP), el capítulo bajo la dirección de la Profesora Dra. Maritza Durán.

Simultáneamente se está también considerando una alianza adicional con el enorme esfuerzo que se está llevando a cabo en la escalada tecnológica para la Escuela de Enfermeras del Centro Médico de Caracas, para evaluaciones, como rotación de enfermeras, en las zonas de Maniapure o en su área de influencia.

Como post data de esta publicación nos vemos obligados a añadir un parrafo Inesperado, que se nos hace imposible no destacar.

Terminando este artículo y en la fase final del mismo el 24 de junio de 2026, se presentó un terrible movimiento sísmico “doble”, de altísimo grado de destrucción en las regiones norte y centrales del país (litoral del estado Vargas y partes de la capital), habiendo sido considerado como uno de los mas letales a nivel mundial.

Para el día 26 de Junio tendría la Fundación un compromiso con uno de los programas de las Naciones Unidas, para asistencia a comunidades indígenas, con



un equipo de 40 profesionales de salud para atender la población de una extensa área en Municipio Cedeño, al sur del río Orinoco.

Pero tras obtenerse los primeros datos del enorme daño generado por el sismo y próximo a la salida del programa de Maniapure, se tomó uniformemente la decisión junto al contratante de que este programa Maniapure fuese pospuesto (cancelado por aproximadamente un mes), dejando únicamente en el centro de la Milagrosa, el equipo de operación regular y derivar todo el esfuerzo que se había preparado para un programa con la ONU, siendo bidireccional para apoyar el plan nacional de rescate y emergencia, particularmente en el litoral del Estado Vargas con un enorme número de afectados fallecido (mas de. 5.000), desaparecido todavía sin ser cuantificado, probablemente de los mas serios terremoto ocurridos en el último siglo.

Nuestro equipo preparado para operaciones en condiciones rurales, ha asistido en las primeras 5 semanas en forma interdiaria a muchos de los más necesitados (>1650 victimas/pacientes) en las fase inicial de la crisis en sus primeras horas. Una muestra más de lo que el trabajo en equipo (alianzas el Hospital Centro Médico de Caracas y la Fundación MANIAPURE) y las experiencias acumuladas (como el trabajo conjunto en el deslave de VARGAS en 1999 *) pueden lograr, con efectos paliativos para situaciones no esperada desde el punto de vista de salud y con enorme impacto social.

Transcurridas las 5 primeras semanas de este inesperado desastre se pudo cumplir con los compromisos adquiridos previamente para con las comunidades indígenas en el estado Bolívar y adicionalmente



dar un apoyo de urgencia para el primer mes del desastre natural, y estructurandose actualmente para continuar como parte del apoyo multilateral en las zonas mas afectadas lo que sin duda requerira años de ayuda continua en los aspectos de salud, educación, Infraestructuras y todas las consecuencias del mismo.

Sobre este tema en curso nos extenderemos en otro artículo porvenir.

Gracias Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

REFERENCIAS

1. Sanabria T., Pocaterra L. Conceptos y programas de atención médica primaria y social en las comunidades rurales del área de Maniapure, estado Bolivar. Gac.Méd Caracas 1997;105(3):340-340.
2. Añanguren P. María A., Ibarra Carlos, Pocaterra, Leonor, Lic. Zaira Berti, Ing. Correa, Isabel, Lic. Tanguy Levesque . Dr. Sanabria, Tomás. Reporte y seguimiento de un programa comunitario médico-social: Proyecto MANIAPURE Año 2.000. Gac.Méd Caracas 2001;109(1):67-73.
3. Sanabria, T., & Orta M. (2012). The MANIAPURE Program—Lessons Learned from a Rural Experience: Two Decades Delivering Primary Healthcare Through Telemedicine. Telemedicine and e-Health, 18, 1 – 5. doi: 10.1089/tmj.2011.0192
4. Sanabria, T., Alpert, Joseph. Delivering Healthcare in an Environment of Poverty and Exclusion: A Lesson From the Base of the Pyramid. The American Journal of Medicine Editorial. Vol 127,Nº1. Jan 2014.